



PROFESIONALISME KEBIDANAN



Dina Dewi Anggraini • Arkha Rosyaria Badrus • Ninik Azizah
Dewi Triloka Wulandari • Megawati Sinambela • Siti Roudhotul Jannah
Sartini Bangun • Maria Alia Rahayu • Ardiana Batubara • Lusiana Gultom
Ajeng Hayuning Tiyas • Vivin Eka Rahmawati • Rina Marlina
Irma Hamdayani Pasaribu • Nur Afifah Harahap • Niken Bayu Argaheni
Cahyaning Setyo Hutomo • Maida Pardosi • Budi Astyandini • Renny Sinaga

PROFESIONALISME

KEBIDANAN



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

Profesionalisme Kebidanan

Dina Dewi Anggraini, Arkha Rosyaria Badrus
Ninik Azizah, Dewi Triloka Wulandari, Megawati Sinambela
Siti Roudhotul Jannah, Sartini Bangun, Maria Alia Rahayu
Ardiana Batubara, Lusiana Gultom, Ajeng Hayuning Tiyas
Vivin Eka Rahmawati, Rina Marlina
Irma Hamdayani Pasaribu, Nur Afifah Harahap
Niken Bayu Argaheni, Cahyaning Setyo Hutomo
Maida Pardosi, Budi Astyandini, Renny Sinaga



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Profesionalisme Kebidanan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Dina Dewi Anggraini, Arkha Rosyaria Badrus
Ninik Azizah, Dewi Triloka Wulandari, Megawati Sinambela
Siti Roudhotul Jannah, Sartini Bangun, Maria Alia Rahayu
Ardiana Batubara, Lusiana Gultom, Ajeng Hayuning Tiyas
Vivin Eka Rahmawati, Rina Marlina
Irma Hamdayani Pasaribu, Nur Afifah Harahap
Niken Bayu Argaheni, Cahyaning Setyo Hutomo
Maida Pardosi, Budi Astyandini, Renny Sinaga

Editor: Matias Julyus Fika Sirait

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Dina Dewi Anggraini., dkk.

Profesionalisme Kebidanan

Yayasan Kita Menulis, 2022

xiv; 304 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-591-9

Cetakan 1, Oktober 2022

- I. Profesionalisme Kebidanan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

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

Kata Pengantar

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas segala karunia, rahmat dan hidayah-Nya sehingga buku “Profesionalisme Kebidanan” ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Buku Profesionalisme Kebidanan bertujuan untuk memberikan pengetahuan kepada pembaca agar dapat memahami tentang hal-hal yang terkait dengan profesionalisme kebidanan dan dapat menerapkannya pada kehidupan sehari-hari.

Cakupan materi ini diharapkan dapat membantu pembaca agar lebih mudah memahami materi tentang:

Bab 1 Filosofi Bidan dan Kebidanan yang Mendasari Profesionalisme

Bab 2 Peran dan Tanggung jawab Bidan Pada Berbagai Tatanan

Bab 3 Konsep Otonomi dan Prinsip Dalam Pelayanan Kebidanan

Bab 4 Pelayanan Kesehatan

Bab 5 Promosi Kesehatan

Bab 6 Peran Bidan di Kesehatan Masyarakat

Bab 7 Lingkup Praktik Bidan

Bab 8 Budaya/Tradisi Dalam Kebidanan

Bab 9 Kajian Gender Legislasi

Bab 10 Ilmu Kebidanan

Bab 11 Standar ICM

Bab 12 Hubungan Bidan-Ibu dan Komunikasi Efektif

Bab 13 Intelegensi Emosional & Pengambilan Keputusan

Bab 14 Rujukan dan Record Keeping

Bab 15 Etik Biomedis Dan Aplikasinya Dalam Praktik Kebidanan

Bab 16 Refleksi Dalam Praktik Kebidanan

Bab 17 Model Asuhan dan Peran Profesional Kesehatan Lain dalam
Memberikan Asuhan yang Berkualitas

Bab 18 Pengembangan Profesional Berkelanjutan Dan Pentingnya

Belajar Sepanjang Hayat

Bab 19 Kepemimpinan Dalam Kebidanan

Bab 20 Prinsip Partnership dalam Promosi Kesehatan

Penulis menyadari masih terdapat kekurangan dalam penyusunan buku ini, oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca sangat kami harapkan agar dapat membantu penyempurnaan buku ini pada edisi berikutnya. Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini hingga terselesaikan dengan baik.

Blora, Agustus 2022
Tim Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xiii

Bab 1 Filosofi Bidan dan Kebidanan yang Mendasari Profesionalisme

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Pengertian Bidan	2
1.3 Filosofi Bidan dan Kebidanan	3
1.4 Profesionalisme Bidan sebagai Tenaga Kesehatan	5
1.5 Pelayanan Kebidanan	6
1.6 Ruang Lingkup Asuhan Kebidanan	9
1.7 Standar Pelayanan Kebidanan	12

Bab 2 Peran dan Tanggung jawab Bidan Pada Berbagai Tatanan

2.1 Pengertian Peran Bidan	17
2.1.1 Pengertian	17
2.1.2 Macam-Macam Peran Bidan	18
2.2 Tanggung Jawab Bidan	20
2.3 Peran dan Tanggung Jawab Bidan Pada Tatanan Pelayanan Kesehatan	22
2.3.1 Peran Bidan Dalam Promosi Kesehatan	27

Bab 3 Konsep Otonomi dan Prinsip Dalam Pelayanan Kebidanan

3.1 Pendahuluan	33
3.2 Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan	34
3.3 Tujuan Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan	35
3.4 Manfaat Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan	36
3.5 Bentuk–Bentuk Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan	37
3.6 Faktor–Faktor Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan	37
3.7 Persyaratan Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan	38
3.8 Legislasi	38
3.9 Registrasi	39
3.10 Lisensi Praktek Kebidanan	40
3.11 Sertifikasi	42

3.12 Wewenang Bidan dalam Melaksanakan Praktek Profesi.....	43
3.13 Hak dan Kewajiban Bidan dalam Melaksanakan Praktek Profesi	48
3.13.1 Hak Bidan Dalam Melaksanakan Praktek Profesinya	49
3.13.2 Kewajiban Bidan dalam Melaksanakan Praktek Profesinya	49

Bab 4 Pelayanan Kesehatan

4.1 Pendahuluan.....	51
4.2 Definisi Sistem Pelayanan Kesehatan.....	52
4.2.1 Tujuan Pelayanan Kesehatan	54
4.2.2 Ciri-ciri Sistem Pelayanan Kesehatan	55
4.2.3 Jenis-jenis Sistem Pelayanan Kesehatan.....	56
4.2.4 Tingkat Sistem Pelayanan Kesehatan	57
4.2.5 Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan	58
4.2.6 Syarat Pokok Sistem Pelayanan Kesehatan.....	58
4.2.7 Lembaga Sistem Pelayanan Kesehatan.....	59

Bab 5 Promosi Kesehatan

5.1 Pengantar Konsep Promosi Kesehatan	61
5.2 Sejarah Singkat Istilah Promosi Kesehatan (PROMKES).....	62
5.3 Konsep Piagam Ottawa Dalam Konferensi Internasional Promosi Kesehatan.....	66
5.4 Determinan-Determinan yang Memengaruhi Promosi Kesehatan.....	67
5.5 Pengertian Promosi Kesehatan	70
5.6 Tujuan Promosi Kesehatan.....	71
5.7 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan	73

Bab 6 Peran Bidan di Kesehatan Masyarakat

6.1 Peran	79
6.1.1 Konsep Peran.....	80
6.1.2 Jenis Peran	80
6.2 Bidan.....	81
6.3 Peran Bidan di Masyarakat	83
6.3.1 Peran Bidan terhadap Profesinya	83
6.3.2 Peran Bidan dalam Promosi Kesehatan	86

Bab 7 Lingkup Praktik Bidan

7.1 Pendahuluan.....	89
7.2 Pengertian Bidan.....	90
7.3 Filosofi Bidan dan Kebidanan.....	91

7.4 Profesionalisme Bidan sebagai Tenaga Kesehatan.....	93
7.5 Pelayanan Kebidanan.....	94
7.6 Ruang Lingkup Asuhan Kebidanan.....	97
7.7 Standar Pelayanan Kebidanan.....	100

Bab 8 Budaya/Tradisi Dalam Kebidanan

8.1 Definisi Tradisi/Kebudayaan.....	105
8.2 Tradisi Budaya Masyarakat Terkait dengan Kebidanan.....	106
8.2.1 Tradisi Kebudayaan dalam Antenatal Care.....	106
8.2.2 Tradisi Kebudayaan dalam Intranatal Care.....	110
8.2.3 Tradisi Kebudayaan dalam Postnatal Care.....	113
8.2.4 Tradisi Kebudayaan dalam Pelayanan BBL.....	115
8.3 Cara Bidan Mengatasi Persepsi Tradisi Kebudayaan yang Berkembang di Masyarakat.....	116

Bab 9 Kajian Gender Legislasi

9.1 Pendahuluan.....	117
9.2 Gender.....	118
9.3 Seks (Jenis Kelamin).....	118
9.4 Budaya Yang Memengaruhi Gender.....	119
9.5 Issue Gender Dalam Kesehatan Reproduksi.....	123
9.6 Pangarusutamaan Gender (Gender Mainstreaming).....	126

Bab 10 Ilmu Kebidanan

10.1 Pendahuluan.....	131
10.2 Pengertian Ilmu Kebidanan.....	132
10.3 Asuhan Kebidanan.....	133
10.4 Kehamilan.....	134
10.4.1 Perubahan Fisiologis pada kehamilan trimester III.....	134
10.4.2 Perubahan psikologis pada kehamilan trimester III.....	136
10.4.3 Ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III.....	136
10.4.4 Tanda bahaya kehamilan trimester III.....	137
10.5 Persalinan.....	140
10.6 Nifas.....	143
10.6.1 Tahapan Masa Nifas.....	143
10.6.2 trias nifas.....	144
10.6.3 Perubahan psikologis pada masa nifas.....	145
10.6.4 Kebutuhan dasar ibu nifas.....	145
10.6.5 Tanda Bahaya Masa Nifas.....	146

10.6.6 Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas	147
10.7 Bayi Baru Lahir dan Neonatus (0-28 hari)	147
10.7.1 Perubahan Fisiologis Pada Bayi Baru Lahir	147
10.7.2 Pelayanan Kesehatan Pada Bayi Baru Lahir	149
10.8 Bayi umur 29-42 hari	149

Bab 11 Standar ICM

11.1 Pendahuluan.....	151
11.2 Pendekatan Standar Kompetensi.....	152
11.3 Komponen Kompetensi	153
11.3.1 Kompetensi 1 Kompetensi Umum.....	153
11.3.2 Kompetensi 2: Kompetensi Pra Kehamilan dan Masa Kehamilan	162
11.3.3 Kompetensi 3: Kompetensi Persalinan dan Bayi Baru Lahir.....	169
11.3.4 Kompetensi 4: Kompetensi Pasca Persalinan.....	172

Bab 12 Hubungan Bidan-Ibu dan Komunikasi Efektif

12.1 Pendahuluan.....	179
12.2 Komunikasi Efektif	180
12.3 Ciri-Ciri Hasil Komunikasi Yang Efektif Dalam Kebidanan	184

Bab 13 Intelegensi Emosional & Pengambilan Keputusan

13.1 Emotional Intelligence / Kecerdasan Emosional	187
13.1.1 Komponen dalam Pembentukan Kecerdasan Emosional	188
13.1.2 Tanda-tanda Orang Yang Memiliki Kecerdasan Emosional.....	190
13.1.3 Dampak Kecerdasan Emosional.....	190
13.1.4 Fungsi Dari Kecerdasan Emosional	191
13.2 Pengambilan Keputusan	191
13.2.1 Dasar Pengambilan Keputusan	192
13.2.2 Poses Pengambilan Keputusan	192
13.2.3 7 Langkah Proses Pengambilan Keputusan	193
13.3 Implementasi Kecerdasan Emosional dalam Pengambilan Keputusan Bagi Bidan.....	195
13.3.1 3 (tiga) faktor penting tentang keterlibatan bidan dalam proses pengambilan keputusan	196
13.3.2 Strategi Membantu Klien Dalam Pengambilan Keputusan.....	196
13.3.3 Jenis Keputusan dibagi dalam 2 kategori:	197
13.3.4 Faktor kunci dalam membuat keputusan yang baik.	197
13.3.5 4 Hal Yang Perlu Ditekankan Kepada Klien Dalam Mengambil Keputusan.....	197

13.3.6 Pemberian Informasi Yang Efektif.....	197
Bab 14 Rujukan dan Record Keeping	
14.1 Sitstem Rujukan.....	199
14.2 Manfaat dan Tujuan Rujukan.....	201
14.3 Persiapan dan Prosedur Rujukan.....	203
14.4 Faktor yang Memengaruhi Pemanfaatan Rujukan di Pelayanan Kesehatan .	205
14.5 Record Keeping.....	208
Bab 15 Etik Biomedis Dan Aplikasinya Dalam Praktik Kebidanan	
15.1 Pendahuluan.....	213
15.2 Pengertian Etika.....	214
15.3 Etika Dan Pelaksanaannya Dalam Pelayanan Kebidanan	215
15.4 Tujuan Dari Bioetika.....	215
15.5 Fungsi Etika Dalam Pelayanan Kebidanan	216
15.6 Pelaksanaan Etika Dalam Pelayanan Kebidanan.....	217
15.7 Kaidah Dasar Etik Biomedis.....	217
15.8 Issue Etik dalam Pelayanan Kebidanan.....	218
15.9 Issue Etik Dan Dilema	222
15.10 Issue Moral Dan Dilema Moral	224
15.11 Aspek Hukum Dalam Praktik Kebidanan.....	224
Bab 16 Refleksi Dalam Praktik Kebidanan	
16.1 Pendahuluan	227
16.2 Model Refleksi Dalam Kebidanan	228
16.3 Refleksi dalam Pendidikan Kebidanan.....	233
Bab 17 Model Asuhan dan Peran Profesional Kesehatan Lain dalam Memberikan Asuhan yang Berkualitas	
17.1 Pendahuluan.....	237
17.2 Model Asuhan Kebidanan	238
17.3 Peran Profesional Kesehatan Lainnya	242
Bab 18 Pengembangan Profesional Berkelanjutan Dan Pentingnya Belajar Sepanjang Hayat	
18.1 Konsep Profesionalisme	245
18.1.1 Profesi bidan	246
18.1.2 Profesionalisme bidan	246
18.2 Pendidikan Berkelanjutan Bagi Bidan.....	247

18.2.1 Pendidikan	248
18.3 Pendidikan Sepanjang Hayat	251
18.3.1 Pentingnya Belajar dari dan dalam Dunia Kehidupan	253
Bab 19 Kepemimpinan Dalam Kebidanan	
19.1 Pendahuluan.....	255
19.2 Tujuan dan Ciri Kepemimpinan.....	256
19.3 Jenis-Jenis Gaya Kepemimpinan	258
19.4 Kepemimpinan dalam Pelayanan Kebidanan	261
Bab 20 Prinsip Partnership dalam Promosi Kesehatan	
20.1 Konsep Patnership.....	269
20.1.1 Prinsip Patnership (Kemitraan).....	271
20.1.2 Membentuk Kemitraan.....	272
20.1.3 Model dan jenis Kemitraan	273
20.2 Konsep Promosi Kesehatan.....	274
20.2.1 Tujuan Promosi kesehatan	275
20.3 Patnership dalam Berbagai Praktik Kesehatan.....	276
Daftar Pustaka	281
Biodata Penulis	297

Daftar Gambar

Gambar 5.1: Bagan riwayat pergeseran istilah promosi kesehatan.....	61
Gambar 5.2: Aktivitas Promosi Kesehatan.....	70
Gambar 11.1: Kerangka Konsep Standar Kompetensi Bidan ICM.....	153
Gambar 15.1: Kaidah Dasar Etik Biomedis	218
Gambar 15.2: Perawatan Intensif	222
Gambar 15.3: Trnsplantasi Organ	223
Gambar 15.4: Teknik Reproduksi dan Kebidanan.....	223
Gambar 16.1: Model Gibbs	229
Gambar 16.2: Siklus Kolb.....	231
Gambar 16.3: Looking In and Looking Out.....	232
Gambar 16.4: John's Model.....	232
Gambar 18.1: Koherensi Karakter dalam Konteks Totalitas Proses psiko Sosial	251
Gambar 18.2: Kecakapan Hidup dalam Dunia Belajar Sepanjang Hayat....	253

Bab 1

Filosofi Bidan dan Kebidanan yang Mendasari Profesionalisme

1.1 Pendahuluan

Indonesia dengan warga negaranya yang berpedoman pada Pancasila dan bidan yang meyakini bahwa manusia adalah makhluk yang unik secara biologis, mental, sosial, budaya dan spiritual, makhluk yang utuh, tanpa dua yang sama. Pria dan wanita dibedakan, yang sudah menikah, dan memiliki anak. Dan yang dimaksud dengan keluarga adalah pasutri, anak, dan orang-orang yang bersaudara dan hidup dalam satu atap. Beberapa keluarga yang tinggal daerah tertentu kemudian menjadi komunitas. Sekelompok orang Indonesia bersatu dalam satu negara yaitu disebut dengan bangsa Indonesia.

Masyarakat dibentuk oleh interaksi orang dan budaya dengan tujuan akhir adalah mendapat nilai terorganisasi. Bidan percaya jika tiap-tiap orang berhak atas perawatan kesehatan yang tidak membahayakan dan responsif terhadap apa yang diperlukan seseorang dengan kebergaman kebudayaan. Tiap-tiap orang mempunyai hak untuk membuat keputusan atas dirinya, memperoleh informasi yang baik serta berpartisipasi dalam perawatan kesehatan. Persalinan merupakan proses yang wajar dan tetapi apabila tidak diindahkan dapat menjadi tidak normal. Tiap-tiap orang mempunyai hak untuk lahir di dunia

dengan selamat. Maka dari itu, semua Wanita Usia Subur (WUS), ibu hamil (pregnant mother), ibu hamil dan bayi yang dikandungnya berhak atas pelayanan yang berkualitas. Pengalaman melahirkan merupakan tugas perkembangan keluarga yang harus dipersiapkan sejak masa pubertas pada ibu hamil (Purwandari, 2008).

1.2 Pengertian Bidan

Kebidanan adalah profesi yang diakui secara nasional dan internasional oleh banyak praktisi di seluruh dunia. *International Confederation of Midwives (ICM) 1972, International Federation of Obstetricians and Gynecologists*, WHO mendefinisikan bidan: Seseorang yang mengaku secara teratur berpartisipasi dalam program pelatihan kebidanan dengan kualifikasi yang sesuai. Bersertifikat, telah berhasil menyelesaikan studi kebidanan yang dipersyaratkan, dan memiliki kualifikasi yang diperlukan untuk menjadi terdaftar dan/atau memiliki izin sebagai bidan. Pengawasan, perawatan, dan konseling yang diperlukan harus diberikan kepada wanita untuk memungkinkan mereka mengelola sendiri persalinan dan perawatan bayi baru lahir dan bayi mereka, termasuk pencegahan dan deteksi kelainan ibu dan bayi. Pengadaan bantuan medis dan pelaksanaan tindakan darurat jika tidak ada bantuan medis. Bidan memainkan peran kunci dalam menasehati dan mendidik tidak hanya pasien tetapi juga keluarga dan komunitas mereka. Pekerjaan mereka termasuk pendidikan prenatal dan persiapan menjadi orang tua. Ini harus meluas ke bidang tertentu ginekologi, keluarga berencana, dan pengasuhan anak. Bidan memberikan layanan di rumah sakit, klinik, pusat kesehatan, komunitas keluarga atau layanan lainnya, perawatan dan konseling wanita hamil, bersalin dan nifas, persalinan mandiri, perawatan bayi baru lahir dan anak, tindakan pencegahan, deteksi kondisi medis ibu, dan dalam memberikan dukungan lain selama perawatan medis (Purwandari, 2008).

Definisi bidan di Indonesia adalah perempuan yang sudah menjalankan dan menyelesaikan kursus pelatihan kebidanan yang diakui pemerintah, lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku, dan memperoleh kualifikasi terdaftar dan izin kebidanan. Bidan (ICM, 2005), adalah seseorang yang telah berhasil menyelesaikan, berhasil menyelesaikan kursus kebidanan yang diakui negara, telah mencapai kualifikasi yang diperlukan untuk pendaftaran sertifikasi, dan/atau yang memegang lisensi resmi untuk diakui sebagai profesional yang

bertanggung jawab untuk bekerja dengan perempuan dan memberi mereka dukungan, perawatan dan nasihat yang mereka butuhkan selama kehamilan, persalinan dan masa nifas yang memungkinkan mereka menjadi wiraswasta.

Kebidanan mempelajari berbagai disiplin ilmu (interdisipliner) yang berkaitan dengan pelayanan kebidanan, seperti kedokteran, keperawatan, ilmu sosial, ilmu perilaku, ilmu budaya, ilmu kesehatan masyarakat, dan ilmu manajemen. Bertujuan agar mampu melayani ibu dari tahap prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, neonatus. Layanan ini termasuk mengidentifikasi kondisi ibu dan anak yang tidak normal, memberikan konseling dan pendidikan kesehatan kepada keluarga dan masyarakat secara individu (Purwandari, 2008).

Permenkes No. 1464/Menkes/PER/X/2010 mendefinisikan bidan sebagai wanita yang telah menyelesaikan pendidikan kebidanan dan terdaftar sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Bidan yang lulus uji kompetensi mendapatkan Sertifikat Kualifikasi atau yang disebut dengan Surat Tanda Registrasi (STR). Bidan yang bekerja di fasilitas kesehatan memerlukan bukti tertulis berupa Surat Izin Kerja Kebidanan (SIKB). Menurut IBI, bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pelatihan yang diakui negara, telah lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku, terdaftar, dan memenuhi syarat secara hukum untuk menjalankan profesinya (Nugraheni, 2020).

1.3 Filosofi Bidan dan Kebidanan

Filosofi kebidanan adalah keyakinan atau pandangan hidup yang digunakan bidan sebagai kerangka berpikir ketika merawat kliennya. Filosofi ini meliputi:

1. Kepercayaan antenatal dan intranatal. Bidan percaya bahwa antenatal dan intranatal merupakan wajar, bukan penyakit, tetapi penting untuk menyadari bahwa kondisi normal bisa mendadak menjadi abnormal.
2. Kepercayaan terhadap perempuan. Bidan percaya jika wanita adalah individu unik yang berhak mengendalikan diri dan mempunyai keperluan, impian, dan kemauan yang layak untuk dihargai. Wanita itu unik karena tidak setara secara sosial dan budaya. Saya adalah individu.

3. Kepercayaan tentang profesi serta efektivitasnya. Peran pemberian intervensi kebidanan yaitu menjamin kesehatan ibu dan bayi. Bidan memiliki profesionalitas untuk memberikan positive vibes kepada kliennya. Proses fisiologis normal harus dihormati dan dipertahankan. Jika masalah muncul, bidan akan menggunakan teknik yang tepat dan melakukan rujukan sesuai kebutuhan.
4. Kepercayaan terhadap menegapkan dan pengambilan keputusan. Bidan percaya jika apa yang dipilih dan diputuskan perawatan layak untuk dihargai. Pilihan adalah apa yang harus diselesaikan bersama dengan penuh tanggung jawab berkolaborasi dengan wanita, keluarga, serta pengasuh. Wanita memiliki peran untuk memilih dan menentukan pengasuh dan tempat lahir mereka.
5. Kepercayaan pengasuhan. Bidan percaya bahwa penetapan intervensi kebidanan untuk pencegahan dan promosi kesehatan umum, termasuk penyediaan informasi, nasihat dan dukungan yang bertanggung jawab dan objektif kepada klien yang bertanggung jawab.
6. Kepercayaan akan kerjasama. Bidan percaya bahwa proses fisiologis harus dipertahankan, didukung dan dihormati dalam keperawatan. Hanya penggunaan teknologi dalam intervensi dan perawatan yang diindikasikan. Rujukan yang efektif dibuat untuk memastikan kesehatan ibu dan bayi. Bidan adalah praktisi independen yang bekerja dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya untuk membangun kemitraan.
7. Keyakinan dalam pekerjaan dan kinerja. Bidan percaya bahwa kemandirian profesional yang lebih besar membutuhkan kolaborasi tenaga kesehatan lainnya untuk intervensi dan perawatan mereka. Layanan pelanggan, dukungan, bimbingan dan pendampingan untuk mengatasi tantangan kesehatan reproduksi akan terus berlanjut (Purwandari, 2008).

Filosofi kebidanan adalah ilmu tentang pandangan hidup bidan dan digunakan sebagai kerangka konseptual untuk mencapai misi bidan dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan. Tujuan dari filosofi kebidanan ini adalah untuk memberikan pengakuan bersama tentang apa yang penting dan berharga guna

memudahkan proses penguasaan teori dan praktik oleh bidan. Secara filosofis, pendidikan kebidanan dapat digambarkan sebagai ilmu kebidanan, dan ilmu kebidanan memiliki ciri-ciri pengetahuan yaitu sebagai berikut:

1. Universal, yang mempunyai arti berlaku untuk semua disiplin ilmu.
2. Umum, artinya, itu mencirikan kelompok pengetahuan ilmiah tertentu. Misalnya ilmu sosial.
3. Spesifik, yang memiliki arti ciri khas masing-masing disiplin ilmu yang membedakannya dengan yang lain (Anggraini, et al., 2020).

Filosofi kebidanan yang diterapkan dalam suatu pelayanan atau asuhan kebidanan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain falsafah nasional, nilai individu, pengalaman dan nilai masyarakat. Oleh karena itu jelas bahwa penerapan atau praktiknya, konsep dan filosofi bidan yang biasa, bukanlah resep standar karena bergantung pada faktor-faktor yang memengaruhinya (Megasari, et al., 2015).

1.4 Profesionalisme Bidan sebagai Tenaga Kesehatan

Istilah profesionalisme mencakup arti dari dua istilah: profesional dan pekerjaan. Seorang spesialis dikatakan memiliki bidang keahlian tertentu. Oleh karena itu, jika seseorang memiliki keahlian dalam suatu bidang yang dicirikan oleh kemampuan untuk memberikan jasa yang sesuai dengan bidangnya, berdasarkan protokol dan peraturan lapangan di bidang yang dia tekuni dan operasikan, maka hal tersebut disebut ahli. Selain itu, seseorang tersebut juga merupakan anggota dari badan hukum atau organisasi yang didirikan berdasarkan hukum negara atau wilayah tersebut. Namun, tidak semua ahli di bidang tersebut disebut ahli. Bagaimanapun, profesional memiliki kualitas yang harus dipenuhi. Ini berarti memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup yang diperoleh melalui pendidikan formal dan informal untuk memenuhi kompetensi profesional. Apa yang disebut profesi adalah profesi yang membutuhkan pelatihan khusus dan perolehan pengetahuan. Profesi biasanya memiliki asosiasi/konfederasi profesi, kode etik, dan prosedur akreditasi dan perizinan khusus profesi. Pekerjaan adalah pekerjaan, tetapi

tidak semua pekerjaan adalah pekerjaan. Profesi ini memiliki beberapa karakteristik yang membedakannya dengan profesi lainnya. Dengan kata lain, itu adalah keterampilan yang didasarkan pada pengetahuan teoretis. Asosiasi profesional, pelatihan ekstensif. Keikutsertaan dalam pelatihan, perizinan, otonomi kerja, dan kepemilikan kode etik lembaga pendidikan. Pengaturan diri, pelayanan publik, altruisme. Dapatkan status dan penghargaan tinggi (Anis, 2011).

Bidan sebagai profesi kesehatan dengan definisi bidan terbaru, yang dikembangkan pada Konferensi ICM ke-27 di Brisbane, Australia, Juli 2005, adalah mereka yang berpendidikan dan memenuhi persyaratan untuk pendaftaran (registrasi) kualifikasi izin kebidanan. Kebidanan sendiri mencakup berbagai disiplin ilmu (multidisiplin) yang terkait dengan pelayanan kebidanan, antara lain kedokteran, keperawatan, ilmu sosial, ilmu perilaku, ilmu budaya, ilmu kesehatan masyarakat, dan ilmu administrasi, prakonsepsi postpartum dan neonatus. Layanan ini termasuk mengidentifikasi kondisi ibu dan anak yang tidak normal dan memberikan pendidikan dan konseling kesehatan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Dari penjelasan di atas, jelas bahwa bidan telah menyelesaikan pelatihan kebidanan yang diakui di negara tempat tinggal bidan dan memiliki kualifikasi yang diperlukan untuk terdaftar dan/atau memiliki izin sebagai bidan. Dengan mengikuti pelatihan kebidanan, bidan harus menjalani pelatihan berkelanjutan untuk mengembangkan dan menguasai keterampilan yang dibutuhkan dalam bidang pekerjaannya. Ilmu yang didapat di sana terus diterapkan, terutama saat terjun langsung ke masyarakat. Hal ini membuat bidan semakin ahli di bidangnya. Bidan disebut profesional berdasarkan asumsi bahwa masyarakat mengetahui keahlian bidan, menganalisis, menafsirkan, mendiagnosis pertanyaan berdasarkan evaluasi data. Diagnosis dan perumusan masalah yang mungkin terjadi, menentukan kebutuhan untuk tindakan segera. Membuat rencana perawatan yang komprehensif, pelaksanaan, dan evaluasi (Varney, 2006).

1.5 Pelayanan Kebidanan

Meningkatkan tanggung jawab kehamilan, persalinan, nifas, dan kebidanan termasuk bayi baru lahir, keluarga berencana termasuk persalinan, kesehatan reproduksi, dan pelayanan kesehatan wanita. Agar bidan diakui dan efektif dalam praktiknya, bidan harus mampu memenuhi tataran hukum. Legislasi

adalah proses memberlakukan atau memperbaiki instrumen hukum untuk serangkaian kegiatan sertifikasi (aturan kewenangan), pendaftaran (aturan) dan perizinan (aturan). Peran undang-undang ini memastikan perlindungan masyarakat pengguna layanan ketenagakerjaan. Hukum memainkan peran penting dalam pemberian layanan profesional. Selama tahap sertifikasi, calon bidan menjalani proses pelatihan formal dan informal. Pendidikan formal untuk pengakuan dua bentuk gelar berupa ijazah dan sertifikat.

Tahap sertifikasi ini mengarah ke tahap pendaftaran.

1. Fase Pendaftaran

Tahap registrasi dilakukan oleh bidan untuk mendapatkan Surat Izin Bidan (SIB). SIB berlaku selama 5 tahun dan dapat diperpanjang. SIB dinonaktifkan karena alasan berikut: sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku, dicabut, tidak didaftarkan ulang dan atas permintaan sendiri. SIB sendiri menjadi dasar dikeluarkannya Surat Izin Praktik Bidan atau SIPB (izin kebidanan). Menurut Menteri Kesehatan, Tenaga Kerja dan Kesejahteraan No. 900/Menkes/SK/VII/2002, SIB berlaku selama belum habis masa berlakunya dan dapat diperpanjang.

2. Fase Lisensi.

Bidan praktik harus memiliki SIPB dan untuk mendapatkan SIB setelah melakukan ini pertama kali, dapatkan referensi dari agensi profesional penilaian kompetensi dan keterampilan ilmiah, kepatuhan terhadap standar profesional, dan mampu melakukan praktik kebidanan. Bentuk latar belakang pendidikan keterampilan ini diterapkan dalam perencanaan untuk melakukan tes kecakapan bagi Bidan Rawat SIPB atau Berlisensi. Pelaksanaan uji kompetensi memastikan bidan mengelola praktik bidan benar-benar kompeten. Upaya ini diimplementasikan untuk meningkatkan kualitas layanan kebidanan dan mengurangi biaya perawatan kesehatan, kesalahan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak. Rancangan uji kompetensi adalah jika bidan gagal dalam uji kompetensi, bidan gagal. Program ini dikelola oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) setempat. bahan untuk tes profesiensi sesuai dengan 9 bidang

kompetensi standar profesi kebidanan di Indonesia (Wahyuningsih, 2008).

Dalam melaksanakan tugasnya, bidan memiliki banyak bidang pelayanan bidan, wilayah didasarkan pada standar kebidanan dan otoritas kebidanan dalam penyediaan layanan. Berdasarkan Kongres Penduduk Dunia di Kairo 1994, menekankan kesehatan reproduksi, perluas ruang kerja layanan kebidanan. Bidang-bidang tersebut meliputi: Safe Motherhood, termasuk perawatan neonatus dan aborsi, keluarga berencana, penyakit kelamin termasuk infeksi genital, kesehatan reproduksi remaja dan kesehatan reproduksi lansia (Anis, 2011).

Layanan kebidanan menargetkan individu, keluarga dan masyarakat. Ini mencakup upaya perbaikan, pencegahan, penyembuhan, dan pemulihan pelayanan Obstetri yang dapat diklasifikasikan menjadi:

1. Pelayanan primer, yaitu pelayanan kebidanan. Itu semua tanggung jawab bidan.
2. Layanan kolaboratif, yaitu layanan yang diberikan oleh bidan sebagai anggota tim. Aktivitas berjalan secara bersamaan atau sebagai bagian dari proses kegiatan perawatan kesehatan.
3. Pelayanan Rujukan, yaitu pelayanan yang diberikan oleh bidan sebagai bagian dari rujukan sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu layanan yang disediakan bidan dengan rujukan dari dokter kandungan dan pelayanan tradisional ke institusi/fasilitas kesehatan lain oleh bidan horizontal atau vertikal, atau untuk meningkatkan keselamatan dan kesejahteraan ibu, dan bayi.

Pelayanan kebidanan yang diberikan oleh bidan pada saat memberikan asuhan kebidanan. Asuhan kebidanan ini berpedoman pada Pedoman Manajemen Kebidanan (Pendekatan dan kerangka kerja yang digunakan bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah sistematis) disebut 7 langkah Varney (Nugraheni, 2020).

Pemerataan Pelayanan Kebidanan

Pemerataan dalam pemberian pelayanan kebidanan merupakan aspek penting dalam pelayanan kebidanan di Indonesia. Keadilan dalam pelayanan ini dimulai dengan kata-kata ini:

1. Memenuhi kebutuhan klien yang wajar.
2. Sumber daya kebidanan yang selalu up to date.
3. Melakukan penelitian untuk mengembangkan dan meningkatkan pelayanan.

Pelayanan kebidanan diberikan secara holistik sesuai dengan kebutuhan pasien dengan memperhatikan aspek biopsikososial, budaya dan spiritual. Pelayanan diberikan tujuan hidup dan kesinambungan pelayanan. Seorang pasien membutuhkan layanan dari penyedia yang memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Semangat pelayanan
2. Simpati
3. Empati
4. Dari Hati
5. Menciptakan kepuasan

Sebagai bidan pelayanan hendaknya memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Keselamatan
2. Nyaman
3. Privasi (Nugraheni, 2020).

1.6 Ruang Lingkup Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan bertujuan untuk pencegahan dan promosi kesehatan dan kealamiannya. Asuhan kebidanan seharusnya inovatif, fleksibel, suportif, memberikan pelayanan, memberikan bimbingan, mengawasi, mendidik dan berfokus pada kebutuhan unik dan individual wanita. Bidan sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang sepenuhnya otonom dalam praktek dan bekerja secara kolaboratif dengan anggota tim pelayanan kesehatan lainnya (Purwandari, 2008).

Asuhan kebidanan adalah proses di mana bidan mengambil keputusan dan bertindak sesuai amanat dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu kebidanan. Peran fungsi dan kegiatan yang melayani klien dengan kebutuhan

atau masalah kesehatan ibu selama kehamilan, kelahiran, nifas, Bayi Baru Lahir (BBL) dan Keluarga Berencana (KB). Secara efektif dan efisien melaksanakan fungsi dan kegiatan yang bertanggung jawab melayani pelanggan dengan kebutuhan dan masalah di bidang kesehatan ibu dalam ilmu dan teknologi kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB, serta persepsi profesionalisme kebidanan.

Lingkup asuhan kebidanan pada anak

Cakupan pelayanan asuhan kebidanan untuk anak meliputi:

1. Skrining BBL.
2. Merawat tali pusat.
3. Perawatan neonatus.
4. Resusitasi neonatus.
5. Pemantauan tumbuh kembang anak.
6. Imunisasi.
7. Tawarkan saran.

Lingkup asuhan kebidanan pada ibu hamil

Cakupan pelayanan asuhan kebidanan untuk ibu hamil meliputi:

1. Saran.
2. Pemeriksaan fisik.
3. Perawatan prenatal pada kehamilan normal.
4. Dukungan untuk kehamilan abnormal seperti aborsi, preeklamsia stadium 1, preeklamsia ringan, dan anemia ringan.

Tingkat asuhan kebidanan untuk wanita setelah melahirkan atau ibu nifas

Cakupan pelayanan asuhan kebidanan untuk ibu nifas meliputi:

1. Pelayanan ibu bersalin rutin.
2. Kinerja ibu yang tidak normal setelah melahirkan. Ini termasuk stasis plasenta, syok, dan infeksi ringan.
3. Pelayanan dan pengobatan klien ginekologi, seperti keputihan, perdarahan tidak teratur, dan keterlambatan haid.

Bidan yang memberikan pelayanan berdasarkan Pasal 16 berwenang untuk:

1. Berikan vaksinasi.
2. Suntikan untuk komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas.
3. Berhasil mengeluarkan plasenta.
4. Senam hamil.
5. Pengusiran sisa jaringan konsepsi.
6. Episiotomi.
7. Menjahit episiotomi dan luka jalan lahir sampai derajat II.
8. Amniotomi untuk dilatasi serviks lebih dari 4 cm.
9. Berikan IV.
10. Penyuntikan kontraksi uterus intramuskular, pemberian antibiotik dan obat penenang.
11. Kompresi ambidextrous.
12. Gemelli Ecstasy dirilis dengan kelahiran bayi kedua dan banyak lagi.
13. Hisap kepala bayi ke dasar panggul.
14. Pengendalian anemia.
15. Meningkatkan retensi dan produksi ASI.
16. Resusitasi neonatus dengan asfiksia (BBL).
17. Pengobatan hipotermia.
18. Beri minum dengan probe atau pipet.
19. Pembatasan pengadaan obat melalui lembar kebutuhan obat.
20. Pemberian Akta Kelahiran dan Kematian.
21. Pemberian obat-obatan dan kontrasepsi oral, suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, kontrasepsi subkutan dan kondom.
22. Memberikan nasehat, konseling dan penggunaan alat kontrasepsi.
23. Pelepasan alat kontrasepsi.
24. Lepaskan alat kontrasepsi dari bawah kulit.
25. Memberikan penyuluhan tentang pelayanan kebidanan

Ruang lingkup asuhan kebidanan juga termasuk dalam keadaan darurat bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kebidanan di luar kewenangan penyelamatan jiwanya (Kepmenkes RI No. 900, Pasal 21).

Jangkauan Pelayanan Kebidanan Keluarga Berencana (KB)

Pelayanan KB bertujuan untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas dengan merencanakan jumlah keluarga sesuai rencana. Pelayanan KB dimaksudkan untuk upaya memulai keluarga kecil. Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan KB.

Bidan yang memberikan pelayanan KB diberdayakan untuk:

1. Pemberian obat-obatan dan kontrasepsi oral, suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, kontrasepsi subkutan dan kondom.
2. Memberikan konseling atau konseling kontrasepsi.
3. Pelepasan alat kontrasepsi.
4. Dengan mudah melepas alat kontrasepsi di bawah kulit.
5. Memberikan penyuluhan kebidanan, keluarga berencana dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Cakupan asuhan kebidanan di sektor kesehatan masyarakat

Cakupan pelayanan yang diberikan oleh bidan dalam sistem kesehatan masyarakat meliputi:

1. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam kesehatan ibu dan anak.
2. Pantau tumbuh kembang anak.
3. Pelaksanaan pelayanan kebidanan komunitas.
4. Melakukan skrining, memberikan pertolongan pertama, rujukan dan konseling Infeksi Menular Seksual (IMS), penyalahgunaan zat dan penyakit lainnya (Anggraini, et al., 2020).

1.7 Standar Pelayanan Kebidanan

Berikut merupakan standar pelayanan kebidanan:

Standar 1: Mempersiapkan kehidupan rumah tangga yang sehat. Bidan mendidik individu, keluarga dan masyarakat tentang semua masalah di mana bersinggungan dengan antenatal yaitu pendidikan kesehatan umum, gizi, KB, persiapan ANC dan menjadi ayah ibu selama kehamilan, mencegah kebiasaan buruk dan mendorong kebiasaan baik.

Standar 2: Catatan/Laporan. Seorang bidan mencatat semua kegiatan, atau pendaftaran. Semua ibu hamil di tempat kerja, informasi rinci tentang layanan yang diberikan selama kehamilan/bersalin/pasca melahirkan dan bayi baru lahir, semua kunjungan rumah dan kontak masyarakat. Selain itu, bidan harus mendokumentasikan semua ibu hamil dan melibatkan administrator untuk meninjau inisiatif masyarakat terkait dengan persalinan dan bayi baru lahir. Bidan secara teratur meninjau catatan ini untuk menilai kinerja dan mengembangkan rencana tindakan untuk meningkatkan layanan.

Kriteria ANC (6 kriteria)

Standar 3: Pengkajian secara menyeluruh pada ibu hamil. Bidan secara teratur berkunjung ke rumah dan berinteraksi dengan masyarakat untuk menasehati dan mendorong ibu, suami dan keluarga, serta mendorong ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dini dan berkala.

Standar 4: Skrining dan surveilans prenatal. Seorang bidan memberikan setidaknya empat kali lebih banyak perawatan prenatal. Tes meliputi riwayat dan pemantauan ibu dan janin yang cermat untuk menentukan apakah pertumbuhannya normal. Bidan juga harus mengidentifikasi kehamilan/gangguan risiko tinggi, khususnya anemia, malnutrisi, hipertensi, PMS, infeksi HIV, layanan imunisasi, dan pendidikan dan konseling tentang masalah kesehatan, dan tugas terkait lainnya yang diberikan oleh data yang benar harus dicatat untuk setiap kunjungan. Jika anomali terdeteksi, ia harus dapat mengambil tindakan yang diperlukan dan memberi perintah kepada orang lain.

Standar 5: Palpasi dan Abdomen. Bidan memeriksa dan meraba perut untuk memperkirakan durasi kehamilan dan saat kehamilan berlanjut, memeriksa posisi terendah janin dan penetrasi kepala janin ke dalam rongga panggul untuk kelainan, dan merujuk pada waktu yang tepat.

Standar 6: Penatalaksanaan anemia selama kehamilan. Seorang bidan mengatur, mencari, mengobati dan merujuk semua kasus anemia selama kehamilan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Standar 7: Penatalaksanaan dini hipertensi selama kehamilan. Seorang bidan mengidentifikasi, mengobati, dan merujuk pada peningkatan tekanan darah gestasional dan tanda dan gejala preeklamsia lainnya secara dini

Standar 8: Persiapan untuk melahirkan. Selain mengatur transportasi dan biaya rujukan jika terjadi keadaan darurat kehamilan, bidan juga harus membantu

kehamilan trimester ketiga untuk memastikan persiapan persalinan terencana dengan baik dalam suasana yang bersih, aman dan nyaman, suami mereka, dan keluarga mereka. Bidan harus melakukan kunjungan rumah.

Kriteria pertolongan persalinan (4 kriteria)

Standar 9: Perawatan selama tahap pertama persalinan. Seorang bidan memberikan perawatan dan pengawasan yang tepat selama proses persalinan, dengan mempertimbangkan kebutuhan klien dan menilai dengan benar apakah persalinan telah dimulai.

Standar 10: Intranatal tahap kedua yang aman. Seorang bidan memberikan asuhan persalinan yang aman sambil bersikap sopan dan hormat kepada klien mereka dan menghormati tradisi lokal.

Standar 11: Penatalaksanaan aktif kala tiga persalinan. Seorang bidan melakukan penegangan tali pusat yang tepat untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

Standar 12: Pengobatan gawat janin stadium II dengan episiotomi. Seorang bidan mengenali dengan benar tanda-tanda gawat janin selama kala dua yang berkepanjangan dan segera melakukan episiotomi yang aman diikuti dengan penjahitan perineum untuk memfasilitasi persalinan.

Standar Pelayanan Pasca Melahirkan (3 Standar)

Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir. Seorang bidan memeriksa dan mengevaluasi bayi baru lahir untuk memastikan bahwa pernapasan spontan mencegah hipoksia sekunder, mendeteksi kelainan, dan mengambil tindakan atau merujuk jika perlu. Bidan juga harus mencegah atau mengobati hipotermia.

Standar 14: Penanganan dalam waktu 2 jam kehidupan. Seorang bidan memantau ibu dan bayi untuk komplikasi dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam waktu dua jam setelah kelahiran. Selain itu, bidan menjelaskan bahwa hal itu mempercepat pemulihan kesehatan ibu dan membantu ibu untuk mulai menyusui.

Standar 15: Pelayanan bagi ibu nifas dan bayi. Seorang bidan memberikan pelayanan nifas untuk memantau proses pemulihan ibu-bayi melalui kunjungan rumah pada usia 3 hari, 2 minggu dan 6 minggu, melalui penanganan tali pusat yang tepat, deteksi dini pengobatan atau rujukan jika terjadi. Masa nifas dan pendidikan kesehatan umum, hygiene perorangan, diet

bergizi, perawatan bayi baru lahir, menyusui, imunisasi, dan keluarga berencana.

Standar Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal (9 Kriteria)

Standar 16: Kontrol perdarahan pada trimester ketiga kehamilan. Seorang bidan mengenali tanda dan gejala perdarahan selama kehamilan dan memberikan pertolongan pertama dan rujukan.

Standar 17: Penatalaksanaan kegawatdaruratan dan eklampsia. Seorang bidan mengenali dengan benar tanda dan gejala eklampsia yang akan datang dan merujuk dan/atau memberikan pertolongan pertama.

Standar 18: Menangani kegawatdaruratan geriatri/kelahiran terencana. Seorang bidan mengenali dengan benar tanda dan gejala persalinan lama/aborsi dan memberikan atau merujuk ke pengobatan yang tepat dan tepat waktu.

Standar 19: Bekerja dengan ekstraktor vakum. Seorang bidan mengenali kapan penghisapan vakum diperlukan dan melakukannya dengan tepat dengan memastikan keselamatan ibu dan janin/bayi serta memberikan asuhan kebidanan.

Standar 20: Penatalaksanaan retensio plasenta. Seorang bidan dapat mengidentifikasi plasenta yang tidak turun dan memberikan pertolongan pertama, termasuk manajemen plasenta manual dan manajemen perdarahan, jika diperlukan.

Standar 21: Pengobatan perdarahan postpartum primer. Seorang bidan dapat mengenali perdarahan hebat (perdarahan postpartum primer) dalam 24 jam pertama setelah melahirkan dan segera memberikan pertolongan pertama untuk menghentikan perdarahan.

Standar 22: Pengobatan perdarahan postpartum sekunder. Seorang bidan dapat secara benar dan dini mengenali tanda dan gejala perdarahan postpartum dan memberikan pertolongan pertama atau rujukan yang menyelamatkan jiwa kepada ibu.

Standar 23: Penatalaksanaan infeksi postpartum. Seorang bidan dapat memantau dengan cermat tanda dan gejala sepsis postpartum dan memberikan atau merujuk pertolongan pertama.

Standar 24: Pengobatan neonatus yang sesak napas. Seorang bidan dapat dengan benar mengidentifikasi BBL dan sesak napas, melakukan CPR, mencari perhatian medis yang diperlukan, dan memberikan perawatan lanjutan (Nugraheni, 2020).

Bab 2

Peran dan Tanggung jawab Bidan Pada Berbagai Tatanan

2.1 Pengertian Peran Bidan

2.1.1 Pengertian

Peran adalah perilaku individu yang diharapkan sesuai dengan posisi yang dimiliki. Peran yaitu suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai dan sikap yang diharapkan dapat menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umumnya terjadi (Sarwono, 2010).

Bidan adalah seorang yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang telah berlaku, dicatat (registrasi), diberi izin secara sah untuk menjalankan praktek (Sari dan Rury, 2012). Bidan mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan baik bagi wanita sebagai pusat keluarga maupun masyarakat umumnya, tugas ini meliputi antenatal, intranatal, postnatal, asuhan bayi baru lahir, persiapan menjadi orang tua, gangguan kehamilan dan reproduksi serta keluarga

berencana. Bidan juga dapat melakukan praktek kebidanan pada Puskesmas, Rumah sakit, klinik bersalin dan unit-unit kesehatan lainnya di masyarakat (Nazriah, 2009).

2.1.2 Macam-Macam Peran Bidan

Peran bidan sebagai petugas kesehatan yaitu sebagai komunikator, motivator, fasilitator, dan konselor bagi masyarakat (Potter dan Perry, 2007).

Macam-macam peran tersebut yaitu:

1. Komunikator

Komunikator adalah orang yang memberikan informasi kepada orang yang menerimanya. Komunikator merupakan orang ataupun kelompok yang menyampaikan pesan atau stimulus kepada orang atau pihak lain dan diharapkan pihak lain yang menerima pesan (komunikasikan) tersebut memberikan respon terhadap pesan yang diberikan (Putri, 2016). Proses dari interaksi komunikator ke komunikasikan disebut juga dengan komunikasi. Selama proses komunikasi, tenaga kesehatan secara fisik dan psikologis harus hadir secara utuh, karena tidak cukup hanya dengan mengetahui teknik komunikasi dan isi komunikasi saja tetapi juga penting untuk mengetahui sikap, perhatian, dan penampilan dalam berkomunikasi.

2. Sebagai motivator

Motivator adalah orang yang memberikan motivasi kepada orang lain. Sementara motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak agar mencapai suatu tujuan tertentu dan hasil dari dorongan tersebut diwujudkan dalam bentuk perilaku yang dilakukan (Notoatmodjo, 2007). Menurut Saifuddin (2008) motivasi adalah kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu, sedangkan motif adalah kebutuhan, keinginan, dan dorongan untuk melakukan sesuatu.

Peran tenaga kesehatan sebagai motivasi tidak kalah penting dari peran lainnya. Seorang tenaga kesehatan harus mampu memberikan motivasi, arahan, dan bimbingan dalam meningkatkan kesadaran pihak yang dimotivasi agar tumbuh kearah pencapaian tujuan yang diinginkan (Mubarak, 2012). Tenaga kesehatan dalam melakukan

tugasnya sebagai motivator memiliki ciri-ciri yang perlu diketahui, yaitu melakukan pendampingan, menyadarkan, dan mendorong kelompok untuk mengenali masalah yang dihadapi, dan dapat mengembangkan potendinya untuk memecahkan masalah tersebut (Novita, 2011).

Tenaga kesehatan sudah seharusnya memberikan dorongan kepada ibu hamil untuk patuh dalam melakukan pemeriksaa kehamilan dan menanyakan apakah ibu sudah memahami isi dari buku KIA. Tenaga kesehatan juga harus mendengarkan keluhan yang disampaikan ibu hamil dengan penuh minat, dan yang perlu diingat adalah semua ibu hamil memerlukan dukungan moril selama kehamilannya sehingga dorongan juga sangat diperlukan dalam rangka meningkatkan tumbuhnya motivasi (Notoatmodjo, 2007).

3. Sebagai Fasilitator

Fasilitator adalah orang atau badan yang memberikan kemudahan dalam menyediakan fasilitas bagi orang lain yang membutuhkan. Tenaga Kesehatan dilengkapi dengan buku KIA dengan tujuan agar mampu memberikan penyuluhan mengenai kesehatan ibu dan anak (Putri, 2016). Tenaga kesehatan juga harus membantu klien untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal agar sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

Peran sebagai fasilitator dalam pemanfaatan buku KIA kepada ibu hamil juga harus dimiliki oleh setiap tenaga kesehatan pada setiap kunjungan ke pusat kesehatan. fasilitator harus terampil mengintegritaskan tiga hal penting yakni optimalisasi fasilitas, waktu yang disediakan, dan optimalisasi partisipasi, sehingga pada saat menjelang batas waktu yang sudah ditetapkan ibu hamil harus diberi kesempatan agar siap melanjutkan cara menjaga kesehatan kehamilan secara mandiri dengan keluarga (Novita, 2011).

4. Sebagai konselor

Konselor adalah orang yang memberikan bantuan kepada orang lain dalam membuat keputusan atau memecahkan suatu masalah melalui pemahaman terhadap fakta-fakta, harapan, kebutuhan dan perasaan-

perasaan klien (Depkes RI, 2008). Proses dari pemberian bantuan tersebut disebut juga konseling. Tujuan umum dari pelaksanaan konseling adalah membantu ibu hamil agar mencapai perkembangan yang optimal dalam menentukan batasan-batasan potensi yang dimiliki, sedangkan secara khusus konseling bertujuan untuk mengarahkan perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat, membimbing ibu hamil belajar membuat keputusan dan membimbing ibu hamil mencegah timbulnya masalah selama proses kehamilan (Simatupang, 2008).

2.2 Tanggung Jawab Bidan

Sebagai tenaga profesional, bidan memikul tanggung jawab dalam melaksanakan tugasnya. Seorang bidan harus dapat mempertahankan tanggung jawabnya bila terjadi gugatan terhadap tindakan yang dilakukannya.

Beberapa bentuk Tanggung jawab bidan:

1. Tanggung jawab terhadap peraturan perundang-undangan
Bidan adalah salah satu tenaga kesehatan. Peraturan tenaga kesehatan ditetapkan di dalam undang-undang dan peraturan pemerintah. Tugas dan kewenangan bidan serta ketentuan yang berkaitan dengan kegiatan praktik bidan diatur di dalam 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 profesiannya, 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.

2.3 Peran dan Tanggung Jawab Bidan Pada Tatanan Pelayan 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 norma.
- 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 risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
 - 3) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
 - 4) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan klien dan keluarga
 - 5) Memberikan asuhan pada BBL dengan risiko 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 risiko 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 risiko tinggi dan kegawatdaruratan
- 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.

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. Mengembangkan 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:
 - 1) 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
 - 2) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil kajian bersama masyarakat
 - 3) Mengelola kegiatan pelayanan kesehatan khususnya KIA/KB sesuai dengan rencana.
 - 4) Mengkoordinir, mengawasi dan membimbing kader dan dukun atau petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program/ kegiatan pelayanan KIA/KB
 - 5) Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya KIA KB termasuk pemanfaatan sumber yang ada pada program dan sektor terkait.
 - 6) Menggerakkan dan mengembangkan kemampuan masyarakat serta memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi yang ada
 - 7) Mempertahankan dan meningkatkan mutu serta keamanan praktik profesional melalui pendidikan, pelatihan, magang, dan kegiatan dalam kelompok profesi

- 8) 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:

 - 1) Bekerjasama dengan Puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam memberi asuhan kepada klien bentuk konsultasi, rujukan & tindak lanjut
 - 2) Membina hubungan baik dengan dukun bayi, kader kesehatan, PLKB dalam masyarakat Melaksanakan pelatihan serta membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain
 - 3) 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:

 - a. Mengkaji kebutuhan akan pendidikan dan penyuluhan kesehatan
 - b. Menyusun rencana jangka pendek dan jangka panjang untuk penyuluhan
 - c. Menyiapkan alat dan bahan pendidikan dan penyuluhan
 - d. Melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan

- e. Mengevaluasi hasil pendidikan dan penyuluhan
 - f. Menggunakan hasil evaluasi untuk meningkatkan program bimbingan mendokumentasikan kegiatan
4. Peran 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.

2.3.1 Peran Bidan Dalam Promosi Kesehatan

1. Peran Sebagai Advokator

Advokasi adalah suatu pendekatan kepada seseorang/ badan organisasi yang di duga mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kelancaran suatu kegiatan.

Bentuk kegiatan advocator:

- a. Seminar
- b. Bidan menyajikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya
- c. Bidan menyampaikan masalah kesehatan menggunakan media dalam bentuk lisan, artikel, berita, diskusi, penyampaian pendapat untuk membentuk opini public.

2. Peran Sebagai Edukator

Memberikan pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kebidanan di setiap tatanan pelayanan kesehatan agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.

Fungsi bidan sebagai educator:

- a. Melaksanakan pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kebidanan.
- b. Membina kader dan kelompok masyarakat

- c. Mentorship dan preceptorsip bagi calon tenaga kesehatan dan bidan baru.
3. Peran Sebagai Fasilitator
Bidan mempunyai tanggung jawab untuk menciptakan, mengkondisikan iklim kelompok yang harmonis, serta memfasilitasi terjadinya proses saling belajar dalam kelompok.
 4. Peran Sebagai Motivator
Upaya yang di lakukan bidan sebagai pendamping adalah menyadarkan dan mendorong kelompok untuk mengenali potensi dan masalah, dan dapat mengembangkan potensinya untuk memecahkan masalah itu.

Tetapi Dalam melaksanakan profesinya bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti.

1. Peran Sebagai Pelaksana
Tugas-tugas mandiri bidan, yaitu:
 - a. Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan, mencakup:
 - 1) Mengkaji status kesehatan untuk memenuhi kebutuhan asuhan klien.
 - 2) Menentukan diagnosis.
 - 3) Menyusun rencana tindakan sesuai dengan masalah yang dihadapi.
 - 4) Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - 5) Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut kegiatan/tindakan.
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan kegiatan/tindakan.
 - b. Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien, mencakup:
 - 1) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan anak remaja dan wanita dalam masa pranikah.
 - 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan dasar.

- 3) Menyusun rencana tindakan/layanan sebagai prioritas mendasar bersama klien.
 - 4) Melaksanakan tindakan/layanan sesuai dengan rencana.
 - 5) Mengevaluasi hasil tindakan/layanan yang telah diberikan bersama klien.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut tindakan/layanan bersama klien.
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan.
- c. Peran bidan dalam kesehatan Reproduksi Remaja untuk memperoleh dukungan masyarakat terhadap kesehatan remaja dilakukan tindakan advokasi upaya upaya advokasi dapat difokuskan untuk membuat perubahan di tingkat lokal, daerah, atau nasional dengan menargetkan penerimaan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi bagi para remaja
- d. Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal, mencakup:
- 1) Mengkaji status kesehatan klien yang dalam keadaan hamil.
 - 2) Menentukan diagnosis kebidanan dan kebutuhan kesehatan klien.
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - 5) Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan bersama klien.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut asuhan yang telah diberikan bersama klien.
 - 7) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien,
 - 8) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan yang telah diberikan.
- e. Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup:

- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan.
 - 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan.
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - 5) Mengevaluasi asuhan yang telah diberikan bersama klien.
 - 6) Membuat rencana tindakan pada ibu selama masa persalinan sesuai dengan prioritas.
 - 7) Membuat asuhan kebidanan.
- f. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, mencakup:
- 1) Mengkaji status kesehatan bayi baru lahir dengan melibatkan keluarga.
 - 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai prioritas.
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
 - 5) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut.
 - 7) Membuat rencana pencatatan dan pelaporan asuhan yang telah diberikan.
2. Peran Sebagai Pengelola
- Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas, yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim.
- a. Mengembangkan 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, mencakup:

- b. 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.
 - c. Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian bersama masyarakat.
 - d. Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana (KB) sesuai dengan rencana.
 - e. Mengoordinir, mengawasi, dan membimbing kader, dukun, atau petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program/kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak-serta KB.
 - f. Mengembangkan strategi untuk meningkatkan keseharan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB, termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang ada pada program dan sektor terkait.
 - g. Menggerakkan dan mengembanglran kemampuan masyarakat serta memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi-potensi yang ada.
 - h. Mempertahankan, meningkatkan mutu dan keamanan praktik profesional melalui pendidikan, pelatihan, magang sena kegiatankegiatan dalam kelompok profesi.
3. Peran Sebagai Pendidik
- Sebagai pendidik bidan memiliki 2 tugas yaitu sebagai pendidik dan penyuluh kesehatan bagi klien serta pelatih dan pembimbing kader.
- a. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien
 - b. Bidan memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada klien (individu, keluarga, kelompok, serta maryarakat) tentang penanggulangan masalah kesehatan, khususnya yang berhubungarn dengan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana, mencakup:

- c. Mengkaji kebutuhan pendidikan dan penyuluhan kesehatan, khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana bersama klien.
 - d. Menyusun rencana penyuluhan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang bersama klien.
 - e. Menyiapkan alat serta materi pendidikan dan penyuluhan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - f. Melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan kesehatan sesuai dengan rencana jangka pendek serta jangka panjang dengan melibatkan unsur-unsur terkait, termasuk klien.
 - g. Mengevaluasi hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan bersama klien dan menggunakannya untuk memperbaiki serta meningkatkan program di masa yang akan datang.
 - h. Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan secara lengkap serta sistematis.
4. Peran Sebagai Peneliti/Investigator
- Bidan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun berkelompok, mencakup:
- a. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
 - b. Menyusun rencana kerja pelatihan.
 - c. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
 - d. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.

Bab 3

Konsep Otonomi dan Prinsip Dalam Pelayanan Kebidanan

3.1 Pendahuluan

Bidan merupakan profesi yang berhubungan dengan keselamatan jiwa manusia, memiliki pertanggung jawaban dan tanggung gugat (accountability) atas semua tindakan yang dilakukannya, sehingga semua tindakan yang dilakukan oleh bidan harus berbasis kompetensi dan didasari suatu evidence based. Accountability diperkuat dengan satu landasan hukum yang mengatur batas-batas wewenang profesi yang bersangkutan. Dengan adanya legitimasi kewenangan bidan yang lebih luas, bidan memiliki hak otonomi dan mandiri untuk bertindak secara profesional yang dilandasi kemampuan berfikir logis dan sistematis serta bertindak sesuai standar profesi dan etika profesi (Kemenkes RI, 2016).

Otonomi bidan adalah di mana bidan mempunyai hak dan wewenang dalam mengurus dan melaksanakan profesi bidannya sesuai dengan kode etik dan standar asuhan kebidanan. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan melalui pemberian asuhan kebidanan yang esensial yang diberikan oleh bidan dalam meningkatkan kehatan ibu dan anak balita yang memengaruhi tingkat kesejahteraan keluarga sesuai kewenangannya.

Peningkatan pengetahuan dan teknologi yang sedemikian cepat dalam segala bidang serta meningkatnya pengetahuan masyarakat berpengaruh pula terhadap meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kebidanan. Hal ini merupakan tantangan bagi profesi kebidanan dalam mengembangkan profesionalisme selama memberikan pelayanan yang berkualitas. Kualitas pelayanan yang tinggi memerlukan landasan komitmen yang kuat dengan basis pada etik dan moral yang tinggi (Amri, 2020).

3.2 Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan

Akuntabilitas bidan dalam praktik kebidanan merupakan suatu hal yang penting dan dituntut dari suatu profesi, terutama profesi yang berhubungan dengan keselamatan jiwa manusia, adalah pertanggungjawaban dan tanggung gugat (accountability) atas semua tindakan yang dilakukannya, sehingga semua tindakan yang dilakukan oleh bidan harus berbasis kompetensi dan didasari suatu evidence based. Accountability diperkuat dengan suatu landasan hukum yang mengatur batas-batas wewenang profesi yang bersangkutan.

Dengan adanya legitimasi kewenangan bidan yang lebih luas, bidan memiliki hak otonomi dan mandiri untuk bertindak secara profesional yang dilandasi kemampuan berfikir logis dan sistematis serta bertindak sesuai standar profesi dan etika profesi.

Praktik kebidanan merupakan inti dari berbagai kegiatan bidan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus terus menerus ditingkatkan mutunya melalui (Pengampu and Kuliah, 2020):

1. Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
2. Penelitian dalam bidang kebidanan;
3. Pengembangan ilmu dan teknologi dalam kebidanan;
4. Akreditasi;
5. Sertifikasi;
6. Registrasi;
7. Uji kompetensi;

8. Lisensi;

Beberapa dasar dalam otonomi dan aspek legal yang mendasari dan terkait dengan pelayanan kebidanan antara lain sebagai berikut: (Nababan, Kes and Pengantar, 2021)

1. Permenkes No. 1464/MENKES/ X/2010 Tentang Registrasi dan Praktik Bidan;
2. PP No 36 tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
3. Kepmenkes Republik Indonesia 1144/Menkes/Per/VIII/2010 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Kemenkes;
4. UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
5. Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 369/Menkes/SK/III/ 2007 Tentang Standar Profesi Bidan;
6. UU No. 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan;
7. UU Tentang Aborsi, Adopsi, Bayi Tabung, dan Transplantasi;
8. KUHAP, dan KUHP, 1981;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 585/Menkes/Per/IX/ 1989 Tentang Persetujuan Tindakan Medis;
10. UU yang terkait dengan Hak Reproduksi dan Keluarga Berencana;
 - a. UU No. 10/1992 Tentang Pengembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera;
 - b. UU No. 23/2003 Tentang Penghapusan Kekerasan Terhadap Perempuan di Dalam Rumah Tangga;
11. Undang-Undang Tentang Otonomi daerah.

3.3 Tujuan Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan

Tujuan umum otonomi adalah agar pada bidan mengetahui tugas otonomi atau mandiri independen sesuai dengan hal kewenangan berdasarkan undang-undang kesehatan yang berlaku.

Tujuan khusus otonomi adalah:

1. Untuk mengkaji kebutuhan dan masalah kesehatan.
Misalnya mengumpulkan data-data dan mengidentifikasi masalah pasien pada kasus tertentu.
2. Untuk menyusun rencana asuhan kebidanan.
Merencanakan asuhan yang akan diberikan pada pasien sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan oleh pasien tersebut.
3. Untuk mengetahui perkembangan kebidanan melalui penelitian.
4. Berperan sebagai anggota tim kesehatan.
5. Misalnya membangun komunikasi yang baik antar tenaga kesehatan, dan menerapkan keterampilan manajemen
6. Untuk melaksanakan dokumentasi kebidanan.
7. Mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan, mengidentifikasi perubahan yang terjadi dan melakukan pendokumentasian.
8. Untuk mengelola perawatan pasien sesuai dengan lingkup tanggung jawabnya.

Membangun komunikasi yang efektif dengan pasien dan melakukan asuhan terhadap pasien.

3.4 Manfaat Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan melalui pemberian asuhan kebidanan yang esensial yang diberikan oleh bidan dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak balita yang memengaruhi tingkat kesejahteraan keluarga sesuai kewenangannya. Manfaat otonomi dan prinsip dalam pelayanan kebidanan sesuai dengan sasaran pelayanan kebidanan, adalah individu, keluarga dan masyarakat yang meliputi upaya-upaya sebagai berikut (Niken Bayu Argaheni, Noviyati Rahardjo Putri et al., 2021):

1. Peningkatan (Promotif), misal penyuluhan Immunisasi;
2. Pencegahan (Preventif), misal pemberian Immunisasi;

3. Penyembuhan (Kuratif), pemberian transfusi darah pada ibu hamil dengan anemia berat;
4. Pemulihan (Rehabilitatif). Contoh pasien pasca operasi SC.

Upaya – upaya diatas bermanfaat untuk meningkatkan sumber daya manusia yang berkualitas.

3.5 Bentuk–Bentuk Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan

Bentuk-Bentuknya, antara lain:

1. Mengkaji kebutuhan dan masalah kesehatan;
2. Menyusun rencana asuhan kebidanan;
3. Melaksanakan asuhan kebidanan;
4. Melaksanakan dokumentasi kebidanan;
5. Mengelola keperawatan pasien dengan lingkup tanggung jawab.

3.6 Faktor–Faktor Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan

Faktor–faktor yang menunjang, antara lain:

1. Ditinjau dari bidan itu sendiri
 - a. Faktor kesehatan;
 - b. Faktor skill;
 - c. Etika/perilaku;
 - d. Kemampuan pembiayaan / dana;
 - e. Kewenangan bidan.
2. Segi birokrasi
3. Perundang undangan

3.7 Persyaratan Otonomi dan Prinsip dalam Pelayanan Kebidanan

Suatu ketentuan untuk melaksanakan praktek kebidanan dalam memberikan asuhan pelayanan kebidanan sesuai dengan bentuk – bentuk otonomi bidan dalam praktek kebidanan.

Syarat–syarat dari otonomi dan prinsip dalam pelayanan kebidanan meliputi:

1. **Administrasi**
Seorang bidan dalam melakukan praktek kebidanan, hendaknya memiliki sarana dan prasarana yang melengkapi pelayanan yang memiliki standard dan sesuai dengan fasilitas kebidanan.
2. **Dapat diobservasi dan diukur**
Mutu layanan kesehatan akan diukur berdasarkan perbandingannya terhadap standar pelayanan kesehatan yang telah disepakati dan ditetapkan sebelum pengukuran mutu dilakukan.
3. **Realistic**
Kinerja layanan kesehatan yang diperoleh dengan nyata akan diukur terhadap criteria mutu yang ditentukan, untuk melihat standar pelayanan kesehatan apakah tercapai atau tidak.
4. **Mudah dilakukan dan dibutuhkan.**

3.8 Legislasi

Legislasi adalah proses pembuatan undang-undang atau penyempurnaan perangkat hukum yang sudah ada melalui serangkaian kegiatan sertifikasi (pengaturan kompetensi), registrasi (pengaturan kewenangan), dan lisensi (pengaturan penyelenggaraan kewenangan).

Tujuan legislasi adalah memberikan perlindungan kepada masyarakat terhadap pelayanan yang telah diberikan. Bentuk perlindungan tersebut adalah meliputi:

1. Mempertahankan kualitas pelayanan;
2. Memberi kewenangan;

3. Menjamin perlindungan hukum;
4. Meningkatkan profesionalisme;

STR (Surat Tanda Registrasi) adalah bukti Legislasi yang dikeluarkan oleh Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) atas nama Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa bidan berhak menjalankan pekerjaan kebidanan.

3.9 Registrasi

Registrasi adalah sebuah proses di mana seorang tenaga profesi harus mendaftarkan dirinya pada suatu badan tertentu secara periodik guna mendapatkan kewenangan dan hak untuk melakukan tindakan profesionalnya setelah memenuhi syarat-syarat tertentu yang ditetapkan oleh badan tersebut. Registrasi bidan merupakan proses pendaftaran, pendokumentasian dan pengakuan terhadap bidan setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi yang ditetapkan, sehingga secara fisik dan mental mampu melaksanakan praktik profesinya.

Menurut Permenkes No 1464/Menkes/X/2010, registrasi adalah proses pendaftaran, pendokumentasian dan pengakuan terhadap bidan, setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi inti atau standar penampilan minimal yang ditetapkan, sehingga secara fisik dan mental mampu melaksanakan praktik profesinya.

Dengan teregistrasinya seorang tenaga profesi, maka akan mendapatkan haknya untuk ijin praktik (lisensi) setelah memenuhi beberapa persyaratan administrasi untuk lisensi. Secara umum registrasi bertujuan untuk melindungi masyarakat dari mutu pelayanan profesi, adapun tujuan khususnya, adalah: Registrasi bertujuan untuk:

1. Meningkatkan kemampuan tenaga profesi dalam mengadopsi kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang pesat;
2. Meningkatkan mekanisme yang obyektif dan komprehensif dalam penyelesaian kasus malpraktik;
3. Mendata jumlah dan kategori melakukan praktik.

Prosedur proses registrasi dalam praktik kebidanan adalah sebagai berikut: bidan yang baru lulus mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada kepala Dinas Kesehatan Propinsi di mana institusi pendidikan berada guna memperoleh SIB (Surat Ijin Bidan) selambat-lambatnya satu bulan setelah menerima Ijasah bidan.

Kelengkapan registrasi menurut Permenkes No. 1464/MENKES/X/2010 adalah meliputi: fotokopi ijasah bidan, fotokopi transkrip nilai akademik, surat keterangan sehat dari dokter, pas foto sebanyak 2 lembar. Di daerah tertentu selain kelengkapan tersebut juga harus melampirkan surat rekomendasi dan surat pernyataan dari IBI Cabang Kota / Kabupaten. Bidan juga diharuskan membayar biaya administrasi sesuai dengan ketentuan.

STR berlaku selama 5 tahun dan dapat diperbaharui, serta merupakan dasar untuk penerbitan lisensi praktik kebidanan atau SIPB (Surat Ijin Praktik Bidan). STR tidak berlaku lagi karena dicabut atas dasar ketentuan perundang-undangan yang berlaku, habis masa berlakunya dan tidak mendaftarkan ulang, dan atas permintaan sendiri. (Dan, 2019)

3.10 Lisensi Praktek Kebidanan

Lisensi adalah proses administrasi yang dilakukan oleh pemerintah atau yang berwenang berupa surat ijin praktik yang diberikan kepada tenaga profesi yang telah teregistrasi untuk pelayanan mandiri. Menurut IBI, lisensi adalah pemberian ijin sebelum diperkenankan melakukan pekerjaan yang telah ditetapkan.

Tujuan umum lisensi adalah untuk melindungi masyarakat dan pelayanan profesi. Tujuan khusus lisensi adalah:

1. Memberikan kejelasan batas wewenang;
2. Menetapkan sarana dan prasarana;
3. Meyakinkan klien.

Aplikasi Lisensi dalam praktik kebidanan adalah dalam bentuk SIPB (Surat Ijin Praktik Bidan). SIPB adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Depkes Kementerian Kesehatan kepada tenaga bidan yang menjalankan praktik setelah memenuhi persyaratan yang ditetapkan.

Bidan yang menjalankan praktik harus memiliki SIPB, yang diperoleh dengan cara mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota setempat dengan memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Fotokopi STR yang masih berlaku;
2. Fotokopi ijasah D-III bidan;
3. Surat persetujuan atasan;
4. Surat keterangan sehat dari dokter;
5. Rekomendasi dari organisasi profesi;
6. Pas foto;
7. Surat pernyataan dari lingkungan tempat praktik.

Rekomendasi yang diberikan organisasi profesi setelah terlebih dahulu dilakukan penilaian kemampuan keilmuan dan keterampilan, kepatuhan terhadap kode etik serta kesanggupan melakukan praktik bidan. Bentuk penilaian kemampuan keilmuan dan keterampilan inilah yang diaplikasikan dengan rencana diselenggarakannya Uji Kompetensi bagi bidan yang mengurus SIPB atau lisensi.

Uji Kompetensi sekarang ini baru pada tahap uji coba di beberapa wilayah, namun terdapat beberapa propinsi yang menerapkan kebijaksanaan daerah untuk penyelenggaraan uji kompetensi dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan bidan, misalnya Propinsi Jawa Tengah, Yogyakarta dan beberapa propinsi lainnya, dengan menempatkan uji kompetensi pada tahap pengajuan STR.

Dengan diselenggarakannya uji kompetensi diharapkan bahwa bidan yang menyelenggarakan praktik kebidanan adalah bidan yang benar-benar kompeten. Upaya ini dilakukan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan, mengurangi medical error atau malpraktik dalam tujuan utama untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak.

Dalam rancangan uji kompetensi apabila bidan tidak lulus uji kompetensi, maka bidan tersebut menjadi binaan Ikatan Bidan Indonesia (IBI) setempat. Materi uji kompetensi sesuai 9 area kompetensi dalam standar profesi bidan Indonesia. Namun demikian uji kompetensi belum di bakukan dengan suatu dasar hukum, sehingga baru pada tahap draft atau rancangan.

Menurut Permenkes No. 1464/MENKES/X/2010 SIPB berlaku sepanjang STR belum habis masa berlakunya dan dapat diperbaharui kembali.

Bentuk permohonan SIPB dapat dilihat pada lampiran Permenkes No.1464/2010.

3.11 Sertifikasi

Sertifikasi adalah dokumen penguasaan kompetensi tertentu melalui kegiatan pendidikan formal maupun non formal (Pendidikan berkelanjutan). Lembaga pendidikan nonformal misalnya organisasi profesi, rumah sakit, LSM bidang kesehatan yang akreditasinya ditentukan oleh profesi. Sedangkan sertifikasi dan lembaga nonformal adalah berupa sertifikat yang terakreditasi sesuai standar nasional.

Ada dua (2) bentuk kelulusan, yaitu:

1. Ijasah merupakan dokumentasi penguasaan kompetensi tertentu, mempunyai kekuatan hukum atau sesuai peraturan perundangan yang berlaku dan diperoleh dari pendidikan formal;
2. Sertifikat adalah dokumen penguasaan kompetensi tertentu, bisa diperoleh dari kegiatan pendidikan formal atau pendidikan berkelanjutan maupun lembaga pendidikan nonformal yang akreditasinya ditentukan oleh profesi kesehatan.

Tujuan umum sertifikasi adalah sebagai berikut:

1. Melindungi masyarakat pengguna jasa profesi;
2. Meningkatkan mutu pelayanan;
3. Pemerataan dan perluasan jangkauan pelayanan.

Tujuan khusus sertifikasi adalah sebagai berikut:

1. Menyatakan kemampuan pengetahuan, keterampilan dan perilaku (kompetensi) tenaga profesi;
2. Menetapkan kualifikasi dari lingkup kompetensi;
3. Menyatakan pengetahuan, keterampilan dan perilaku (kompetensi) pendidikan tambahan tenaga profesi;
4. Menetapkan kualifikasi, tingkat dan lingkup pendidikan tambahan tenaga profesi;

5. Memenuhi syarat untuk mendapat nomor registrasi.

3.12 Wewenang Bidan dalam Melaksanakan Praktek Profesi

Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI No.900/ Menkes/SK/VII/2002. Bidan dalam menjalankan praktik profesinya berwenang untuk memberikan pelayanan, antara lain (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2002):

1. Pemberian kewenangan lebih luas kepada bidan dimaksudkan untuk mendekatkan pelayanan kegawatan obstetri dan neonatal kepada setiap ibu hamil/bersalin, nifas dan bayi baru lahir (0-28 hari), agar penanganan dini atau pertolongan pertama sebelum rujukan dapat dilakukan secara cepat dan tepat waktu;
2. Dalam menjalankan kewenangan yang diberikan, bidan harus:
 - a. Melaksanakan tugas kewenangan sesuai dengan standar profesi;
 - b. Memiliki ketrampilan dan kemampuan untuk tindakan yang dilakukannya;
 - c. Mematuhi dan melaksanakan protap yang berlaku di wilayahnya;
 - d. Bertanggung jawab atas pelayanan yang diberikan dan berupaya secara optimal dengan mengutamakan keselamatan ibu dan bayi atau janin.
3. Pelayanan kebidanan kepada wanita oleh bidan meliputi pelayanan pada masa pranikah termasuk remaja puteri, prahamil, kehamilan, persalinan, nifas, menyusui dan masa antara kehamilan (periode interval);
4. Pelayanan kepada wanita dalam masa pranikah meliputi konseling untuk remaja puteri, konseling persiapan pranikah, dan pemeriksaan fisik yang dilakukan menjelang pernikahan. Tujuan dari pemberian pelayanan ini adalah untuk mempersiapkan wanita usia subur dan pasangannya yang akan menikah agar mengetahui kesehatan

- reproduksi, sehingga dapat berperilaku reproduksi sehat secara mandiri dalam kehidupan rumah tangganya kelak;
5. Pelayanan kebidanan dalam masa kehamilan, masa persalinan dan masa nifas meliputi pelayanan yang berkaitan dengan kewenangan yang diberikan. Perhatian khusus diberikan pada masa sekitar persalinan, karena kebanyakan kematian ibu dan bayi terjadi dalam masa tersebut;
 6. Pelayanan kesehatan kepada anak diberikan pada masa bayi (khususnya bayi baru lahir), balita dan anak pra sekolah;
 7. Dalam melaksanakan pertolongan persalinan, bidan dapat memberikan uterotonika;
 8. Pelayanan dan pengobatan kelainan ginekologik yang dapat dilakukan oleh bidan adalah kelainan ginekologik ringan, seperti keputihan dan penundaan haid. Pengobatan ginekologik yang diberikan tersebut pada dasarnya bersifat pertolongan sementara sebelum dirujuk ke dokter, atau tindak lanjut pengobatan sesuai advis dokter.
 9. Pelayanan kesehatan kepada anak meliputi:
 - a. Pelayanan neonatal esensial dan tata laksana neonatal sakit diluar rumah sakit yang meliputi:
 - 1) Pertolongan persalinan yang atraumatik, bersih dan aman;
 - 2) Menjaga tubuh bayi tetap hangat dengan kontak dini;
 - 3) Membersihkan jalan nafas, mempertahankan bayi bernafas spontan;
 - 4) Pemberian ASI dini dalam 30 menit setelah melahirkan;
 - 5) Mencegah infeksi pada bayi baru lahir antara lain melalui perawatan tali pusat secara higienis, pemberian imunisasi dan pemberian ASI eksklusif;
 - b. Pemeriksaan dan perawatan bayi baru lahir dilaksanakan pada bayi 0-28 hari;
 - c. Penyuluhan kepada ibu tentang pemberian ASI eksklusif untuk bayi dibawah 6 bulan dan makanan pendamping ASI (MPASI) untuk bayi diatas 6 bulan;

- d. Pemantauan tumbuh kembang balita untuk meningkatkan kualitas tumbuh kembang anak melalui deteksi dini dan stimulasi tumbuh kembang balita;
 - e. Pemberian obat yang bersifat sementara pada penyakit ringan, sepanjang sesuai dengan obat-obatan yang sudah ditetapkan dan segera merujuk pada dokter.
10. Beberapa tindakan yang termasuk dalam kewenangan bidan antara lain:
- a. Memberikan imunisasi kepada wanita usia subur termasuk remaja puteri, calon pengantin, ibu dan bayi;
 - b. Mmemberikan suntikan kepada penyulit kehamilan meliputi pemberian secara parental antibiotika pada infeksi/sepsis, oksitosin pada kala III dan kala IV untuk pencegahan/penanganan perdarahan postpartum karena hipotonia uteri, sedativa pada preeklamsi/eklamsi, sebagai pertolongan pertama sebelum dirujuk;
 - c. melakukan tindakan amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm pada letak belakang kepala, pada distosia karena inertia uteri dan diyakini bahwa bayi dapat lahir pervaginam;
 - d. kompresi bimanual internal dan/atau eksternal dapat dilakukan untuk menyelamatkan jiwa ibu pada pendarahan postpartum untuk menghentikan pendarahan. Diperlukan keterampilan bidan dan pelaksanaan tindakan sesuai dengan protap yang berlaku;
 - e. Versi luar pada gemeli pada kelahiran bayi kedua. Kehamilan ganda seharusnya sejak semula direncanakan pertolongan persalinannya di rumah sakit oleh dokter. Bila hal tersebut tidak diketahui, bidan yang menolong persalinan terlebih dahulu dapat melakukan versi luar pada bayi kedua yang tidak dalam presentasi kepala, sesuai dengan protap;
 - f. Ekstraksi vacum pada bayi dengan kepala di dasar panggul. Demi penyelamatan hidup bayi dan ibu, bidan yang telah mempunyai kompetensi, dapat melakukan ekstraksi vacum atau ekstraksi

- cunam bila janin dalam presentasi belakang kepala dan kepala janin telah berada di dasar panggul;
- g. Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia.
Bidan diberi wewenang melakukan resusitasi pada bayi baru lahir yang mengalami asfiksia, yang sering terjadi pada partus lama, ketuban pecah dini, persalinan dengan tindakan dan pada bayi dengan berat badan lahir rendah, utamanya bayi prematur. Bayi tersebut selanjutnya perlu dirawat di fasilitas kesehatan, khususnya yang mempunyai berat lahir kurang dari 1750 gram;
 - h. Hipotermi pada bayi baru lahir. Bidan diberi wewenang untuk melaksanakan penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dengan mengeringkan, menghangatkan, kontak dini dan metode kangguru.
11. Bidan dalam memberikan pelayanan keluarga berencana harus memperhatikan kompetensi dan protap yang berlaku diwilayahnya meliputi:
- a. Memberikan pelayanan keluarga berencana yakni: pemasangan IUD, alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK), pemberian suntikan, tablet, kondom, diafragma, Jelly dan melaksanakan konseling;
 - b. Memberikan pelayanan efek samping pemakaian kontrasepsi, Pertolongan yang diberikan oleh bidan bersifat pertolongan pertama yang perlu mendapatkan pengobatan oleh dokter bila gangguan berlanjut;
 - c. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK) tanpa penyulit.
 - d. Tindakan ini dilakukan atas dasar kompetensi dan pelaksanaannya bersarakan Protap, Pencabutan AKBK tidak dianjurkan untuk dilaksanakan melalui pelayanan KB keliling;
 - e. Dalam keadaan darurat, untuk penyelamatan jiwa, bidan berwenangn melakukan pelayanan kebidanan selain kewenangan yang diberikan bila tidak mungkin memperoleh pertolongan dari tenaga ahli, Dalam memberikan pertolongan, bidan harus mengikuti protap yang berlaku.

12. Bidan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat mangacu pada pedoman yang telah ditetapkan.
13. Beberapa kewajiban bidan yang perlu diperhatikan dalam menjalankan kewenangan:
 - a. Meminta persetujuan yang akan dilakukan.
Pasien berhak mengetahui dan mendapat penjelasan mengenai semua tindakan yang dilakukan kepadanya. Persetujuan dari pasien dan orang terdekat dalam keluarga perlu dimintakan sebelum tindakan dilakukan;
 - b. Memberikan informasi.
Informasi mengenai pelayanan/tindakan yang diberikan dan efek samping yang ditimbulkan perlu diberikan secara jelas, sehingga memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengambil keputusan yang terbaik bagi dirinya;
 - c. Melakukan rekam medis dengan baik.
Setiap pelayanan yang diberikan oleh bidan perlu didokumentasikan/dicatat, seperti hasil pemeriksaan dan tindakan yang diberikan dengan menggunakan format yang berlaku.
14. Penyediaan dan penyerahan obat-obatan:
 - a. Bidan harus menyediakan Obat-obatan maupun obat suntik sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan;
 - b. Bidan diperkenankan menyerahkan obat kepada pasien sepanjang untuk keperluan darurat dan sesuai dengan protap.
15. Pemberian surat keterangan kelahiran dan kematian dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Untuk keterangan kelahiran hanya dapat dibuat oleh bidan yang memberikan pertolongan persalinan tersebut dengan menyebutkan:
 - 1) Identitas bidan penolong persalinan;
 - 2) Identitas suami dan ibu yang melahirkan;
 - 3) Jenis kelamin, berat badan dan panjang badan anak yang dilahirkan;
 - 4) Waktu kelahiran (tempat, tanggal dan jam).

- b. Untuk surat keterangan kematian hanya dapat diberikan terhadap ibu dan atau bayi yang meninggal pada waktu pertolongan persalinan dilakukan dengan menyebutkan:
 - 1) Identitas bidan;
 - 2) Identitas ibu/bayi yang meninggal;
 - 3) Identitas suami dari ibu yang meninggal;
 - 4) Identitas ayah dan ibu dari bayi yang meninggal;
 - 5) Jenis kelamin;
 - 6) Waktu kematian (tempat, tanggal dan jam);
 - 7) Umur;
 - 8) Dugaan penyebab kematian.
- c. Setiap pemberian surat keterangan kelahiran atau surat keterangan kematian harus dilakukan pencatatan (Niken Bayu Argaheni, Yulinda Aswan et al., 2022).

3.13 Hak dan Kewajiban Bidan dalam Melaksanakan Praktek Profesi

Hak merupakan pengakuan yang dibuat oleh orang atau sekelompok orang terhadap orang atau sekelompok orang lain. Ada beberapa macam hak, antara lain hak legal dan moral. Hak legal merupakan hak yang didasarkan atas hukum. Hak moral adalah didasarkan pada prinsip atau etis.

Setiap kewajiban seseorang berkaitan dengan hak orang lain dan setiap hak seseorang berkaitan dengan kewajiban orang lain untuk memenuhi hak tersebut. Menurut John Stuart Mill bahwa kewajiban meliputi kewajiban sempurna dan kewajiban tidak sempurna. Kewajiban sempurna artinya kewajiban didasarkan atas keadilan, selalu terkait dengan hak orang lain. Sedangkan kewajiban tidak sempurna, tidak terkait dengan hak orang lain tetapi bisa didasarkan atas kemurahan hati atau niat berbuat baik (Wahyuni, Ninik Azizah, Hasliana Haslan et al., 2022).

3.13.1 Hak Bidan Dalam Melaksanakan Praktek Profesinya

1. Bidan berhak mendapat perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya;
2. Bidan berhak untuk bekerja sesuai dengan standar profesi pada setiap tingkat/jenjang pelayanan kesehatan;
3. Bidan berhak menolak keinginan pasien/klien dan keluarga yang bertentangan dengan peraturan perundangan, dan kode etik profesi;
4. Bidan berhak atas privasi/kedirian dan menuntut apabila nama baiknya dicemarkan oleh pasien, keluarga maupun profesi lain;
5. Bidan berhak atas kesempatan untuk meningkatkan diri baik melalui pendidikan maupun pelatihan;
6. Bidan berhak memperoleh kesempatan untuk meningkatkan jenjang karir dan jabatan yang sesuai;
7. Bidan berhak mendapat kompensasi dan kesejahteraan yang sesuai.

3.13.2 Kewajiban Bidan dalam Melaksanakan Praktek Profesinya

1. Bidan wajib mematuhi peraturan rumah sakit sesuai dengan hukum antara bidan tersebut dengan rumah sakit bersalin dan sarana pelayanan di mana ia bekerja;
2. Bidan wajib memberikan pelayanan asuhan kebidanan sesuai dengan standar profesi dengan menghormati hak-hak pasien;
3. Bidan wajib merujuk pasien dengan penyulit kepada dokter yang mempunyai kemampuan dan keahlian sesuai dengan kebutuhan pasien;
4. Bidan wajib memberi kesempatan kepada pasien untuk didampingi suami atau keluarga;
5. Bidan wajib memberi kesempatan kepada pasien untuk menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya;
6. Bidan wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien;

7. Bidan wajib memberikan informasi yang akurat tentang tindakan yang akan dilakukan serta risiko yang mungkin dapat timbul;
8. Bidan wajib meminta persetujuan tertulis (Informed Consent) atas tindakan yang akan dilakukan;
9. Bidan wajib mendokumentasikan asuhan kebidanan yang diberikan;
10. Bidan wajib mengikuti perkembangan IPTEK dan menambah ilmu pengetahuannya melalui pendidikan formal atau non formal;
11. Bidan wajib bekerja sama dengan profesi lain dan pihak yang terkait secara timbal balik dalam memberikan asuhan kebidanan.

Bab 4

Pelayanan Kesehatan

4.1 Pendahuluan

Pelayanan merupakan suatu proses yang berlangsung secara rutin dan berkesinambungan, yang meliputi seluruh kehidupan masyarakat. Pelayanan pada dasarnya merupakan kegiatan atau manfaat yang ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain dan pada hakekatnya tidak berwujud serta tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu, proses produksinya tidak dikaitkan dengan suatu produk fisik.

Pelayanan kesehatan adalah kewajiban negara kepada warga negara untuk memenuhi haknya, warga negara yang dimaksud adalah sekumpulan manusia yang dipersatukan oleh suatu rasa persamaan yang mendiami suatu wilayah tertentu. Warga negara mempunyai hak untuk sehat, termasuk untuk mendapatkan perlindungan dan pemenuhan haknya dalam pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan (health care service) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan.

Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Salah satu sarana pelayanan

kesehatan yang mempunyai peran sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah rumah sakit. Rumah sakit merupakan lembaga dalam mata rantai SKN (Sistem Kesehatan Nasional) dan mengemban tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, karena pembangunan dan penyelenggaraan kesehatan di rumah sakit perlu diarahkan pada tujuan nasional dibidang kesehatan. Tidak mengherankan apabila bidang kesehatan perlu untuk selalu dibenahi agar bisa memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik untuk masyarakat. Pelayanan kesehatan yang dimaksud tentunya adalah pelayanan yang cepat, tepat, murah dan ramah. Mengingat bahwa sebuah negara akan bisa menjalankan pembangunan dengan baik apabila didukung oleh masyarakat yang sehat secara jasmani dan rohani.

Definisi Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Departemen Kesehatan RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

4.2 Definisi Sistem Pelayanan Kesehatan

Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo Pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

Menurut Dubois & Miley (2005), Sistem Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Menurut Depkes RI (2009), pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan

menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Jadi, sesuai pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat.

Yang dimaksud sub sistem disini adalah sub sistem dalam pelayanan kesehatan yaitu input, proses, output, dampak, umpan balik.

1. Input

Merupakan subsistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah sistem. Input sistem pelayanan kesehatan: potensi masyarakat, tenaga & sarana kesehatan.

2. Proses

Kegiatan yang mengubah sebuah masukan menjadi sebuah hasil yang diharapkan dari sistem tersebut. Proses dalam pelayanan kesehatan: berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.

3. Output

Merupakan hasil yang diperoleh dari sebuah proses. Output pelayanan kesehatan: pelayanan yang berkualitas dan terjangkau sehingga masyarakat sembuh dan sehat.

4. Dampak

Merupakan akibat dari output atau hasil suatu sistem, terjadi dalam waktu yang relatif lama. Dampak sistem pelayanan kesehatan: masyarakat sehat, angka kesakitan dan kematian menurun.

5. Umpan Balik

Merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadi masukan. Terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling memengaruhi. Umpan balik dalam pelayanan kesesahatan: kualitas tenaga kesehatan.

6. Lingkungan

Semua keadaan di luar sistem tetapi dapat memengaruhi pelayanan kesehatan.

- Contoh : Di dalam pelayanan kesehatan Puskesmas,
Input : Dokter, Perawat, Obat-obatan.
Proses : Kegiatan pelayanan puskesmas.
Output : Pasien sembuh atau tidak sembuh.
Dampak : Meningkatkan status kesehatan masyarakat.
Umpan Balik : Keluhan-keluhan pasien terhadap pelayanan.
Lingkungannya : Masyarakat dan instansi-instansi diluar puskesmas.
(Muninjaya, A.A Gde. 2004)

4.2.1 Tujuan Pelayanan Kesehatan

1. Promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan) Hal ini diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan.
2. Preventif (pencegahan terhadap orang yang berisiko terhadap penyakit). Terdiri dari:
 - a. Preventif Primer Terdiri dari program pendidikan, seperti imunisasi, penyediaan nutrisi yang baik, dan kebugaran fisik
 - b. Preventive Sekunder Terdiri dari pengobatan penyakit pada tahap dini untuk membatasi kecacatan dengan cara menghindari akibat yang timbul dari perkembangan penyakit tersebut.
 - c. Preventif Tersier
 - d. Pembuatan diagnose Ditunjukkan untuk melaksanakan tindakan rehabilitasi, pembuatan diagnose dan pengobatan
 - e. Kuratif (penyembuhan penyakit)
 - f. Rehabilitasi (pemulihan) Usaha pemulihan seseorang untuk mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit fisik atau mental, cedera atau penyalahgunaan (M. Fais S. 2009).

4.2.2 Ciri-ciri Sistem Pelayanan Kesehatan

Ciri-ciri sistem pelayanan kesehatan dibagi menjadi:

1. P: *Pleasantness* (seorang petugas harus mampu menyenangkan pelanggan).
2. E: *Eagerness to help others* (memiliki keinginan yang kuat dari dalam dirinya untuk membantu).
3. R: *Respect for other people* (harus menghargai dan menghormati pelanggan).
4. S: *Sense of responsibility is a realization that what one does and says is important* (harus memiliki rasa tanggung jawab terhadap pekerjaan dan perkataannya terhadap pelanggan).
5. O: *Orderly mind is essential for methodical and accurate work* (harus memiliki jalan pemikiran yang terarah dan terorganisasi untuk melakukan pekerjaan dengan metode baik dan tingkat ketepatan yang tinggi).
6. N: *Neatness indicates pride in self and job* (harus memiliki kerapian dan bangga dengan pekerjaannya sendiri).
7. A: *Accurate in everything done is of permanent importance* (harus melakukan pekerjaan dengan keakuratan atau ketepatan atau ketelitian, hal ini merupakan sebuah nilai yang sangat penting).
8. L: *Loyalty to both management and colleagues make good time work* (harus bersikap setia pada management dan rekan kerja, merupakan kunci membangun kerja sama).
9. I: *Intelligence use of common sense at all time* (harus senantiasa menggunakan akal sehat dalam memahami pelanggan dari waktu ke waktu).
10. T: *Tact saying and doing the right thing at the right time* (harus memiliki kepribadian, berbicara, bijaksana dan melakukan pekerjaan secara benar).
11. Y: *Yearning to be good serve clerk and love of the work is essential* (mempunyai keinginan menjadi pelayan yang baik serta mencintai pekerjaannya).

4.2.3 Jenis-jenis Sistem Pelayanan Kesehatan

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu:

1. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga. Dengan ciri- ciri:

- a. Tenaga pelaksanaannya adalah tenaga para dokter
- b. Perhatian utamanya adalah penyembuhan penyakit
- c. Sasaran utamanya adalah perseorangan atau keluarga
- d. Kurang memperhatikan efisiensi
- e. Tidak boleh menarik perhatian karena bertentangan dengan etika kedokteran
- f. Menjalankan fungsi perseorangan dan terikat undang-undang
- g. Penghasilan diperoleh dari imbal jasa
- h. Bertanggung jawab hanya kepada penderita
- i. Tidak dapat memonopoli upaya kesehatan dan bahkan mendapat saingan
- j. Masalah administrasi sangat sederhana (M. Fais S. 2009)

2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (public health service) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat. Dengan ciri- ciri:

- a. Tenaga pelaksanaannya terutama ahli kesehatan masyarakat
- b. Perhatian utamanya pada pencegahan penyakit
- c. Sasaran utamanya adalah masyarakat secara keseluruhan
- d. Selalu berupaya mencari cara yang efisien

- e. Dapat menarik perhatian masyarakat
- f. Menjalankan fungsi dengan mengorganisir masyarakat dan mendapat dukungan undang-undang
- g. Pengasilan berupa gaji dari pemerintah
- h. Bertanggung jawab kepada seluruh masyarakat
- i. Dapat memonopoli upaya kesehatan
- j. Mengadapi berbagai persoalan kepemimpinan (M. Fais S. 2009)

4.2.4 Tingkat Sistem Pelayanan Kesehatan

Merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat. Menurut Leavel & Clark dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memandang pada tingkat pelayanan kesehatan yang akan diberikan, yaitu:

1. Health Promotion (Promosi Kesehatan) Merupakan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Contoh: Kebersihan perorangan, perbaikan sanitasi lingkungan.
2. Specifik Protection (Perlindungan Khusus) Perlindungan khusus adalah masyarakat terlindung dari bahaya atau penyakit-penyakit tertentu. Contoh: Imunisasi, perlindungan keselamatan kerja.
3. Early Diagnosis and Prompt Treatment (Diagnosis Dini & Pengobatan Segera) Sudah mulai timbulnya gejala penyakit dan dilakukan untuk mencegah penyebaran penyakit. Contoh: Survey penyaringan kasus.
4. Disability Limitation (Pembatasan Kecacatan) Dilakukan untuk mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit tertentu. Dilakukan pda kasus yang memiliki potensi kecacatan. Contoh: Perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi lebih lanjut, pemberian segala fasilitas untuk mengatasi kecacatan, menncegah kematian.
5. Rehabilitation (Rehabilitasi) Dilakukan setelah pasien sembuh. Sangat diperlukan pada fase pemulihan terhadap kecacatan, misal: program latihan, konsultasi dan diskusi psikologis untuk

meningkatkan koping individu positif sehingga gairah hidup meningkat. (M. Fais, 2009)

4.2.5 Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan

1. Tingkat Pertama/Primary Health Service
Adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok yang dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Biasa dilakukan pada masyarakat yang memiliki masalah atau masyarakat sehat. Sifat pelayanan adalah pelayanan dasar yang dapat dilakukan di puskesmas, balai kesehatan masyarakat atau poliklinik.
2. Tingkat Dua/Secondary Health Service
Diperlukan bagi masyarakat atau klien yang memerlukan perawatan rumah sakit dilaksanakan di rumah sakit yang tersedia tenaga spesialis
3. Tingkat Tiga/Tertiary Health Service
Merupakan tingkat yang tertinggi. Membutuhkan tenaga ahli atau subspecialis dan sebagai rujukan.

4.2.6 Syarat Pokok Sistem Pelayanan Kesehatan

1. Tersedia dan Berkesinambungan
Semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat harus mudah ditemukan serta selalu siaga keberadaannya di masyarakat setiap kali dibutuhkan.
2. Dapat Diterima dan Wajar
Diartikan bahwa pelayanan kesehatan tersebut tidak berbentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat bukan pelayanan kesehatan yang baik.
3. Mudah Dicapai/ Accessible
Ketercapaian yang dimaksudkan diutamakan dari sudut lokasi. Dengan kata lain pelayanan kesehatan dan distribusi sarana kesehatan merata di seluruh wilayah, tidak terkonsentrasi di perkotaan.

4. Mudah Dijangkau/ Affordable

Terutama dari sudut biaya, disesuaikan dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

5. Bermutu/ Quality

Mutu yang dimaksudkan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan tata cara penyelenggaraannya disesuaikan kode etik serta yang telah ditetapkan.

4.2.7 Lembaga Sistem Pelayanan Kesehatan

Lembaga merupakan tempat pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat dalam rangka meningkatkan status kesehatan. Tempat yang dimaksud bervariasi berdasarkan tujuan pemberian pelayanan kesehatan. Tempat tersebut di antaranya:

1. Rawat Jalan

Lembaga pelayanan ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan pada tingkat pelaksanaan diagnosa dan pengobatan pada penyakit yang akut atau mendadak serta kronis yang dimungkinkan tidak rawat inap. Lembaga ini misalnya: klinik kesehatan, klinik dokter spesialis.

2. Institusi

Merupakan lembaga yang fasilitasnya cukup dalam memberikan pelayanan kesehatan, seperti: rumah sakit dan pusat rehabilitasi

3. Hospice

Lembaga ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan yang berfokus pada klien yang sakit terminal agar lebih tenang, biasanya dilakukan home care.

4. Community Base Agency

Merupakan bagian dari lembaga yang dilalukan pada klien dan keluarga, misalnya: praktek perawat keluarga.

Bab 5

Promosi Kesehatan

5.1 Pengantar Konsep Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan cara seseorang menawarkan/"menjual" produknya yang berhubungan dengan kesehatan, atau sama saja seperti pendidikan kesehatan/penyuluhan pada masyarakat yang sering dilakukan para tenaga kesehatan terdahulu bila ada program yang harus disebarluaskan. Hal tersebut tidak sepenuhnya salah bila dikaitkan dengan arti promosi dan kesehatan itu sendiri, namun sebenarnya ada beberapa hal yang menjadi kesepakatan bersama dan poin yang patut kita pahami agar tidak salah kaprah dalam pelaksanaannya.



Gambar 5.1: Bagan riwayat pergeseran istilah promosi kesehatan

Sebelum membahas lebih banyak mengenai teori dasar promosi kesehatan, ada baiknya mengulas sesaat mengenai pergeseran istilah dalam promosi kesehatan.

5.2 Sejarah Singkat Istilah Promosi Kesehatan (PROMKES)

Perkembangan promosi kesehatan

Sejarah Singkat Istilah Promosi Kesehatan (PROMKES) Jika kita 'flashback' sejenak, perkembangan Promosi Kesehatan tidak terlepas dari perkembangan sejarah Kesehatan Masyarakat Di Indonesia dan dipengaruhi juga oleh perkembangan Promosi Kesehatan Internasional yaitu dimulainya program Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) pada tahun 1975 dan tingkat Internasional tahun 1978 Deklarasi Alma Ata tentang Primary Health Care tersebut sebagai tonggak sejarah cikal bakal Promosi Kesehatan

Istilah Health Promotion (Promosi Kesehatan) sebenarnya sudah mulai dicetuskan setidaknya pada tahun 1986, ketika diselenggarakannya Konferensi Internasional pertama tentang Health Promotion Di Ottawa-Canada pada tahun 1986.

Pada waktu itu dicanangkan "the Ottawa Charter", yang di dalamnya memuat definisi serta prinsip-prinsip dasar Promosi kesehatan. Namun istilah tersebut pada waktu itu Di Indonesia belum terlalu populer seperti sekarang. Pada masa itu, istilah yang cukup terkenal hanyalah Penyuluhan Kesehatan, selain itu muncul pula istilah-istilah populer lain seperti KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi), Social Marketing (Pemasaran Sosial) dan Mobilisasi Sosial.

Selanjutnya perkembangan Promosi Kesehatan Di Indonesia adalah seperti uraian berikut ini:

1. Sebelum Tahun 1965

Pada saat itu istilahnya adalah Pendidikan Kesehatan. Dalam program-program kesehatan, Pendidikan Kesehatan hanya sebagai pelengkap pelayanan kesehatan, terutama pada saat terjadi keadaan kritis seperti wabah penyakit, bencana, dsb. Sasarannya perseorangan

(individu), supaya sasaran program lebih kepada perubahan pengetahuan seseorang.

2. Periode Tahun 1965-1975

Pada periode ini sasaran program mulai perhatian kepada masyarakat. Saat itu juga dimulainya peningkatan tenaga profesional melalui program *Health Educational Service* (HES). Tetapi intervensi program masih banyak yang bersifat individual walau sudah mulai aktif ke masyarakat. Sasaran program adalah perubahan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan.

3. Periode Tahun 1975-1985

Istilahnya mulai berubah menjadi Penyuluhan Kesehatan. Di tingkat Departemen Kesehatan ada Direktorat PKM. Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) menjadi andalan program sebagai pendekatan *Community Development*.

Saat itu mulai diperkenalkannya Dokter Kecil pada program UKS di Sekolah Dasar (SD). Departemen Kesehatan sudah mulai aktif membina dan memberdayakan masyarakat. Saat itulah Posyandu lahir sebagai pusat pemberdayaan dan mobilisasi masyarakat.

Sasaran program adalah perubahan perilaku masyarakat tentang kesehatan. Pendidikan kesehatan pada era tahun 80-an menekankan pada pemberian informasi kesehatan melalui media dan teknologi pendidikan kepada masyarakat dengan harapan masyarakat mau melakukan perilaku hidup sehat.

Namun kenyataannya, perubahan tersebut sangat lamban sehingga dampaknya terhadap perbaikan kesehatan sangat kecil. Dengan kata lain, peningkatan pengetahuan yang tinggi tidak diikuti dengan perubahan perilaku. Seperti yang diungkap hasil penelitian, 80% masyarakat tahu cara mencegah demam berdarah dengan melakukan 3M (menguras, menutup dan mengubur) tetapi hanya 35% dari masyarakat yang benar-benar melakukan 3M tersebut.

Oleh sebab itu, agar pendidikan kesehatan tidak terkesan ‘tanpa arti’, maka para ahli pendidikan kesehatan global yang dimotori oleh

WHO, pada tahun 1984 merevitalisasi pendidikan kesehatan tersebut dengan menggunakan istilah promosi kesehatan.

Promosi kesehatan tidak hanya mengupayakan perubahan perilaku saja tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut. Disamping itu promosi kesehatan lebih menekankan pada peningkatan kemampuan hidup sehat bukan sekedar berperilaku sehat.

4. Periode Tahun 1985-1995

Dibentuklah Direktorat Peran Serta Masyarakat (PSM), yang diberi tugas memberdayakan masyarakat. Direktorat PKM berubah menjadi Pusat PKM, yang tugasnya penyebaran informasi, komunikasi, kampanye dan pemasaran sosial bidang kesehatan. Saat itu pula PKMD menjadi Posyandu. Tujuan dari PKM dan PSM saat itu adalah perubahan perilaku. Pandangan (visi) mulai dipengaruhi oleh 'Ottawa Charter' tentang Promosi Kesehatan.

5. Periode Tahun 1995-Sekarang

Istilah PKM menjadi Promosi Kesehatan. Bukan saja pemberdayaan kearah mobilisasi massa yang menjadi tujuan, tetapi juga kemitraan dan politik kesehatan (termasuk advokasi). Sehingga sasaran Promosi Kesehatan tidak hanya perubahan perilaku tetapi perubahan kebijakan atau perubahan menuju perubahan sistem atau faktor lingkungan kesehatan.

Pada Tahun 1997 diadakan konvensi Internasional Promosi Kesehatan dengan tema "Health Promotion Towards The 21st Century, Indonesian Policy for The Future" dengan melahirkan 'The Jakarta Declaration'.

Berdasarkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986), sebagai hasil rumusan Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Di Ottawa-Canada, menyatakan bahwa Promosi Kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Batasan promosi kesehatan ini mencakup 2 dimensi yaitu kemauan dan kemampuan. Sehingga tujuan dari Promosi Kesehatan itu sendiri adalah memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan

mereka dan menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Dengan demikian penggunaan istilah Promosi Kesehatan Di Indonesia tersebut dipicu oleh perkembangan dunia Internasional. Nama unit *Health Education* di WHO baik di Hoodquarter, Geneva maupun Di SEARO India, juga sudah berubah menjadi unit *Health Promotion*.

Nama organisasi profesi Internasional juga mengalami perubahan menjadi *International Union For Health Promotion and Education* (IUHPE). Istilah Promosi Kesehatan tersebut juga ternyata sesuai dengan perkembangan pembangunan kesehatan Di Indonesia sendiri yang mengacu pada paradigma sehat.

Salah satu tonggak promosi kesehatan ialah Deklarasi Jakarta, yang lahir dari Konferensi Internasional Promosi Kesehatan ke IV.

Deklarasi Jakarta Merumuskan bahwa:

1. Promosi kesehatan adalah investasi utama yang memberikan dampak pada determinan kesehatan, dan juga memberikan kesehatan terbesar pada masyarakat.
2. Promosi kesehatan memberikan hasil positif yang berbeda dibandingkan upaya lain dalam meningkatkan kesetaraan bagi masyarakat dalam kesehatan.
3. Promosi kesehatan perlu disosialisasikan dan harus menjadi tanggung jawab lintas sektor.

Deklarasi juga merumuskan prioritas-prioritas promosi kesehatan di abad 21 yaitu:

1. Meningkatkan tanggung jawab dalam kesehatan
2. Meningkatkan investasi untuk pembangunan kesehatan
3. Meningkatkan kemampuan masyarakat dan pemberdayaan individu serta menjamin infrastruktur promosi kesehatan.

5.3 Konsep Piagam Ottawa Dalam Konferensi Internasional Promosi Kesehatan

Piagam Ottawa adalah piagam kesepakatan yang dihasilkan pada Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Pertama Di Ottawa-Canada tahun 1986, telah membawa perubahan dalam pengertian dan praktek “health promotion” atau promosi kesehatan.

Piagam ini mendefinisikan Promosi Kesehatan sebagai “Proses yang memungkinkan individu mengendalikan dan memperbaiki kesehatannya. Untuk mencapai kesehatan jasmani, rohani dan sosial yang sempurna, seseorang atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan, mampu mengubah atau beradaptasi dengan lingkungan”.

Piagam tersebut merumuskan upaya promosi kesehatan mencakup 5 butir.

1. Kebijakan Berwawasan Kesehatan (Health Public Policy). Ditujukan kepada policy maker agar mengeluarkan kebijakan publik yang mendukung kesehatan.
2. Lingkungan yang Mendukung (Supportive Environment). Ditujukan kepada para pengelola tempat umum termasuk pemerintah kota, agar menyediakan prasarana sarana yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat.
3. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service). Selama ini yang menjadi penyedia (provider) pelayanan kesehatan adalah pemerintah dan swasta sedangkan masyarakat adalah sebagai pengguna (customers) pelayanan kesehatan. Pemahaman ini harus diubah, bahwasanya masyarakat tidak sekedar pengguna tetapi bisa sebagai provider dalam batas-batas tertentu melalui upaya pemberdayaan.
4. Keterampilan Individu (Personnel Skill). Kesehatan masyarakat akan terwujud apabila kesehatan individu, keluarga dan kelompok tersebut terwujud.

5. Gerakan Masyarakat (Community Action). Adanya gerakan-gerakan atau kegiatan-kegiatan di masyarakat yang mendukung kesehatan agar terwujud perilaku yang kondusif dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.

Pengertian promosi kesehatan yang tertuang dalam piagam ottawa ini kemudian diperbarui WHO menjadi: “Proses pemberdayaan rakyat (individu dan masyarakat) yang memungkinkan mereka mampu mengendalikan determinan kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya”.

Jadi, yang harus terlibat dalam proses pengendalian dan perbaikan kesehatan tersebut adalah rakyat atau individu dan masyarakat itu sendiri.

5.4 Determinan-Determinan yang Memengaruhi Promosi Kesehatan

Inti dari definisi promosi kesehatan, baik yang berasal dari Ottawa Charter, maupun modifikasi nya dari WHO adalah masyarakat menjalankan perilaku yang menguntungkan kesehatan, baik berupa perilaku pencegahan dan pemeliharaan kesehatan, perilaku memilih dan memperbaiki lingkungan maupun perilaku penggunaan pelayanan kesehatan, bahkan perilaku yang berkenaan dengan aspek genetika dan kependudukan.

Defenisi sehat menurut “World Health Organization” (WHO) merumuskan dalam cakupan yang sangat luas, yaitu “keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat” (WHO,2022)

Definisi sehat di atas, tampak bahwa ada perubahan batasan kesehatan yang terjadi. Sehat dan menjadi sehat adalah upaya yang harus dilakukan. Salah satunya dengan melakukan upaya promosi kesehatan seperti yang diputuskan pada konferensi pertama Di Kanada (1986). Untuk itu, anda perlu mengetahui terlebih dahulu tentang determinan-determinan kesehatan dalam uraian berikut ini:

Dewasa ini semakin banyak orang yang memahami dan menerima bahwa kesehatan sangat dipengaruhi oleh determinan-determinan sosial dan

lingkungan, disamping determinan fisik dan biologis. Determinan fisik seperti kebersihan lingkungan, cuaca, iklim dll, sedangkan determinan biologik misalnya mikroorganisme (virus, bakteri), parasit dan lain-lain. Sementara itu determinan-determinan sosial yang sangat memengaruhi kesehatan antara lain: kemiskinan, pengangguran, kelestarian lingkungan, diskriminasi dan ketidakberdayaan (La Bonte and Feather, 1996).

Sarjana Marmot (1999) menyebutkan bahwa ada 10 determinan sosial yang memengaruhi kesehatan, yaitu:

1. Kesenjangan sosial
Pada masyarakat kelas sosial-ekonomi rendah, biasanya lebih berisiko dan rentan terhadap penyakit dan umur harapan hidup juga lebih rendah.
2. Stress
Kegagalan dalam menanggulangi stress baik dalam pekerjaan maupun dalam kehidupan sehari-hari sangat memengaruhi kesehatan seseorang.
3. Kehidupan dini
Kesehatan di masa dewasa sangat ditentukan oleh kondisi kesehatan di usia dini atau awal kehidupan. Pertumbuhan fisik yang lambat dan dukungan emosional yang kurang baik diawal kehidupan, akan memberikan dampak kesehatan fisik, emosi dan kemampuan intelektual dimasa dewasa.
4. Pengucilan sosial
Pengucilan menghasilkan perasaan kehilangan dan tak berharga, mengungsi ke tempat lain yang asing, merasa dikucilkan, kehilangan harga diri, sangat memengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang.
5. Pekerjaan
Stress ditempat kerja meningkatkan risiko terhadap penyakit dan kematian. Memperhatikan syarat-syarat kesehatan dan keselamatan kerja sangat membantu dalam meningkatkan derajat kesehatan pekerja.

6. Pengangguran

Jaminan adanya pekerjaan meningkatkan derajat kesehatan dan rasa sejahtera, bukan hanya untuk pekerja tapi juga seluruh keluarganya. Keadaan yang sebaliknya terjadi pada penganggur.

7. Dukungan sosial

Persahabatan, hubungan sosial dan kekerabatan yang baik memberikan dampak kesehatan yang baik dalam keluarga, ditempat kerja dan dimasyarakat.

8. Ketergantungan pada narkoba

Pemakaian narkoba sangat memperburuk kondisi kesehatan dan kesejahteraan. Alkohol, narkoba dan merokok sangat erat hubungannya dalam memberikan dampak buruk pada kehidupan sosial dan ekonomi.

9. Pangan

Cara makan yang sehat dan ketersediaan pangan merupakan hal utama dalam kesehatan dan kesejahteraan seseorang dan masyarakat. Baik kekurangan gizi maupun kelebihan gizi sama-sama menimbulkan masalah kesehatan dan penyakit.

10. Transportasi

Transportasi yang sehat berarti mengurangi waktu mengendarai dan meningkatkan gerak fisik yang sangat baik bagi kebugaran dan kesehatan. Selain itu, mengurangi kendaraan berarti membantu mengurangi polusi.

Dengan meningkatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, berkembangnya peradaban, serta dampak globalisasi, determinan-determinan kesehatan pun selalu berubah dan akan selalu ada yang baru. Misalnya perdagangan senjata, seks bebas, eksploitasi anak, dan lain-lain.

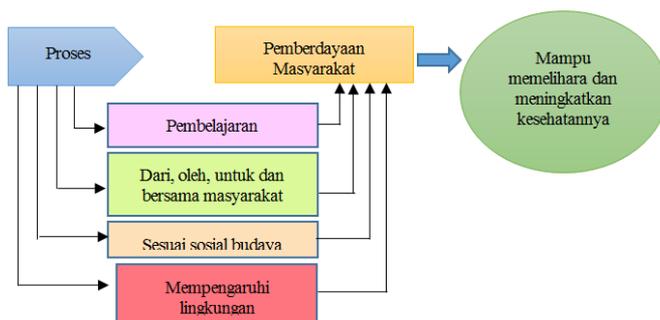
Pada penyelenggaraan konferensi sedunia di Alma Ata secara gamblang menyatakan bahwa kondisi fundamental dan sumberdaya untuk sehat adalah: perdamaian, perumahan, pangan, pendapatan, ekosistem yang stabil, kelestarian sumberdaya, keadilan sosial, dan kesetaraan. Hal ini disebut juga sebagai prasyarat dasar (basic prerequisites) untuk kesehatan.

5.5 Pengertian Promosi Kesehatan

Green dan Kreuter (2005), menyatakan bahwa “Promosi kesehatan adalah kombinasi upaya pendidikan, kebijakan (politik), peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan-kegiatan dan kondisi hidup yang menguntungkan kesehatan individu, kelompok, atau komunitas”.

Definisi/pengertian yang dikemukakan Green ini dapat dilihat sebagai operasionalisasi dari definisi WHO (hasil Ottawa Charter) yang lebih bersifat konseptual.

Di dalam rumusan pengertian diatas terlihat dengan jelas aktivitas-aktivitas yang harus dilakukan dalam kerangka “promosi kesehatan”. Sedangkan Kementerian/Departemen Kesehatan Republik Indonesia merumuskan pengertian promosi kesehatan sebagai berikut: “Upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor kesehatan melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.” Hal tersebut tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 1114/Menkes/SK/VIII/2005.



Gambar 5.2: Aktivitas Promosi Kesehatan

Definisi dari Depkes tersebut lebih menggambarkan bahwa promosi kesehatan adalah gabungan antara pendidikan kesehatan yang didukung oleh kebijakan publik berwawasan kesehatan, karena disadari bahwa gabungan kedua upaya ini akan memberdayakan masyarakat sehingga mampu mengontrol determinan-determinan kesehatan. Promosi kesehatan sebagai bagian dari

program kesehatan masyarakat Di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia.

Dalam Undang-Undang Kesehatan RI no 36 tahun 2009, disebutkan bahwa visi pembangunan kesehatan adalah “Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”. Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat Di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan Di Indonesia tersebut. Sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan: “Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya” (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

5.6 Tujuan Promosi Kesehatan

Berdasarkan beberapa pandangan pengertian tersebut diatas, maka tujuan dari penerapan promosi kesehatan pada dasarnya merupakan visi promosi kesehatan itu sendiri, yaitu menciptakan/membuat masyarakat yang:

1. Mau (willingness) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
2. Mampu (ability) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
3. Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit,
4. Melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan.
5. Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya.

Kesehatan perlu ditingkatkan karena derajat kesehatan baik individu, kelompok atau masyarakat itu bersifat dinamis tidak statis.

Tujuan promosi kesehatan dapat dilihat dari beberapa hal, yaitu:

1. Tujuan Promosi Kesehatan menurut WHO
 - a. Tujuan Umum
Mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang Kesehatan
 - b. Tujuan Khusus
 - 1) Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai bagi masyarakat.

- 2) Menolong individu agar mampu secara mandiri/berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
 - 3) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.
2. Tujuan Operasional:
- a. Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dalam pelayanan kesehatan serta cara memanfaatkannya secara efisien & efektif.
 - b. Agar klien/masyarakat memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan dan masyarakatnya.
 - c. Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat karena penyakit.
 - d. Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang normal.

Sedangkan menurut Green, tujuan promosi kesehatan terdiri dari 3 tingkatan tujuan, yaitu:

1. Tujuan Program
Merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan.
2. Tujuan Pendidikan
Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada.
3. Tujuan Perilaku
Merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus tercapai (perilaku yang diinginkan). Oleh sebab itu, tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.
4. Tujuan Intervensi Perilaku dalam promosi kesehatan
 - a. Mengurangi perilaku negatif bagi kesehatan.
Misal: mengurangi kebiasaan merokok

- b. Mencegah meningkatnya perilaku negatif bagi kesehatan
Misal: mencegah meningkatnya perilaku 'seks bebas'
- c. Meningkatkan perilaku positif bagi kesehatan
Misal: mendorong kebiasaan olah raga
- d. Mencegah menurunnya perilaku positif bagi kesehatan
Misal: mencegah menurunnya perilaku

Sesungguhnya, ruang lingkup sasaran promosi kesehatan adalah keempat makan kaya serat.

5.7 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup sasaran promosi kesehatan adalah keempat determinan kesehatan dan kesejahteraan seperti terlihat dalam model klasik dari Bloom.

1. Lingkungan,
2. Perilaku,
3. Pelayanan kesehatan, dan
4. Faktor genetik (atau diperluas menjadi faktor kependudukan).

Dalam paradigma ini diungkapkan pula bahwa antara keempat faktor tadi terjadi saling memengaruhi. Perilaku memengaruhi lingkungan dan lingkungan memengaruhi perilaku.

Faktor pelayanan kesehatan, akan berperan dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat bila pelayanan yang disediakan digunakan (perilaku) oleh masyarakat. Faktor genetik yang tidak menguntungkan akan berkurang risikonya bila seseorang berada dalam lingkungan yang sehat dan berperilaku sehat. Dengan demikian, perilaku memainkan peran yang penting bagi kesehatan.

Oleh karena itu, ruang lingkup utama sasaran promosi kesehatan adalah perilaku dan akar-akarnya serta lingkungan, khususnya lingkungan yang berpengaruh terhadap perilaku. Green mengkategorikan akar-akar perilaku ke dalam 3 kelompok faktor, yaitu faktor-faktor predisposisi (yang merupakan prasyarat terjadinya perilaku secara sukarela), pemungkin (enabling, yang memungkinkan faktor predisposisi yang sudah kondusif menjelma menjadi

perilaku), dan faktor penguat (reinforcing, yang akan memperkuat perilaku atau mengurangi hambatan psikologis dalam berperilaku yang diinginkan).

Menurut bagan teori Green, diketahui bahwa factor perilaku kesehatan ditentukan oleh 3 faktor, yaitu:

1. Faktor predisposisi (predisposing factor), yaitu faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain: pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dsb. Contoh: seorang ibu mau membawa anaknya ke posyandu untuk dilakukan penimbangan agar mengetahui pertumbuhannya. Tanpa adanya pengetahuan, ibu tersebut mungkin tidak akan membawa anaknya ke posyandu.
2. Faktor pemungkin (enabling factor), yaitu faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan, antara lain: prasarana, sarana, ketersediaan sumber daya manusia. Contoh konkretnya, ketersediaan puskesmas, ketersediaan tong sampah, adanya tempat olahraga, dsb.
3. Faktor penguat (reinforcing factor), yaitu faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku, antara lain: sikap petugas kesehatan, sikap tokoh masyarakat, dukungan suami, dukungan keluarga, tokoh adat, dsb.

Hal tersebut sesuai dengan tujuan dari promosi kesehatan yaitu tercapainya derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat yang tinggi, dengan dijalankannya perilaku yang menguntungkan kesehatan. Untuk itu upaya-upaya promosi kesehatan adalah penciptaan kondisi yang memungkinkan masyarakat berperilaku sehat dan membuat perilaku sehat sebagai pilihan yang mudah dijalankan.

Promosi kesehatan juga merupakan salah satu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran yang di dalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik. Perubahan perilaku yang diharapkan pada klien berupa perubahan pola pikir, sikap, dan keterampilan yang spesifik terhadap kesehatan. Hubungan pembelajaran yang terjadi tersebut harus bersifat dinamis dan interaktif.

Ruang lingkup dalam promosi kesehatan tidak dibatasi oleh ruang dan waktu, sehingga dapat dilihat dari berbagai sudut pandang, yaitu:

1. Ruang Lingkup Berdasarkan Area Masalah

Dilihat dari area masalah, ruang lingkup upaya promosi mencakup berbagai ideology dari kesehatan dan penyakit seperti kesehatan ibu, kesehatan anak, penyakit infeksi dan penyakit infeksi menular, penyakit tidak menular, kecelakaan dan bencana, kesehatan manula. Pada saat ini, model kesehatan yang baru yaitu social model of health, mulai diterima, meninggalkan medical model. Pada model sosial, masalah kesehatan dilihat lebih pada penyebabnya, bukan semata-mata dengan mengobati penyakit yang merupakan akibat dari masalah kesehatan.

2. Ruang Lingkup Berdasarkan Tingkat Pencegahan

Oleh karena masyarakat berada dalam berbagai status atau kondisi, maka promosi kesehatan harus bersifat komprehensif. Di dalam upaya kesehatan, dikenal 5 tingkat pencegahan dari Leavell and Clark (1967):

a. Pencegahan primer, yang terdiri dari:

- 1) Peningkatan derajat kesehatan (health promotion)
- 2) Perlindungan khusus (specific protection)

b. Pencegahan sekunder

- 1) Diagnosis dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment)
- 2) Pembatasan cacat (disability limitation)

c. Pencegahan tertier:

- 1) Rehabilitasi (rehabilitation)

Ruang lingkup promosi kesehatan yang bersifat komprehensif harus mencakup kelima tingkat pencegahan tersebut.

3. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Dasar

Deklarasi Alma Ata (1978) yang terkenal dengan visi “Sehat untuk semua tahun 2000” menghasilkan konsep Pelayanan Kesehatan dasar (Primary Health Care), yang meliputi: *Acute primary care; Health*

education; Health promotion; Disease surveillance and monitoring; Community Development.

Sigerist (1945) mengkategorikan upaya-upaya seperti di atas menjadi 4 tingkat pelayanan dan menyebutnya sebagai fungsi kedokteran (Tones and Green, 2004: 14)

- a. Peningkatan derajat kesehatan (health promotion)
- b. Pencegahan penyakit (prevention of disease)
- c. Perawatan/pengobatan penyakit (curation of disease)
- d. Pemulihan dari sakit (rehabilitation)

WHO menggaris bawahi seperangkat kegiatan minimal yang harus dilaksanakan dalam pelayanan kesehatan dasar, beberapa di antaranya sangat berkaitan dengan determinan kesehatan yang telah diuraikan sebelumnya. Kegiatan-kegiatan itu ialah:

- a. Pendidikan kesehatan masyarakat untuk mengenal masalah-masalah kesehatan serta cara-cara untuk mencegah dan menanggulangi
 - b. Peningkatan ketersediaan pangan dan nutrisi
 - c. Penyediaan air bersih dan kebutuhan sanitasi dasar
 - d. Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana
 - e. Imunisasi
 - f. Pencegahan dan penanggulangan penyakit endemik lokal
 - g. Pengobatan yang memadai untuk penyakit-penyakit umum dan kecelakaan
 - h. Penyediaan obat yang esensial
4. Ruang lingkup aktivitas
- Diperluasnya peran Pendidikan Kesehatan menjadi Promosi Kesehatan oleh WHO menggambarkan juga luasnya ruang lingkup aktivitas promosi kesehatan. Ottawa Charter mengemukakan 5 (lima) pilar utama/cara untuk mempromosikan kesehatan (yang bunyi pernyataannya sesungguhnya bersifat perintah), yaitu:
- a. *Build Healthy Public Policy* (Buat kebijakan publik yang sehat)
 - b. *Create Supportive Environment* (Ciptakan lingkungan yang mendukung)

- c. *Strengthen Community Action* (Perkuat kegiatan masyarakat)
- d. *Develop Personal Skills* (Kembangkan / tumbuhkan keterampilan pribadi)
- e. *Reorient Health Services* (Orientasi ulang pelayanan kesehatan)

Bab 6

Peran Bidan di Kesehatan Masyarakat

6.1 Peran

Peran merupakan pola tingkah laku, kepercayaan nilai dan sikap yang diharapkan dapat menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umumnya terjadi (Prawirohardjo, 2010).

Soekanto (2017), menyebutkan arti peran yang merupakan aspek dinamis kedudukan (status), dengan kata lain peran adalah suatu pekerjaan yang dilakukan seseorang berdasarkan status yang disandang. Meskipun setiap tindakan menunjukkan peran berdasarkan status yang disandang, tetapi berada dalam keteraturan yang berbeda sehingga hasil peran dari setiap orang pun berbeda.

Peran adalah perpaduan antara berbagai teori, orientasi maupun disiplin ilmu yang digunakan dalam dunia sosiologi. Peran disini merupakan istilah yang biasanya digunakan dalam dunia teater (seorang aktor harus bermain sebagai tokoh tertentu dan membawakan sebuah perilaku tertentu), dalam hal ini posisi seseorang aktor disamakan dengan posisi seorang masyarakat, yang keduanya memiliki posisi yang sama (Sarwono & Meinarno, 2018).

Apabila seseorang telah melakukan hak dan kewajiban di dalam kedudukan yang dimilikinya, berarti seseorang tersebut sedang menjalankan sebuah peran. Adanya peran dihasilkan dari latar belakang, peran dan kedudukan dari 2 aspek yang tidak mungkin terpisahkan (Siagian, 2012).

6.1.1 Konsep Peran

Macam peran menurut Soekanto (2017) sebagai berikut:

1. Persepsi Peran
Pandangan kita terhadap tindakan yang seharusnya dilakukan pada situasi tertentu berdasarkan interpretasi atas sesuatu yang diyakini tentang bagaimana seharusnya seseorang berperilaku.
2. Ekspektasi Peran
Sesuatu yang telah diyakini orang lain, bagaimana seseorang harus bertindak dalam situasi tertentu. Sebagian besar perilaku seseorang ditentukan oleh peran yang didefinisikan dalam konteks di mana orang tersebut bertindak.
3. Konflik Peran
Saat seseorang berhadapan dengan ekspektasi peran yang berbeda, maka akan menghasilkan konflik peran. Konflik ini akan muncul saat seseorang menyadari bahwa syarat satu peran lebih berat untuk dipenuhi ketimbang peran lain (Soekanto, 2017).

6.1.2 Jenis Peran

Jenis peran menurut soekanto, 2017 sebagai berikut:

1. Peran Aktif
Seseorang sepenuhnya aktif dalam tindakan pada suatu organisasi. Hal tersebut dapat dilihat atau diukur dari kehadirannya dan kontribusinya terhadap suatu organisasi.
2. Peran Partisipatif
Peran yang dilakukan seseorang berdasarkan kebutuhan atau hanya pada saat tertentu saja.

3. Peran Pasif

Peran yang tidak dilaksanakan oleh individu. Artinya, peran pasif hanya dipakai sebagai simbol dalam kondisi tertentu di dalam kehidupan masyarakat (Soekanto, 2017).

6.2 Bidan

Secara Internasional pengertian bidan dan praktiknya telah diakui oleh *International Confederation of Midwives* (ICM) tahun 1972 dan *International Federation of International Gynecologist and Obstetrian* (FIGO) tahun 1973, WHO dan badan-badan lainnya. Pada tahun 1990 pada pertemuan Dewan di Kobe, ICM menyempurnakan definisi tersebut yang kemudian disahkan oleh FIGO (1991) dan WHO (1992), sebagai berikut:

“A midwife is a person who, having been regularly admitted to a midwifery educational program fully recognized in the country in which it is located, has successfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualification to be registered and or legally licensed to practice midwifery” (Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi ijin untuk melaksanakan praktik kebidanan di negara itu).

Menurut WHO Bidan adalah seseorang yang telah diakui secara reguler dalam program pendidikan kebidanan sebagaimana yang diakui secara yuridis, di mana dia ditempatkan dan telah menyelesaikan pendidikan kebidanan dan telah mendapatkan kualifikasi serta terdaftar disahkan dan mendapatkan ijin melaksanakan praktik kebidanan.

1. Definisi Bidan dalam Keppres No. 23 tahun 1994 Pasal 1 butir 1 tentang pengangkatan bidan sebagai pegawai tidak tetap, berbunyi: Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan berlaku (Keputusan Presiden (Keppres), 1994).
2. Definisi Bidan dalam Kepmenkes No.822/Menkes/SK/IX/1993 Pasal 1 butir 1 tentang penyelenggaraan program pendidikan Bidan, berbunyi: Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti dan lulus

program pendidikan Bidan sesuai dengan persyaratan yang berlaku (Kepmenkes, 1993).

3. Definisi Bidan dalam Lampiran Kepmenkes No 871/Menkes/SK/VIII/1994 tentang petunjuk teknis pelaksanaan pengangkatan bidan sebagai pegawai tidak tetap. Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku (Kepmenkes, 1994).
4. Definisi Bidan dalam Permenkes No. 572/Menkes/Per/VI/1996 Pasal 1 butir 1, berbunyi Bidan adalah seseorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku (Permenkes, 1996).
5. Definisi Bidan pada Permenkes Nomor 1464/Menkes/Per/IX/2010, pasal 1 ayat 1. Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Permenkes, 2010).
6. Definisi Kebidanan Kebidanan (Midwifery) merupakan ilmu yang terbentuk dari sintesa berbagai disiplin Ilmu (multi disiplin) yang terkait dengan pelayanan kebidanan meliputi ilmu kedokteran, ilmu keperawatan, ilmu sosial, ilmu perilaku, ilmu budaya, ilmu kesehatan masyarakat, dan ilmu manajemen untuk dapat memberikan pelayanan kepada ibu dari masa pra konsepsi, masa hamil, ibu bersalin / post partum, bayi baru lahir. Pelayanan tersebut meliputi pendeteksian keadaan abnormal pada ibu dan anak, melaksanakan konseling dan pendidikan kesehatan terhadap individu, keluarga dan masyarakat.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan baik bagi wanita sebagai pusat keluarga maupun masyarakat umumnya, tugas ini meliputi antenatal, intranatal, postnatal, asuhan bayi baru lahir, persiapan menjadi orang tua, gangguan kehamilan dan reproduksi serta keluarga berencana. Bidan juga dapat melakukan praktik kebidanan pada Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik Bersalin dan unit-unit kesehatan lainnya di masyarakat (Nazriah, 2009).

6.3 Peran Bidan di Masyarakat

6.3.1 Peran Bidan terhadap Profesinya

Peran merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dalam suatu sistem. Dalam melaksanakan profesinya bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan peneliti.

1. Peran sebagai Pelaksana, bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi dan tugas ketergantungan.
 - a. Tugas mandiri
Tugas-tugas mandiri bidan, yaitu:
 - 1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan.
 - 2) Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien. Membuat rencana tindak lanjut tindakan / layanan bersama klien.
 - 3) Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal.
 - 4) Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien / keluarga.
 - 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
 - 6) Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien / keluarga.
 - 7) Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana.
 - 8) Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause.
 - 9) Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga dan pelaporan asuhan.
 - b. Tugas Kolaborasi
Tugas-tugas kolaborasi (kerja sama) bidan, yaitu:

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
 - 2) Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
 - 3) Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
 - 4) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
 - 5) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.
 - 6) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.
 - 7) Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.
- c. Tugas ketergantungan
- Tugas-tugas ketergantungan (merujuk) bidan, yaitu:
- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga.
 - 2) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan.

- 3) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.
 - 4) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga.
 - 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga.
 - 6) Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien/keluarga (Astuti E.W, 2016).
2. Peran sebagai Pengelola
- Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas, yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim.
- a. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan. Bidan bertugas; mengembangkan pelayanan dasar kesehatan di wilayah kerja.
 - b. Berpartisipasi dalam tim. Bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan sektor lain melalui dukun bayi, kader kesehatan, serta tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya. (Astuti E.W, 2016).
3. Peran sebagai Pendidik
- Sebagai pendidik bidan memiliki 2 tugas yaitu:
- a. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien
 - b. Melatih dan membimbing kader
4. Peran Sebagai Peneliti / Investigator
- Bidan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun berkelompok, mencakup:
- a. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
 - b. Menyusun rencana kerja pelatihan.
 - c. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
 - d. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.

- e. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.
- f. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan. (Astuti E.W, 2016)

6.3.2 Peran Bidan dalam Promosi Kesehatan

1. Bidan sebagai advocator

Peran bidan sebagai advokator adalah melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan dari kategori program ataupun sektor yang terkait dengan kesehatan maternal dan neonatal. Melakukan advokasi berarti melakukan upaya-upaya agar pembuat keputusan atau penentu kebijakan tersebut mempercayai dan meyakini bahwa program yang ditawarkan perlu mendapat dukungan melalui kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan politik. (Novita & Franciska, 2011)

Tujuan advokasi adalah diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan, baik berupa kebijakan, tenaga, sarana, kemudahan, keikutsertaan dalam kegiatan, maupun bentuk lainnya sesuai dengan keadaan dan suasana. Bidan harus menguasai keterampilan advokasi, menggerakkan massa, dan metodologi pembelajaran yang meningkatkan partisipasi anggota, serta pendekatan penyimpangan positif (*positive deviance*). Metode yang digunakan oleh bidan harus mampu meyakinkan bahwa program membawa perbaikan ataupun perubahan positif bagi pertumbuhan bangsa (menyangkut nasib banyak orang).

Beberapa peran bidan sebagai advokator adalah

- a. Advokasi dan strategi pemberdayaan wanita dalam mempromosikan hak-haknya yang di perlukan untuk mencapai kesehatan yang optimal (kesetaraan dalam memperoleh pelayanan kebidanan).
- b. Advokasi bagi wanita agar bersalin dengan aman.
- c. Advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan. (Novita & Franciska, 2011)

2. Bidan sebagai edukator

Bidan sebagai seorang pendidik harus memastikan bahwa informasi yang diberikan mudah dipahami, memberikan waktu untuk bertanya, dan peka terhadap tanda-tanda non verbal dari pasien (contoh: raut wajah yang menggambarkan bahwa klien masih kurang paham dengan penjelasan yang diberikan oleh bidan, atau gerakan-gerakan (bahasa tubuh) klien yang menyatakan agar bidan tidak terburu-buru dalam memberikan penjelasan. (Novita & Franciska, 2011)

3. Peran sebagai motivator

Bidan sebagai seorang motivator yaitu memberikan dukungan, motivasi bagi klien baik dari segi emosi/perasaan ataupun fisik klien. (Novita & Franciska, 2011). Seorang tenaga kesehatan harus mampu memberikan motivasi, arahan dan bimbingan dalam meningkatkan kesadaran pihak yang dimotivasi agar tumbuh kearah pencapaian tujuan yang diinginkan (Iqbal Mubarak, 2012). Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya sebagai motivator memiliki ciri-ciri yang perlu diketahui, yaitu melakukan pendampingan, menyadarkan dan mendorong kelompok untuk mengenali masalah yang dihadapi, serta dapat mengembangkan potensinya untuk memecahkan masalah tersebut (Novita.R.V., 2011). Tenaga kesehatan sudah seharusnya memberikan dorongan kepada ibu hamil untuk patuh dalam melakukan pemeriksaa kehamilan, karena semua ibu hamil memerlukan dukungan moril selama kehamilannya agar dapat meningkatkan tumbuhnya motivasi (Notoatmodjo, 2007).

4. Peran bidan sebagai fasilitator

Fasilitator adalah orang atau badan yang memberikan kemudahan dalam menyediakan fasilitas bagi orang lain yang membutuhkan. Bidan sebagai fasilitator menjadi penghubung antar masyarakat, memfasilitasi kemungkinan terjadinya penyulit dari klien. Bidan memberikan bimbingan teknis dan memberdayakan pihak yang sedang didampingi (dukun bayi, kader, tokoh masyarakat) untuk tumbuh kembang ke arah pencapaian tujuan yang diinginkan. (Novita & Franciska, 2011). Fasilitator harus terampil mengintegritaskan tiga

hal penting yakni optimalisasi fasilitas, waktu yang disediakan dan optimalisasi partisipasi, sehingga pada saat menjelang batas waktu yang sudah ditetapkan ibu hamil harus diberi kesempatan agar siap melanjutkan cara menjaga kesehatan kehamilan secara mandiri dengan keluarga (Novita.R.V., 2011).

Sedemikian kompleksnya peran seorang bidan dalam melaksanakan tugasnya untuk memberikan pelayanan kebidanan secara professional kepada masyarakat, maka untuk keberhasilan dalam mencapai tujuan tersebut diperlukan landasan yang kuat berupa kompetensi bidan, sehingga meningkatkan persepsi yang baik dari masyarakat kepada bidan. (Rina, 2018)

Bab 7

Lingkup Praktik Bidan

7.1 Pendahuluan

Indonesia dengan warga negaranya yang berpedoman pada Pancasila dan bidan yang meyakini bahwa manusia adalah makhluk yang unik secara biologis, mental, sosial, budaya dan spiritual, makhluk yang utuh, tanpa dua yang sama. Pria dan wanita dibedakan, yang sudah menikah, dan memiliki anak. Dan yang dimaksud dengan keluarga adalah pasutri, anak, dan orang-orang yang bersaudara dan hidup dalam satu atap. Beberapa keluarga yang tinggal daerah tertentu kemudian menjadi komunitas. Sekelompok orang Indonesia bersatu dalam satu negara yaitu disebut dengan bangsa Indonesia. Masyarakat dibentuk oleh interaksi orang dan budaya dengan tujuan akhir adalah mendapat nilai terorganisasi.

Bidan percaya jika tiap-tiap orang berhak atas perawatan kesehatan yang tidak membahayakan dan responsif terhadap apa yang diperlukan seseorang dengan keberagaman kebudayaan. Tiap-tiap orang mempunyai hak untuk membuat keputusan atas dirinya, memperoleh informasi yang baik serta berpartisipasi dalam perawatan kesehatan. Persalinan merupakan proses yang wajar dan tetapi apabila tidak diindahkan dapat menjadi tidak normal. Tiap-tiap orang mempunyai hak untuk lahir di dunia dengan selamat. Maka dari itu, semua Wanita Usia Subur (WUS), ibu hamil (pregnant mother), ibu hamil dan bayi yang dikandungnya berhak atas pelayanan yang berkualitas. Pengalaman

melahirkan merupakan tugas perkembangan keluarga yang harus dipersiapkan sejak masa pubertas pada ibu hamil (Purwandari, 2008).

7.2 Pengertian Bidan

Kebidanan adalah profesi yang diakui secara nasional dan internasional oleh banyak praktisi di seluruh dunia. *International Confederation of Midwives (ICM) 1972, International Federation of Obstetricians and Gynecologists, WHO* mendefinisikan bidan: Seseorang yang mengaku secara teratur berpartisipasi dalam program pelatihan kebidanan dengan kualifikasi yang sesuai. Bersertifikat, telah berhasil menyelesaikan studi kebidanan yang dipersyaratkan, dan memiliki kualifikasi yang diperlukan untuk menjadi terdaftar dan/atau memiliki izin sebagai bidan. Pengawasan, perawatan, dan konseling yang diperlukan harus diberikan kepada wanita untuk memungkinkan mereka mengelola sendiri persalinan dan perawatan bayi baru lahir dan bayi mereka, termasuk pencegahan dan deteksi kelainan ibu dan bayi. Pengadaan bantuan medis dan pelaksanaan tindakan darurat jika tidak ada bantuan medis. Bidan memainkan peran kunci dalam menasehati dan mendidik tidak hanya pasien tetapi juga keluarga dan komunitas mereka. Pekerjaan mereka termasuk pendidikan prenatal dan persiapan menjadi orang tua. Ini harus meluas ke bidang tertentu ginekologi, keluarga berencana, dan pengasuhan anak. Bidan memberikan layanan di rumah sakit, klinik, pusat kesehatan, komunitas keluarga atau layanan lainnya, perawatan dan konseling wanita hamil, bersalin dan nifas, persalinan mandiri, perawatan bayi baru lahir dan anak, tindakan pencegahan, deteksi kondisi medis ibu, dan dalam memberikan dukungan lain selama perawatan medis (Purwandari, 2008).

Definisi bidan di Indonesia adalah perempuan yang sudah menjalankan dan menyelesaikan kursus pelatihan kebidanan yang diakui pemerintah, lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku, dan memperoleh kualifikasi terdaftar dan izin kebidanan. Bidan (ICM, 2005), adalah seseorang yang telah berhasil menyelesaikan, berhasil menyelesaikan kursus kebidanan yang diakui negara, telah mencapai kualifikasi yang diperlukan untuk pendaftaran sertifikasi, dan/atau yang memegang lisensi resmi untuk diakui sebagai profesional yang bertanggung jawab untuk bekerja dengan perempuan dan memberi mereka dukungan, perawatan dan nasihat yang mereka butuhkan selama kehamilan, persalinan dan masa nifas yang memungkinkan mereka menjadi wiraswasta.

Kebidanan mempelajari berbagai disiplin ilmu (interdisipliner) yang berkaitan dengan pelayanan kebidanan, seperti kedokteran, keperawatan, ilmu sosial, ilmu perilaku, ilmu budaya, ilmu kesehatan masyarakat, dan ilmu manajemen. Bertujuan agar mampu melayani ibu dari tahap prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, neonatus. Layanan ini termasuk mengidentifikasi kondisi ibu dan anak yang tidak normal, memberikan konseling dan pendidikan kesehatan kepada keluarga dan masyarakat secara individu (Purwandari, 2008).

Permenkes No. 1464/Menkes/PER/X/2010 mendefinisikan bidan sebagai wanita yang telah menyelesaikan pendidikan kebidanan dan terdaftar sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Bidan yang lulus uji kompetensi mendapatkan Sertifikat Kualifikasi atau yang disebut dengan Surat Tanda Registrasi (STR). Bidan yang bekerja di fasilitas kesehatan memerlukan bukti tertulis berupa Surat Izin Kerja Kebidanan (SIKB). Menurut IBI, bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pelatihan yang diakui negara, telah lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku, terdaftar, dan memenuhi syarat secara hukum untuk menjalankan profesinya (Nugraheni, 2020).

7.3 Filosofi Bidan dan Kebidanan

Filosofi kebidanan adalah keyakinan atau pandangan hidup yang digunakan bidan sebagai kerangka berpikir ketika merawat kliennya. Filosofi ini meliputi:

1. Kepercayaan antenatal dan intranatal. Bidan percaya bahwa antenatal dan intranatal merupakan wajar, bukan penyakit, tetapi penting untuk menyadari bahwa kondisi normal bisa mendadak menjadi abnormal.
2. Kepercayaan terhadap perempuan. Bidan percaya jika wanita adalah individu unik yang berhak mengendalikan diri dan mempunyai keperluan, impian, dan kemauan yang layak untuk dihargai. Wanita itu unik karena tidak setara secara sosial dan budaya. Saya adalah individu.
3. Kepercayaan tentang profesi serta efektivitasnya. Peran pemberian intervensi kebidanan yaitu menjamin kesehatan ibu dan bayi. Bidan memiliki profesionalitas untuk memberikan positive vibes kepada kliennya. Proses fisiologis normal harus dihormati dan

dipertahankan. Jika masalah muncul, bidan akan menggunakan teknik yang tepat dan melakukan rujukan sesuai kebutuhan.

4. Kepercayaan terhadap menegapkan dan pengambilan keputusan. Bidan percaya jika apa yang dipilih dan diputuskan perawatan layak untuk dihargai. Pilihan adalah apa yang harus diselesaikan bersama dengan penuh tanggung jawab berkolaborasi dengan wanita, keluarga, serta pengasuh. Wanita memiliki peran untuk memilih dan menentukan pengasuh dan tempat lahir mereka.
5. Kepercayaan pengasuhan. Bidan percaya bahwa penetapan intervensi kebidanan untuk pencegahan dan promosi kesehatan umum, termasuk penyediaan informasi, nasihat dan dukungan yang bertanggung jawab dan objektif kepada klien yang bertanggung jawab.
6. Kepercayaan akan kerjasama. Bidan percaya bahwa proses fisiologis harus dipertahankan, didukung dan dihormati dalam keperawatan. Hanya penggunaan teknologi dalam intervensi dan perawatan yang diindikasikan. Rujukan yang efektif dibuat untuk memastikan kesehatan ibu dan bayi. Bidan adalah praktisi independen yang bekerja dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya untuk membangun kemitraan.
7. Keyakinan dalam pekerjaan dan kinerja. Bidan percaya bahwa kemandirian profesional yang lebih besar membutuhkan kolaborasi tenaga kesehatan lainnya untuk intervensi dan perawatan mereka. Layanan pelanggan, dukungan, bimbingan dan pendampingan untuk mengatasi tantangan kesehatan reproduksi akan terus berlanjut (Purwandari, 2008).

Filosofi kebidanan adalah ilmu tentang pandangan hidup bidan dan digunakan sebagai kerangka konseptual untuk mencapai misi bidan dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan. Tujuan dari filosofi kebidanan ini adalah untuk memberikan pengakuan bersama tentang apa yang penting dan berharga guna memudahkan proses penguasaan teori dan praktik oleh bidan. Secara filosofis, pendidikan kebidanan dapat digambarkan sebagai ilmu kebidanan, dan ilmu kebidanan memiliki ciri-ciri pengetahuan yaitu sebagai berikut:

1. Universal, yang mempunyai arti berlaku untuk semua disiplin ilmu.

2. Umum, artinya, itu mencirikan kelompok pengetahuan ilmiah tertentu. Misalnya ilmu sosial.
3. Spesifik, yang memiliki arti ciri khas masing-masing disiplin ilmu yang membedakannya dengan yang lain (Anggraini, et all., 2020).

Filosofi kebidanan yang diterapkan dalam suatu pelayanan atau asuhan kebidanan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain falsafah nasional, nilai individu, pengalaman dan nilai masyarakat. Oleh karena itu jelas bahwa penerapan atau praktiknya, konsep dan filosofi bidan yang biasa, bukanlah resep standar karena bergantung pada faktor-faktor yang memengaruhinya (Megasari, et all., 2015).

7.4 Profesionalisme Bidan sebagai Tenaga Kesehatan

Istilah profesionalisme mencakup arti dari dua istilah: profesional dan pekerjaan. Seorang spesialis dikatakan memiliki bidang keahlian tertentu. Oleh karena itu, jika seseorang memiliki keahlian dalam suatu bidang yang dicirikan oleh kemampuan untuk memberikan jasa yang sesuai dengan bidangnya, berdasarkan protokol dan peraturan lapangan di bidang yang dia tekuni dan operasikan, maka hal tersebut disebut ahli. Selain itu, seseorang tersebut juga merupakan anggota dari badan hukum atau organisasi yang didirikan berdasarkan hukum negara atau wilayah tersebut. Namun, tidak semua ahli di bidang tersebut disebut ahli. Bagaimanapun, profesional memiliki kualitas yang harus dipenuhi. Ini berarti memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup yang diperoleh melalui pendidikan formal dan informal untuk memenuhi kompetensi profesional. Apa yang disebut profesi adalah profesi yang membutuhkan pelatihan khusus dan perolehan pengetahuan. Profesi biasanya memiliki asosiasi/konfederasi profesi, kode etik, dan prosedur akreditasi dan perizinan khusus profesi. Pekerjaan adalah pekerjaan, tetapi tidak semua pekerjaan adalah pekerjaan. Profesi ini memiliki beberapa karakteristik yang membedakannya dengan profesi lainnya. Dengan kata lain, itu adalah keterampilan yang didasarkan pada pengetahuan teoretis. Asosiasi profesional, pelatihan ekstensif. Keikutsertaan dalam pelatihan, perizinan, otonomi kerja, dan kepemilikan kode etik lembaga pendidikan. Pengaturan

diri, pelayanan publik, altruisme. Dapatkan status dan penghargaan tinggi (Anis, 2011).

Bidan sebagai profesi kesehatan dengan definisi bidan terbaru, yang dikembangkan pada Konferensi ICM ke-27 di Brisbane, Australia, Juli 2005, adalah mereka yang berpendidikan dan memenuhi persyaratan untuk pendaftaran (registrasi) kualifikasi izin kebidanan. Kebidanan sendiri mencakup berbagai disiplin ilmu (multidisiplin) yang terkait dengan pelayanan kebidanan, antara lain kedokteran, keperawatan, ilmu sosial, ilmu perilaku, ilmu budaya, ilmu kesehatan masyarakat, dan ilmu administrasi, prakonsepsi postpartum dan neonatus. Layanan ini termasuk mengidentifikasi kondisi ibu dan anak yang tidak normal dan memberikan pendidikan dan konseling kesehatan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Dari penjelasan di atas, jelas bahwa bidan telah menyelesaikan pelatihan kebidanan yang diakui di negara tempat tinggal bidan dan memiliki kualifikasi yang diperlukan untuk terdaftar dan/atau memiliki izin sebagai bidan. Dengan mengikuti pelatihan kebidanan, bidan harus menjalani pelatihan berkelanjutan untuk mengembangkan dan menguasai keterampilan yang dibutuhkan dalam bidang pekerjaannya. Ilmu yang didapat di sana terus diterapkan, terutama saat terjun langsung ke masyarakat. Hal ini membuat bidan semakin ahli di bidangnya. Bidan disebut profesional berdasarkan asumsi bahwa masyarakat mengetahui keahlian bidan, menganalisis, menafsirkan, mendiagnosis pertanyaan berdasarkan evaluasi data. Diagnosis dan perumusan masalah yang mungkin terjadi, menentukan kebutuhan untuk tindakan segera. Membuat rencana perawatan yang komprehensif, pelaksanaan, dan evaluasi (Varney, 2006).

7.5 Pelayanan Kebidanan

Meningkatkan tanggung jawab kehamilan, persalinan, nifas, dan kebidanan termasuk bayi baru lahir, keluarga berencana termasuk persalinan, kesehatan reproduksi, dan pelayanan kesehatan wanita. Agar bidan diakui dan efektif dalam praktiknya, bidan harus mampu memenuhi tataran hukum. Legislasi adalah proses memberlakukan atau memperbaiki instrumen hukum untuk serangkaian kegiatan sertifikasi (aturan kewenangan), pendaftaran (aturan) dan perizinan (aturan). Peran undang-undang ini memastikan perlindungan masyarakat pengguna layanan ketenagakerjaan. Hukum memainkan peran penting dalam pemberian layanan profesional. Selama tahap sertifikasi, calon

bidan menjalani proses pelatihan formal dan informal. Pendidikan formal untuk pengakuan dua bentuk gelar berupa ijazah dan sertifikat.

Tahap sertifikasi ini mengarah ke tahap pendaftaran.

1. Fase Pendaftaran

Tahap registrasi dilakukan oleh bidan untuk mendapatkan Surat Izin Bidan (SIB). SIB berlaku selama 5 tahun dan dapat diperpanjang. SIB dinonaktifkan karena alasan berikut: sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku, dicabut, tidak didaftarkan ulang dan atas permintaan sendiri. SIB sendiri menjadi dasar dikeluarkannya Surat Izin Praktik Bidan atau SIPB (izin kebidanan). Menurut Menteri Kesehatan, Tenaga Kerja dan Kesejahteraan No. 900/Menkes/SK/VII/2002, SIB berlaku selama belum habis masa berlakunya dan dapat diperpanjang.

2. Fase Lisensi.

Bidan praktik harus memiliki SIPB dan untuk mendapatkan SIB setelah melakukan ini pertama kali, dapatkan referensi dari agensi profesional penilaian kompetensi dan keterampilan ilmiah, kepatuhan terhadap standar profesional, dan mampu melakukan praktik kebidanan. Bentuk latar belakang pendidikan keterampilan ini diterapkan dalam perencanaan untuk melakukan tes kecakapan bagi Bidan Rawat SIPB atau Berlisensi. Pelaksanaan uji kompetensi memastikan bidan mengelola praktik bidan benar-benar kompeten. Upaya ini diimplementasikan untuk meningkatkan kualitas layanan kebidanan dan mengurangi biaya perawatan kesehatan, kesalahan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak. Rancangan uji kompetensi adalah jika bidan gagal dalam uji kompetensi, bidan gagal. Program ini dikelola oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) setempat. bahan untuk tes profisiensi sesuai dengan 9 bidang kompetensi standar profesi kebidanan di Indonesia (Wahyuningsih, 2008).

Dalam melaksanakan tugasnya, bidan memiliki banyak bidang pelayanan bidan, wilayah didasarkan pada standar kebidanan dan otoritas kebidanan

dalam penyediaan layanan. Berdasarkan Kongres Penduduk Dunia di Kairo 1994, menekankan kesehatan reproduksi, perluas ruang kerja layanan kebidanan. Bidang-bidang tersebut meliputi: Safe Motherhood, termasuk perawatan neonatus dan aborsi, keluarga berencana, penyakit kelamin termasuk infeksi genital, kesehatan reproduksi remaja dan kesehatan reproduksi lansia (Anis, 2011).

Layanan kebidanan menargetkan individu, keluarga dan masyarakat. Ini mencakup upaya perbaikan, pencegahan, penyembuhan, dan pemulihan pelayanan Obstetri yang dapat diklasifikasikan menjadi:

1. Pelayanan primer, yaitu pelayanan kebidanan. Itu semua tanggung jawab bidan.
2. Layanan kolaboratif, yaitu layanan yang diberikan oleh bidan sebagai anggota tim. Aktivitas berjalan secara bersamaan atau sebagai bagian dari proses kegiatan perawatan kesehatan.
3. Pelayanan Rujukan, yaitu pelayanan yang diberikan oleh bidan sebagai bagian dari rujukan sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu layanan yang disediakan bidan dengan rujukan dari dokter kandungan dan pelayanan tradisional ke institusi/fasilitas kesehatan lain oleh bidan horizontal atau vertikal, atau untuk meningkatkan keselamatan dan kesejahteraan ibu, dan bayi.

Pelayanan kebidanan yang diberikan oleh bidan pada saat memberikan asuhan kebidanan. Asuhan kebidanan ini berpedoman pada Pedoman Manajemen Kebidanan (Pendekatan dan kerangka kerja yang digunakan bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah sistematis) disebut 7 langkah Varney (Nugraheni, 2020).

Pemerataan Pelayanan Kebidanan

Pemerataan dalam pemberian pelayanan kebidanan merupakan aspek penting dalam pelayanan kebidanan di Indonesia. Keadilan dalam pelayanan ini dimulai dengan kata-kata ini:

1. Memenuhi kebutuhan klien yang wajar.
2. Sumber daya kebidanan yang selalu up to date.
3. Melakukan penelitian untuk mengembangkan dan meningkatkan pelayanan.

Pelayanan kebidanan diberikan secara holistik sesuai dengan kebutuhan pasien dengan memperhatikan aspek biopsikososial, budaya dan spiritual. Pelayanan diberikan tujuan hidup dan kesinambungan pelayanan. Seorang pasien membutuhkan layanan dari penyedia yang memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Semangat pelayanan
2. Simpati
3. Empati
4. Dari Hati
5. Menciptakan kepuasan

Sebagai bidan pelayanan hendaknya memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Keselamatan
2. Nyaman
3. Privasi (Nugraheni, 2020).

7.6 Ruang Lingkup Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan bertujuan untuk pencegahan dan promosi kesehatan dan kealamiannya. Asuhan kebidanan seharusnya inovatif, fleksibel, suportif, memberikan pelayanan, memberikan bimbingan, mengawasi, mendidik dan berfokus pada kebutuhan unik dan individual wanita. Bidan sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang sepenuhnya otonom dalam praktek dan bekerja secara kolaboratif dengan anggota tim pelayanan kesehatan lainnya (Purwandari, 2008).

Asuhan kebidanan adalah proses di mana bidan mengambil keputusan dan bertindak sesuai amanat dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu kebidanan. Peran fungsi dan kegiatan yang melayani klien dengan kebutuhan atau masalah kesehatan ibu selama kehamilan, kelahiran, nifas, Bayi Baru Lahir (BBL) dan Keluarga Berencana (KB). Secara efektif dan efisien melaksanakan fungsi dan kegiatan yang bertanggung jawab melayani pelanggan dengan kebutuhan dan masalah di bidang kesehatan ibu dalam ilmu dan teknologi kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB, serta persepsi profesionalisme kebidanan.

Lingkup asuhan kebidanan pada anak

Cakupan pelayanan asuhan kebidanan untuk anak meliputi:

1. Skrining BBL.
2. Merawat tali pusat.
3. Perawatan neonatus.
4. Resusitasi neonatus.
5. Pemantauan tumbuh kembang anak.
6. Imunisasi.
7. Tawarkan saran.

Lingkup asuhan kebidanan pada ibu hamil

Cakupan pelayanan asuhan kebidanan untuk ibu hamil meliputi:

1. Saran.
2. Pemeriksaan fisik.
3. Perawatan prenatal pada kehamilan normal.
4. Dukungan untuk kehamilan abnormal seperti aborsi, preeklamsia stadium 1, preeklamsia ringan, dan anemia ringan.

Tingkat asuhan kebidanan untuk wanita setelah melahirkan atau ibu nifas

Cakupan pelayanan asuhan kebidanan untuk ibu nifas meliputi:

1. Pelayanan ibu bersalin rutin.
2. Kinerja ibu yang tidak normal setelah melahirkan. Ini termasuk stasis plasenta, syok, dan infeksi ringan.
3. Pelayanan dan pengobatan klien ginekologi, seperti keputihan, perdarahan tidak teratur, dan keterlambatan haid.

Bidan yang memberikan pelayanan berdasarkan Pasal 16 berwenang untuk:

1. Berikan vaksinasi.
2. Suntikan untuk komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas.
3. Berhasil mengeluarkan plasenta.
4. Senam hamil.

5. Pengusiran sisa jaringan konsepsi.
6. Episiotomi.
7. Menjahit episiotomi dan luka jalan lahir sampai derajat II.
8. Amniotomi untuk dilatasi serviks lebih dari 4 cm.
9. Berikan IV.
10. Penyuntikan kontraksi uterus intramuskular, pemberian antibiotik dan obat penenang.
11. Kompresi ambidextrous.
12. Gemelli Ecstasy dirilis dengan kelahiran bayi kedua dan banyak lagi.
13. Hisap kepala bayi ke dasar panggul.
14. Pengendalian anemia.
15. Meningkatkan retensi dan produksi ASI.
16. Resusitasi neonatus dengan asfiksia (BBL).
17. Pengobatan hipotermia.
18. Beri minum dengan probe atau pipet.
19. Pembatasan pengadaan obat melalui lembar kebutuhan obat.
20. Pemberian Akta Kelahiran dan Kematian.
21. Pemberian obat-obatan dan kontrasepsi oral, suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, kontrasepsi subkutan dan kondom.
22. Memberikan nasehat, konseling dan penggunaan alat kontrasepsi.
23. Pelepasan alat kontrasepsi.
24. Lepaskan alat kontrasepsi dari bawah kulit.
25. Memberikan penyuluhan tentang pelayanan kebidanan

Ruang lingkup asuhan kebidanan juga termasuk dalam keadaan darurat bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kebidanan di luar kewenangan penyelamatan jiwanya (Kepmenkes RI No. 900, Pasal 21).

Jangkauan Pelayanan Kebidanan Keluarga Berencana (KB)

Pelayanan KB bertujuan untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas dengan merencanakan jumlah keluarga sesuai rencana. Pelayanan KB dimaksudkan untuk upaya memulai keluarga kecil. Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan KB. Bidan yang memberikan pelayanan KB diberdayakan untuk:

1. Pemberian obat-obatan dan kontrasepsi oral, suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, kontrasepsi subkutan dan kondom.
2. Memberikan konseling atau konseling kontrasepsi.
3. Pelepasan alat kontrasepsi.
4. Dengan mudah melepas alat kontrasepsi di bawah kulit.
5. Memberikan penyuluhan kebidanan, keluarga berencana dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Cakupan asuhan kebidanan di sektor kesehatan masyarakat

Cakupan pelayanan yang diberikan oleh bidan dalam sistem kesehatan masyarakat meliputi:

1. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam kesehatan ibu dan anak.
2. Pantau tumbuh kembang anak.
3. Pelaksanaan pelayanan kebidanan komunitas.
4. Melakukan skrining, memberikan pertolongan pertama, rujukan dan konseling Infeksi Menular Seksual (IMS), penyalahgunaan zat dan penyakit lainnya (Anggraini, et all., 2020).

7.7 Standar Pelayanan Kebidanan

Berikut merupakan standar pelayanan kebidanan:

Standar 1: Mempersiapkan kehidupan rumah tangga yang sehat. Bidan mendidik individu, keluarga dan masyarakat tentang semua masalah di mana bersinggungan dengan antenatal yaitu pendidikan kesehatan umum, gizi, KB, persiapan ANC dan menjadi ayah ibu selama kehamilan, mencegah kebiasaan buruk dan mendorong kebiasaan baik.

Standar 2: Catatan/Laporan. Seorang bidan mencatat semua kegiatan, atau pendaftaran. Semua ibu hamil di tempat kerja, informasi rinci tentang layanan yang diberikan selama kehamilan/bersalin/pasca melahirkan dan bayi baru lahir, semua kunjungan rumah dan kontak masyarakat. Selain itu, bidan harus mendokumentasikan semua ibu hamil dan melibatkan administrator untuk meninjau inisiatif masyarakat terkait dengan persalinan dan bayi baru lahir.

Bidan secara teratur meninjau catatan ini untuk menilai kinerja dan mengembangkan rencana tindakan untuk meningkatkan layanan.

Kriteria ANC (6 kriteria)

Standar 3: Pengkajian secara menyeluruh pada ibu hamil. Bidan secara teratur berkunjung ke rumah dan berinteraksi dengan masyarakat untuk menasehati dan mendorong ibu, suami dan keluarga, serta mendorong ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dini dan berkala.

Standar 4: Skrining dan surveilans prenatal. Seorang bidan memberikan setidaknya empat kali lebih banyak perawatan prenatal. Tes meliputi riwayat dan pemantauan ibu dan janin yang cermat untuk menentukan apakah pertumbuhannya normal. Bidan juga harus mengidentifikasi kehamilan/gangguan risiko tinggi, khususnya anemia, malnutrisi, hipertensi, PMS, infeksi HIV, layanan imunisasi, dan pendidikan dan konseling tentang masalah kesehatan, dan tugas terkait lainnya yang diberikan oleh data yang benar harus dicatat untuk setiap kunjungan. Jika anomali terdeteksi, ia harus dapat mengambil tindakan yang diperlukan dan memberi perintah kepada orang lain.

Standar 5: Palpasi dan Abdomen. Bidan memeriksa dan meraba perut untuk memperkirakan durasi kehamilan dan saat kehamilan berlanjut, memeriksa posisi terendah janin dan penetrasi kepala janin ke dalam rongga panggul untuk kelainan, dan merujuk pada waktu yang tepat.

Standar 6: Penatalaksanaan anemia selama kehamilan. Seorang bidan mengatur, mencari, mengobati dan merujuk semua kasus anemia selama kehamilan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Standar 7: Penatalaksanaan dini hipertensi selama kehamilan. Seorang bidan mengidentifikasi, mengobati, dan merujuk pada peningkatan tekanan darah gestasional dan tanda dan gejala preeklamsia lainnya secara dini

Standar 8: Persiapan untuk melahirkan. Selain mengatur transportasi dan biaya rujukan jika terjadi keadaan darurat kehamilan, bidan juga harus membantu kehamilan trimester ketiga untuk memastikan persiapan persalinan terencana dengan baik dalam suasana yang bersih, aman dan nyaman, suami mereka, dan keluarga mereka. Bidan harus melakukan kunjungan rumah.

Kriteria pertolongan persalinan (4 kriteria)

Standar 9: Perawatan selama tahap pertama persalinan. Seorang bidan memberikan perawatan dan pengawasan yang tepat selama proses persalinan, dengan mempertimbangkan kebutuhan klien dan menilai dengan benar apakah persalinan telah dimulai.

Standar 10: Intranatal tahap kedua yang aman. Seorang bidan memberikan asuhan persalinan yang aman sambil bersikap sopan dan hormat kepada klien mereka dan menghormati tradisi lokal.

Standar 11: Penatalaksanaan aktif kala tiga persalinan. Seorang bidan melakukan penegangan tali pusat yang tepat untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

Standar 12: Pengobatan gawat janin stadium II dengan episiotomi. Seorang bidan mengenali dengan benar tanda-tanda gawat janin selama kala dua yang berkepanjangan dan segera melakukan episiotomi yang aman diikuti dengan penjahitan perineum untuk memfasilitasi persalinan.

Standar Pelayanan Pasca Melahirkan (3 Standar)

Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir. Seorang bidan memeriksa dan mengevaluasi bayi baru lahir untuk memastikan bahwa pernapasan spontan mencegah hipoksia sekunder, mendeteksi kelainan, dan mengambil tindakan atau merujuk jika perlu. Bidan juga harus mencegah atau mengobati hipotermia.

Standar 14: Penanganan dalam waktu 2 jam kehidupan. Seorang bidan memantau ibu dan bayi untuk komplikasi dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam waktu dua jam setelah kelahiran. Selain itu, bidan menjelaskan bahwa hal itu mempercepat pemulihan kesehatan ibu dan membantu ibu untuk mulai menyusui.

Standar 15: Pelayanan bagi ibu nifas dan bayi. Seorang bidan memberikan pelayanan nifas untuk memantau proses pemulihan ibu-bayi melalui kunjungan rumah pada usia 3 hari, 2 minggu dan 6 minggu, melalui penanganan tali pusat yang tepat, deteksi dini pengobatan atau rujukan jika terjadi. Masa nifas dan pendidikan kesehatan umum, hygiene perorangan, diet bergizi, perawatan bayi baru lahir, menyusui, imunisasi, dan keluarga berencana.

Standar Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal (9 Kriteria)

Standar 16: Kontrol perdarahan pada trimester ketiga kehamilan. Seorang bidan mengenali tanda dan gejala perdarahan selama kehamilan dan memberikan pertolongan pertama dan rujukan.

Standar 17: Penatalaksanaan kegawatdaruratan dan eklampsia. Seorang bidan mengenali dengan benar tanda dan gejala eklampsia yang akan datang dan merujuk dan/atau memberikan pertolongan pertama.

Standar 18: Menangani kegawatdaruratan geriatri/kelahiran terencana. Seorang bidan mengenali dengan benar tanda dan gejala persalinan lama/aborsi dan memberikan atau merujuk ke pengobatan yang tepat dan tepat waktu.

Standar 19: Bekerja dengan ekstraktor vakum. Seorang bidan mengenali kapan penghisapan vakum diperlukan dan melakukannya dengan tepat dengan memastikan keselamatan ibu dan janin/bayi serta memberikan asuhan kebidanan.

Standar 20: Penatalaksanaan retensio plasenta. Seorang bidan dapat mengidentifikasi plasenta yang tidak turun dan memberikan pertolongan pertama, termasuk manajemen plasenta manual dan manajemen perdarahan, jika diperlukan.

Standar 21: Pengobatan perdarahan postpartum primer. Seorang bidan dapat mengenali perdarahan hebat (perdarahan postpartum primer) dalam 24 jam pertama setelah melahirkan dan segera memberikan pertolongan pertama untuk menghentikan perdarahan.

Standar 22: Pengobatan perdarahan postpartum sekunder. Seorang bidan dapat secara benar dan dini mengenali tanda dan gejala perdarahan postpartum dan memberikan pertolongan pertama atau rujukan yang menyelamatkan jiwa kepada ibu.

Standar 23: Penatalaksanaan infeksi postpartum. Seorang bidan dapat memantau dengan cermat tanda dan gejala sepsis postpartum dan memberikan atau merujuk pertolongan pertama.

Standar 24: Pengobatan neonatus yang sesak napas. Seorang bidan dapat dengan benar mengidentifikasi BBL dan sesak napas, melakukan CPR, mencari perhatian medis yang diperlukan, dan memberikan perawatan lanjutan (Nugraheni, 2020).

Bab 8

Budaya/Tradisi Dalam Kebidanan

8.1 Definisi Tradisi/Kebudayaan

Berbicara mengenai Budaya, atau biasa kita sebut dengan peradaban, merupakan suatu bentuk pemahaman yang berisi tentang kepercayaan, pengetahuan, seni, moralitas, serta hukum dan adat istiadat termasuk di dalamnya yang menjadi sasaran anggota suatu komunitas (Taylor 1997).

Tradisi dan adat istiadat telah dipraktekkan lama dan tetap menjadi bagian dari kehidupan kelompok masyarakat oleh satu negara, budaya, masa atau agama yang sama.

Definisi lain tradisi merupakan segala sesuatu yang diwariskan dari masa lalu ke masa kini atau masa kini. Tradisi dalam arti sempit adalah warisan sosial tertentu yang memenuhi syarat, yaitu yang bertahan sampai sekarang dan memiliki hubungan yang kuat dengan kehidupan modern.

8.2 Tradisi Budaya Masyarakat Terkait dengan Kebidanan

8.2.1 Tradisi Kebudayaan dalam Antenatal Care

Dibanyak tempat, berbagai kelompok orang telah mengalihkan perhatian mereka pada aspek budaya kehamilan, melihatnya sebagai tahap kehidupan untuk hidup di dunia. Anggapan masa kehamilan dan kelahiran sebagai masa krisis yang berbahaya, mulai dari janin atau bayi maupun bagi ibunya karna itulah mulai dari masa kehamilan sampai persalinan para kerabat dan masyarakat terdekat mengadakan serangkaian upacara bagi ibu hamil dengan maksud dan tujuan mencari keselamatan agar ibu dan bayinya selamat sampai dengan proses pesalinan nanti.

Salah satu contoh masyarakat yang sering memfokuskan perhatian pada aspek krisis mulai dari peristiwa kehamilan sehingga di dalam adat istiadat terdapat beragam upacara adat yang cukup detail untuk menyambut lahirnya sang bayi adalah orang jawa. Upacara adat tersebut biasanya dimulai dari usia tujuh bulan kandungan hingga pada saat kelahirannya, meskipun ada sebagian kecil masyarakat yang mulai melakukan upacara tersebut sejak usia kandungan 3 bulan. Upacara mitoni, procotan dan brokohan adalah upacara-upacara yang dilakukan oleh orang jawa dengan tujuan agar proses dari janin menjadi bayi hingga lahir tersebut selamat.

Beberapa orang jawa mempercayai bahwa bayi yang lahir saat usia kehamilan 7 bulan memiliki potensi untuk hidup lebih kuat dari bayi yang lahir saat usia kehamilan 8 bulan, meskipun kelahiran tersebut adalah prematur. Maka dari itu orang jawa beranggapan bahwa usia kehamilan tujuh bulan menjadi saat yang penting sehingga perlu dilakukan upacara-upacara adat yang disebut mitoni yaitu upacara untuk menyambut kelahiran serta menangkal berbagai macam bahaya yang mungkin timbul di masa tersebut. Upacara mitoni ini biasanya hanya dilakukan oleh seorang wanita yang hamil anak pertama, sebetulnya dapat pula berfungsi agar memberikan ketenangan secara psikologis bagi calon ibu yang belum pernah melahirkan.

Berikut adalah beberapa gambaran tradisi/kebudayaan dalam Antenatal Care diberbagai wilayah yang dirasa merugikan, di antaranya:

1. Jawa Tengah

Ibu hamil dilarang memakan telur dikarenakan akan mempersulit persalinan serta dilarang makan daging karena dirasa akan menyebabkan terjadinya perdarahan yang banyak.

2. Jawa Barat

Ibu hamil yang usia kehamilannya berada pada 8-9 bulan diharuskan mengurangi porsi makanannya agar bayi tidak besar sehingga tidak akan mempersulit ibu dalam melahirkan.

3. Masyarakat Betawi

Ibu hamil tidak diperbolehkan makan ikan asin, ikan laut, udang, dan kepiting karena dipercaya akan menyebabkan rasa ASI menjadi asin.

4. Daerah Subang

Ibu yang sedang hamil dilarang makan menggunakan piring yang besar dikhawatirkan akan menyebabkan bayinya menjadi besar dan mempersulit persalinan. Selain dari itu adanya pantangan mengkonsumsi buah buahan seperti pisang, nanas, ketimun oleh ibu hamil masih dipercayai oleh beberapa masyarakat di wilayah pedesaan.

Pantangan - Pantangan di dalam Tradisi Kebudayaan Masyarakat

Beranekaragamnya budaya yang ada di masyarakat tentu akan memunculkan banyak adat istiadat yang berkaitan dengan kehamilan. Adanya pantangan selama masa kehamilan di masyarakat baik yang memengaruhi kesehatan maupun yang tidak pada ibu dan bayi dirasa masih cukup banyak. Ada beberapa pantangan hanya untuk pihak istri, suami maupun pantangan yang harus diikuti oleh keduanya

Keanekaragaman budaya yang ada di masyarakat menghasilkan adat yang berbeda terkait kehamilan. Masih banyak pantangan dalam masyarakat mengenai kehamilan, baik yang berdampak pada kesehatan ibu maupun yang tidak berdampak pada kesehatan ibu dan bayi. Mulai dari pantangan hanya untuk istri atau suami saja serta pantangan yang harus dituruti oleh keduanya.

Dan jumlah pantangan terbanyak yaitu pantangan untuk pihak istri saja, beberapa di antaranya adalah:

1. Tidak diperbolehkan untuk duduk di pintu agar tidak mengalami kesulitan dalam melahirkan

Fakta: Kesulitan dalam melahirkan tentu banyak penyebabnya di antaranya karena posterm, bayi besar, dan kelainan patologis lainnya. Mengenai kebiasaan atau perilaku yang suka duduk di pintu/depan pintu tentu tidak ada kaitannya. Larangan untuk duduk di pintu/depan pintu tersebut lebih kepada tuntunan akhlak serta sopan santun yang tinggi. Karena duduk di depan pintu tentu dapat mengganggu orang lain yang akan keluar masuk rumah.

2. Tidak diperbolehkan untuk duduk di atas tanah dan sapu supaya tidak lengket ari-ari saat melahirkan.

Fakta: Lengket ari-ari atau plasenta akreta/inkreta/perkreta terjadi dikarenakan beberapa faktor predisposisi salah satu di antaranya faktor 4T yaitu jumlah paritas/anak yang banyak, jarak anak yang terlalu dekat, usia ibu saat melahirkan terlalu tua dan atau terlalu muda. Sehingga jika kita kembali kepada larangan untuk duduk diatas tanah dan sapu agar terhindar dari terjadinya lengket pada ari-ari saat melahirkan tidak ada kaitanya.

3. Adanya larangan untuk mandi saat maghrib agar kulit bayi terhindar dari kemerahan

Fakta: Kulit bayi kemerah-merahan bisa disebabkan oleh beberapa faktor di antaranya bisa karena alergi terhadap sesuatu (debu/cologne/bedak dll), serangga dll. Dikarenakan kulit bayi sangat sensitive sehingga perlu dilakukan perawatan khusus, mulai dari pastikan air mandinya bersih, pakaian dan popok nya bersih, tidak sembarang menggunakan cologne/bedak. Biasanya kemerahan pada kulit bayi merupakan reaksi langsung antara suatu zat/benda/mikroorganisme bersentuhan dengan kulit bayi, ketika janin dalam kandungan ibu itu masih terlindungi oleh banyak lapisan di antaranya air ketuban, lapisan Rahim/uterus, lapisan perut ibu, jadi ketika ibu mandi tidak akan langsung bereaksi pada kulit janin ibu.

4. Ibu hamil tidak boleh mengasapi daun pisang supaya kulit pada bayi tidak mengalami bercak seperti lebam.
Fakta: Kondisi kulit bayi sehat atau bermasalah itu disebabkan oleh suatu hal yang memang langsung berkontak dengan kulit bayi, kecuali kelainan kongenital atau kondisi masalah lain seperti yang memang disebabkan oleh ras/genetic berkenaan dengan kondisi kulit bayi, bukan dikarenakan ibu tersebut melakukan aktivitas berupa membakar daun-daun agar layu.
5. Tidak diperbolehkan melihat kera karena khawatir bayinya akan mirip kera
Fakta: Adanya suatu kelainan pada bayi lebih kepada dikarenakan faktor genetic atau penyakit lain, bukan dikarenakan oleh apa yang dilihat oleh ibu tersebut.
6. Adanya larangan untuk keluar saat maghrib/malam hari dan disaat hujan, takut ada makhluk halus yang mengganggu dan diikuti oleh makhluk tersebut.
Fakta: Secara kesehatan udara malam tentu lebih berbahaya terlebih bagi ibu hamil yang kadar imunitasnya kadang naik turun, sehingga dikhawatirkan akan membuat sakit ibu dan akan memengaruhi janinnya, sehingga jika tidak ada hal yang urgent, upayakan untuk tidak keluar pada malam hari, jika pun harus keluar saat waktu tersebut, pastikan membawa perlengkapan untuk menghangatkan dan berdoa untuk keselamatan.
7. Larangan melangkahi parit dan kali agar tidak keguguran.
Fakta: Salah satu penyebab seseorang keguguran di antaranya adalah trauma/terjatuh saat kehamilan trimester 1, melangkahi parit atau kali berpotensi ibu untuk tergelincir dan terjatuh.
8. Tidak diperbolehkan duduk di atas tangga rumah takut menjadi sulit ketika melahirkan.
Fakta: Kesulitan saat melahirkan bisa disebabkan oleh adanya masalah pada 3P (power, passage, passanger) atau salah satu dari P tersebut. Kontraksi/ mulas, jalan lahir/panggul, kondisi bayi/ketuban/plasenta. Jika kontraksi ibu adekuat, tidak ada kelainan

pada jalan lahir serta kondisi bayi/ketuban/plasenta aman persalinan relative akan berjalan dengan lancar, jika ada masalah salah satu dari P tersebut akan menyebabkan kesulitan saat persalinan. Sehingga tidak ada kaitanya ibu hamil yang memiliki kebiasaan duduk di tangga akan sulit melahirkan.

9. Tidak diperbolehkan lihat gambar seram berupa monyet, gambar kecelakaan dan gambar yang tidak islami.

Fakta: Semasa hamil ibu memerlukan ketenangan yang optimal agar proses kehamilannya berjalan dengan lancar, hal hal yang membuat takut, stress, khawatir perlu dihindari karena akan berdampak pada kesehatan ibu baik fisik maupun psikis. Lantunan ayat Al-Qur`an, melihat pemandangan, hal hal yang indah akan membuat ibu lebih rileks dalam menjalani proses kehamilannya sehingga Kesehatan baik fisik maupun psikis akan terjaga.

10. Tidak boleh makan nanas karena dikhawatirkan akan keguguran

Fakta: Buah nanas yang masih muda mengandung zat bromelain yang dapat menyebabkan kontraksi, sehingga perlu dihindari untuk dikonsumsi oleh ibu hamil usia kehamilan muda karena bisa berisiko menyebabkan keguguran. Sedangkan buah nanas yang matang banyak mengandung zat gizi untuk perkembangan janin selama dikonsumsi dalam jumlah yang tidak berlebih, untuk menghilangkan getah pada nanas bisa dilakukan dengan cara merendam nanas tersebut dengan air garam.

8.2.2 Tradisi Kebudayaan dalam Intranatal Care

Kita bisa melihat konsepsi budaya yang terwujud pada masyarakat tradisional di Indonesia dalam perilaku/aktivitas yang berkaitan dengan kebudayaan ibu saat bersalin dengan konsepsi kesehatan modern.

Beberapa budaya masyarakat yang terjadi pada ibu bersalin di antaranya:

1. Meminum air rendaman rumput Fatimah dapat merangsang mulas.
Labisia pumila spa atau biasa kita kenal dengan rumput fatimah adalah jenis tumbuhan yang memiliki sifat bekerja seperti hormon oksitosin- hormon yang merangsang kontraksi Rahim/uterus. Rumput

fatimah bila dikonsumsi saat hamil dapat menyebabkan kontraksi rahim secara terus-menerus, hal tersebut akan berbahaya jika tidak disertai dengan adanya pembukaan. Keadaan tersebut pula dapat memicu stress pada janin dan bisa menyebabkan ruptur uteri (robek pada Rahim). Hal tersebut sangat berbahaya jika digunakan sembarang.

2. Keluar lendir keputihan yang cukup banyak mendekati waktu bersalin, akan membuat licin dan bayi mudah lahir.

Keluarnya cairan berupa keputihan pada usia kehamilan tua dianggap tidak normal jika disertai dengan gatal, berbau, dan berwarna. Segera konsultasikan kepada dokter jika hal tersebut terjadi. Proses persalinan akan lancar jika tidak ada masalah pada 3P (power, passage dan passenger).

3. Minum minyak kelapa membuat mudah dalam bersalin.

Konotasi konsumsi minyak kelapa akan membuat lancar dan licin dalam persalinan banyak dianut oleh masyarakat, berkenaan dengan hal tersebut belum adanya hasil penelitian yang menjelaskan bahwa minyak kelapa dapat melancarkan proses persalinan. Dengan kita meminum minyak kelapa itu akan masuk ke dalam saluran pencernaan sedangkan persalinan terjadi di saluran reproduksi, hal tersebut merupakan hal yang berbeda. Bisa jadi secara psikologis ibu hamil meyakini dengan mengkonsumsi minyak kelapa dapat membuat persalinannya lancar, karena beberapa referensi yang dapat membuat persalinan lancar selain 3P adalah + 1P (yaitu psikologis).

4. Minum madu dan telur dan minyak goreng dapat mempercepat lahir bayi.

Upaya mempercepat bayi lahir dengan meminum madu, telur dan minyak goreng tersebut itu belum ada hasil penelitiannya. Adapun hal hal yang dapat dilakukan bila kehamilannya telah aterm (cukup bulan) agar proses persalinan dapat segera berlangsung beberapa hal kegiatan dibawah ini dapat dilakukan, di antaranya:

- a. Tingkatkan frekuensi berjalan kaki atau bisa dengan cara naik turun tangga tentunya dengan hati hati, semampunya dan tidak dipaksakan.
 - b. Lakukan stimulasi pada puting susu ibu.
 - c. Lakukan hubungan seksual secara rutin, dikarenakan cairan ejakulasi yang dihasilkan mengandung hormone prostaglandin yang dapat memicu terjadinya kontraksi pada Rahim.
5. Makan durian, tape, dan nanas bisa membahayakan persalinan. Beberapa masyarakat meyakini bahwa ibu hamil dan ibu bersalin tidak boleh mengkonsumsi durian, tape dan nanas karena dipercaya memiliki efek “panas” yang berbahaya. Akan tetapi belum ada hasil penelitian yang menjelaskan bahwa memakan durian akan menyebabkan hal tersebut. Pada dasarnya tidak ada larangan makanan bagi ibu hamil/ibu bersalin selama tidak ada alergi dan tidak dikonsumsi dalam jumlah yang berlebih. Jika dirasa ibu ragu untuk mengkonsumsi durian selama hamil atau bersalin sebaiknya bisa dikonsultasikan terlebih dahulu ke dokter kebidanan dan kandungan. Untuk informasi mengenai kandungan alkohol pada tape singkong yang difermentasi selama 120 jam bisa mencapai 11.811%, jika difermentasi dalam 48 jam kandungan alkoholnya sebanyak 2.182%. semakin lama tape terfermentasi kandungan alkohol semakin tinggi, berkenaan dengan hal itu untuk lebih amannya ibu hindari konsumsi tape yang terfermentasi tinggi/lama karena efeknya akan sama dengan ibu mengkonsumsi alkohol. Dalam buah nanas mengandung efek bromelain yang dapat memicu terjadinya kontraksi, sehingga jika ibu hamil tersebut mengkonsumsi nanas muda saat usia kehamilan trimester 1 berpotensi akan mengalami keguguran relative lebih tinggi dan melahirkan premature.
6. Makan daun siraung/kemangi menyebabkan plasenta lengket dan akan menyulitkan saat bersalin. Lengket ari-ari atau plasenta akreta/inkreta/perkreta terjadi dikarenakan beberapa faktor predisposisi salah satu di antaranya faktor 4T yaitu jumlah paritas/anak yang banyak, jarak anak yang

terlalu dekat, usia ibu saat melahirkan terlalu tua dan atau terlalu muda. Sehingga jika kita kembali kepada aktivitas memakan daun kemangi dapat membuat ari-ari lengket hingga mempersulit persalinan hal tersebut tidak ada kaitannya.

8.2.3 Tradisi Kebudayaan dalam Postnatal Care

1. Tidak boleh bersenggama

Timbulnya menstruasi selama 40 hari setelah kelahiran sebenarnya terkait dengan keluarnya lochea, lendir darah pascapersalinan dari vagina. Sampai lochea berhenti dan luka jalan lahir telah sembuh akan aman jika melakukan hubungan seks, akan tetapi jika lochea masih ada dan luka belum sembuh kemudian berhubungan seks hal tersebut akan meningkatkan risiko infeksi bagi ibu. Selain itu 40 hari setelah melahirkan dianggap sebagai masa pemulihan organ reproduksi wanita untuk kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini merupakan masa penyesuaian yang penting. Bagi ibu pada masa tersebut sering merasa lelah dan kurang memiliki keinginan untuk berhubungan seks. Hal tersebut akan kembali normal seiring waktu dan keluhan keluhan yang dirasakan akan berkurang.

2. Kaki harus lurus

Selama aktivitas berlangsung hindari kondisi kaki tumpang tindih atau ditekek terlalu lama, karena akan menghambat laju peredaran darah dan cairan intertisiel. Penting untuk selalu memastikan posisi kaki lurus agar aliran darah lancar dan tidak terjadinya pembengkakan pada ekstremitas bawah (kaki). Beberapa kondisi jika ibu mengalami kaki bengkok salah satu penanganannya adalah dengan menjaga kaki tetap lurus sambil memposisikan kaki lebih tinggi dari kepala ibu.

3. Tidak boleh tidur siang

Beberapa tradisi dipercaya untuk ibu nifas tidak diperbolehkan tidur siang diakarenakan khawatir sel darah putih akan naik ke mata dan menyebabkan masalah penglihatan. Hal tersebut merupakan salah satu mitos pada masa nifas yang keliru. Untuk ibu pasca melahirkan

diperlukan istirahat yang cukup untuk proses pemulihan, dan dengan tidur siang kebutuhan istirahat ibu akan terpenuhi karena saat tidur malam ibu akan terganggu oleh tangisan bayi untuk minta di susui. Tips yang bisa dilakukan adalah upayakan ibu untuk tidur saat bayi pun tertidur, agar produksi ASI ibu tidak terhambat karena kurang istirahat.

4. Tak boleh keramas

Adanya larangan untuk tidak boleh keramas dan mandi pada ibu nifas tentu merugikan ibu, banyak alasan yang dikemukakan untuk membenarkan mitos tersebut di antaranya jika bersentuhan dengan air dapat menyebabkan masuk angin, sakit kepala, dan nyeri sendi di kemudian hari, sehingga ibu tidak mandi dan keramas dalam jangka waktu yang lama. Justru hal tersebut jika diikuti dapat membuat ibu merasa tidak nyaman, merasa kotor tidak percaya diri, dan itu akan berdampak pada kesehatan fisik serta psikis ibu. Mandi dan keramas tentu sangat diperlukan guna membuat tubuh ibu berasa nyaman dan bersih serta dapat mencegah terjadinya infeksi kulit dan infeksi pada jahitan luka operasi atau luka jalan lahir.

5. Jangan makan ikan, telur, daging setelah melahirkan.

Larangan untuk tidak boleh makan ikan, telur atau daging selama masa nifas karena dianggap pemicu gatal dan membuat bau amis pada darah masa nifas (lochea) merupakan mitos yang sangat keliru. Makanan tersebut adalah jenis makanan yang mengandung tinggi protein yang dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Terutama bagi ibu post SC sangat diwajibkan untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein agar luka operasi ibu dapat cepat pulih, selama ibu tidak memiliki alergi terhadap jenis makanan tersebut.

6. Tidak boleh bepergian

Larangan mengenai ibu nifas tidak diperbolehkan untuk bepergian sebetulnya bertujuan agar ibu tak terlalu letih beraktivitas. Kalau terlalu letih akan menyebabkan produksi ASI-nya berkurang. Bayi akan menjadi rewel dan pressure ibu akan semakin tinggi dan akhirnya ibu akan stress. Dalam masa nifas kebutuhan istirahat sangat

diperlukan karena masa nifas merupakan masa adaptasi dan masa pemulihan.

8.2.4 Tradisi Kebudayaan dalam Pelayanan BBL

1. Masih banyak masyarakat yang langsung memandikan bayinya kurang dari 6 jam proses pasca persalinan.
Banyak masyarakat yang beranggapan bayi ketika baru lahir harus segera dimandikan karena amis dan kotor. Jika mengacu pada Evidenbased nya, bayi dimandikan setelah 6 jam pasca persalinan untuk menghindari terjadinya hipotermi pada bayi baru lahir. Diperlukan minimal 6 jam untuk bayi dapat beradaptasi dengan lingkungan yang baru (diluar Rahim).
2. Diboldong agar kaki tidak bengkok.
Pembedongan pada bayi dapat menjadikan peredaran darah bayi terganggu, kerja jantung menjadi lebih berat untuk memompa darah, sehingga mengakibatkan bayi akan sering sakit di daerah paru-paru dan jalan nafasnya. Selain itu pembedongan pada bayi akan menghambat perkembangan motorik karena bayi tidak ada kesempatan untuk bergerak. Pembedongan sebetulnya bisa dilakukan setelah mandi hanya untuk melindungi dari dinginnya udara, diboldongnya pun longgar, agar bayi tidak merasa sesak dan ada ruang yang cukup untuk kaki dan tangan bayi untuk bergerak.
3. Hidung ditarik-tarik agar mancung.
Sebetulnya kondisi hidung bayi mancung atau tidak tergantung dari genetic/turunan dari orang tuanya, ketika orang tuanya tidak memiliki hidung yang mancung, mau ditarik sedemikian rupa pada hidung bayipun tidak akan mancung, justru malah berpotensi menimbulkan trauma/patah/luka karena terlalu keras/kencang menariknya.
4. Pemakaian gurita agar tidak kembang.
Anggapan memakaikan gurita agar bayi tidak kembang adalah hal yang keliru. Pemakaian gurita dengan kencang justru sangat membahayakan bayi, karena bayi akan kesulitan untuk bernafas. Bayi kembang biasanya diakibatkan oleh salah satu terpaparnya bayi

dengan angin/udara yang cukup kencang, hal tersebut bisa diantisipasi dengan menghindari bayi terkena langsung kipas angin, tidak disimpan di dekat jendela yang terbuka, tidak dibawah AC, pakaikan bayi baju yang hangat, dsb.

5. Melakukan pengguntingan pada bulu mata agar lentik.

Dengan melakukan pengguntingan pada bulu mata dapat mengurangi fungsi dari bulu mat aitu sendiri yaitu untuk melindungi mata dari benda-benda asing. Lentik tidaknya bulu mata pada bayi itu sudah genetic/turunan dari orang tuanya.

8.3 Cara Bidan Mengatasi Persepsi Tradisi Kebudayaan yang Berkembang di Masyarakat

Bidan menjadi salah satu anggota tim kesehatan yang dekat dengan masyarakat, dan berperan dalam menentukan peningkatan status kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan ibu dan anak di wilayah kerjanya.

Bidan pun harus mampu menggerakkan peran serta masyarakat (PSM) khususnya, berkaitan dengan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir, anak remaja dan usia lanjut. Kompetensi yang cukup harus dimiliki oleh seorang bidan dalam menjalankan tugas, peran serta tanggung jawabnya.

Oleh karena itu, penting bagi bidan untuk mempelajari aspek sosial budaya masyarakatnya. Mulailah dengan tingkat pengetahuan bidan tentang demografi, struktur pemerintahannya, kebiasaan dan rutinitasnya, norma dan nilai, agama, bahasa, seni dan hal-hal terkait lainnya.

Kegiatan budaya tradisional masyarakat memungkinkan bidan untuk berperan aktif dalam mempromosikan kesehatan masyarakat dengan memberikan pendidikan kesehatan di samping acara seni dan budaya tradisional ini. Semua kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak yang dilakukan masyarakat idealnya selalu diawasi/didampingi oleh bidan agar mereka memahami tradisi apa saja yang berbahaya atau tidak berbahaya bagi kesehatan ibu, anak-anak dan masyarakat.

Bab 9

Kajian Gender Legislasi

9.1 Pendahuluan

Gender Peran sosial di mana peran laki-laki dan perempuan ditentukan perbedaan fungsi, perandan tanggung jawab laki-laki dan perempuan sebagai hasil konstruksi sosial yang dapat berubah atau diubah sesuai perubahan zaman peran dan kedudukan seseorang yang dikonstruksikan oleh masyarakat. dan budayanya karena seseorang lahir sebagai laki-laki atau perempuan (Tajmiati, Astuti, & Suryani, 2020).

Gender adalah pandangan masyarakat tentang perbedaan peran, fungsi dan tanggung jawab antara perempuan dan atau laki-laki yang merupakan hasil konstruksi sosial budaya dan dapat berubah dan atau diubah sesuai dengan perkembangan zaman. Gender (Bahasa Inggris) yang diartikan sebagai jenis kelamin. Namun jenis kelamin di sini bukan seks secara biologis, melainkan sosial budaya dan psikologis, tetapi lebih memfokuskan perbedaan peranan antara pria dengan wanita, yang dibentuk oleh masyarakat sesuai dengan norma sosial dan nilai sosial budaya masyarakat yang bersangkutan (Astuti, E.W, 2016).

9.2 Gender

Gender adalah sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksi secara sosial maupun kultural artinya perempuan itu dikenal lemah-lembut, cantik, emosional, keibuan. sementara laki-laki di anggap kuat, rasional, jantan, perkasa. Munculnya isu gender, sebenarnya tidak terlepas dari kegagalan ideologi dalam memecahkan persoalan pembangunan. Menurut Suparjan dan Hempri Suyanto. idiologi developmentalisme justru menyebabkan terpinggirnnya perempuan dalam berbagai kehidupan, baik dalam akses politik, ekonomi, sosial, maupun hak-hak reproduksi wanita. Berbagai bidang pembangunan cenderung bias terhadap laki-laki dan mengabaikan peran perempuan (Tajmiati, Astuti, & Suryani, 2020).

Argio Demartoto menyatakan bahwa “perbedaan biologis masyarakat dijadikan alasan untuk membedakan perempuan dan laki-laki dalam banyak hal. Dalam gender, sifat, peran dan posisi mengalami proses dikotomi, yang meliputi sifat feminin untuk perempuan dan sifat maskulin untuk laki-laki, peran domestik untuk perempuan dan posisi dominan untuk laki-laki. Pembedaan peran sosial antara laki-laki dan perempuan. Melalui perbedaan biologis ini kemudian mendapat pembenaran oleh sistem patriarki yang berakar kuat dalam masyarakat”. Idiologi gender yang dibangun atas dasar budaya untuk mengatur relasi manusia telah mengkonstruksikan pembagian kerja atas dasar jenis kelamin yang membuahkan hasil pembagian sifat, peran, dan posisi atas dasar jenis kelamin pula. Budaya dan idiologi patriarki yang masih sangat kental dan mewarnai berbagai aspek kehidupan dan struktur masyarakat (Astuti, E.W, 2016).

9.3 Seks (Jenis Kelamin)

Jenis kelamin merupakan perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. jenis kelamin berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, di mana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. Seks adalah perbedaan jenis kelamin yang telah ditentukan oleh Allah SWT berdasarkan fungsi biologis. Seks berarti pria ataupun wanita yang pembedaannya berdasar pada jenis kelamin, sex lebih merujuk pada perbedaan antara pria dan wanita berdasar pada jenis kelamin

yang ditandai oleh perbedaan anatomi tubuh dan genetiknya. Perbedaan seperti ini lebih sering disebut sebagai perbedaan secara biologis atau bersifat kodrati dan sudah melekat pada masing-masing individu sejak lahir (Purba, et al., 2020).

9.4 Budaya Yang Memengaruhi Gender

Sebagian besar masyarakat menganut kepercayaan yang salah tentang arti menjadi seorang wanita, dengan akibat yang membahayakan kesehatan wanita. Setiap masyarakat mengharapkan wanita dan pria untuk berpikir, berperasaan dan bertindak dengan pola-pola tertentu dengan alasan mereka dilahirkan sebagai wanita/pria. Contohnya wanita diharapkan untuk menyiapkan masakan, merawat anak-anak dan suami. Sedangkan pria bertugas memberikan kesejahteraan bagi keluarga serta melindungi keluarga dari ancaman (Riyanti, 2018).

Gender dan kegiatan yang dihubungkan dengan jenis kelamin, adalah hasil rekayasa masyarakat. Masyarakat menghubungkan jenis kelamin seseorang dengan perilaku tertentu yang seharusnya dilakukan biasanya disebut dengan "area" kegiatan wanita" dan "kegiatan laki-laki". Kegiatan lain tidak sama dari satu daerah ke daerah lain diseluruh dunia, tergantung pada kebiasaan, hukum dan agama yang dianut oleh masyarakat tersebut. Peran jenis kelamin bahkan bisa tidak sama di dalam suatu masyarakat, tergantung pada tingkat pendidikan, suku dan umurnya, contohnya: di dalam suatu masyarakat, wanita dari suku tertentu biasanya bekerja menjadi pembantu rumah tangga, sedang wanita lain mempunyai pilihan yang lebih luas tentang pekerjaan yang bisa mereka pegang. Peran gender diajarkan secara turun temurun dari orang tua ke anaknya. Sejak anak berusia muda, orang tua telah memberlakukan anak perempuan dan laki-laki berbeda, meskipun kadang tanpa mereka sadari (Riyanti, 2018).

Diskriminasi Gender Pada hakikatnya, manusia memiliki kedudukan yang setara antara laki-laki dan perempuan. Keduanya diciptakan dalam derajat, harkat, dan martabat yang sama. Namun dalam perjalanan kehidupan manusia, banyak terjadi perubahan peran dan status atas keduanya, terutama dalam masyarakat. Proses tersebut lama kelamaan menjadi kebiasaan dan membudaya. Dan berdampak pada terciptanya perlakuan diskriminatif

terhadap salah satu jenis kelamin sehingga muncul istilah gender yang mengacu pada perbedaan peran antara laki-laki dan perempuan yang terbentuk dari proses perubahan peran dan status tadi baik secara sosial ataupun budaya (Tajmiati, Astuti, & Suryani, 2020).

Diskriminasi: adalah pelayanan yang tidak adil terhadap individu tertentu, di mana layanan ini dibuat berdasarkan karakteristik yang diwakili oleh individu tersebut. Diskriminasi merupakan suatu kejadian yang biasa dijumpai dalam masyarakat manusia, ini disebabkan karena kecenderungan manusia untuk membedakan-bedaan yang lain. Inti dari diskriminasi adalah perlakuan berbeda.

Akibat pelekatan sifat-sifat gender tersebut, timbul masalah ketidakadilan (diskriminasi) gender, yaitu (Astuti, E.W, 2016):

1. Marginalisasi (Peminggiran)

Proses marginalisasi (peminggiran/pemiskinan) yang mengakibatkan kemiskinan, banyak terjadi dalam masyarakat. Marginalisasi perempuan sebagai salah satu bentuk ketidakadilan gender. Sebagai contoh, banyak pekerja perempuan tersingkir dan menjadi miskin akibat dari program pembangunan seperti internsifikasi pertanian yang hanya memfokuskan petani laki-laki. Perempuan dipinggirkan dari berbagai jenis kegiatan pertanian dan industri yang lebih memerlukan keterampilan yang biasanya lebih banyak dimiliki laki-laki. Selain itu perkembangan teknologi telah menyebabkan apa yang semula dikerjakan secara manual oleh perempuan diambil alih oleh mesin yang umumnya dikerjakan oleh tenaga laki-laki. Beberapa contoh marginalisasi yaitu pemupukan dan pengendalian hama dengan teknologi baru laki-laki yang mengerjakan, pemotongan padi dengan peralatan sabit, mesin diasumsikan hanya laki-laki yang dapat mengerjakan, menggantikan tangan perempuan dengan alat panen ani-ani, usaha konveksi, pembantu rumah tangga menyerap lebih banyak perempuan dari pada laki-laki.

2. Subordinasi (Penomorduaan)

Subordinasi pada dasarnya adalah keyakinan bahwa salah satu jenis kelamin dianggap lebih penting atau lebih utama dibanding jenis kelamin lainnya. Sudah sejak dahulu ada pandangan yang menempatkan kedudukan dan peran perempuan lebih rendah dari

lakilaki. Banyak kasus dalam tradisi, tafsiran ajaran agama maupun dalam aturan birokrasi yang meletakkan kaum perempuan sebagai subordinasi dari kaum laki-laki. Kenyataan memperlihatkan bahwa masih ada nilai-nilai masyarakat yang membatasi ruang gerak terutama perempuan dalam kehidupan. Sebagai contoh apabila seorang isteri yang hendak mengikuti tugas belajar, atau hendak berpergian ke luar negeri harus mendapat izin suami, tetapi kalau suami yang akan pergi tidak perlu izin dari isteri.

3. Pandangan Stereotype (Citra Baku)

Stereotipe dimaksud adalah citra baku tentang individu atau kelompok yang tidak sesuai dengan kenyataan empiris yang ada. Pelabelan negatif secara umum selalu melahirkan ketidakadilan. Salah satu stereotipe yang berkembang berdasarkan pengertian gender, yakni terjadi terhadap salah satu jenis kelamin (perempuan). Hal ini mengakibatkan terjadinya diskriminasi dan berbagai ketidakadilan yang merugikan kaum perempuan. Misalnya pandangan terhadap perempuan yang tugas dan fungsinya hanya melaksanakan pekerjaan yang berkaitan dengan pekerjaan domestik atau kerumahtanggaan. Hal ini tidak hanya terjadi dalam lingkup rumah tangga tetapi juga terjadi di tempat kerja dan masyarakat, bahkan di tingkat pemerintah dan negara. Apabila seorang laki-laki marah, ia dianggap tegas, tetapi bila perempuan marah atau tersinggung dianggap emosional dan tidak dapat menahan diri. Standar nilai terhadap perilaku perempuan dan laki-laki berbeda, namun standar nilai tersebut banyak menghakimi dan merugikan perempuan. Label kaum perempuan sebagai “ibu rumah tangga” merugikan, jika hendak aktif dalam “kegiatan lakilaki” seperti berpolitik, bisnis atau birokrat. Sementara label laki-laki sebagai pencari nakah utama, (breadwinner) mengakibatkan apa saja yang dihasilkan oleh perempuan dianggap sebagai sambilan atau tambahan dan cenderung tidak diperhitungkan.

4. Kekerasan (Violence)

Berbagai bentuk tindak kekerasan terhadap perempuan sebagai akibat perbedaan, muncul dalam berbagai bentuk. Kata kekerasan merupakan terjemahan dari violence, artinya suatu serangan terhadap fisik maupun integritas mental psikologis seseorang. Oleh karena itu kekerasan tidak hanya menyangkut serangan fisik saja seperti perkosaan, pemukulan dan penyiksaan, tetapi juga yang bersifat non fisik, seperti pelecehan seksual sehingga secara emosional terusik. Pelaku kekerasan bermacam-macam, ada yang bersifat individu, baik di dalam rumah tangga sendiri maupun di tempat umum, ada juga di dalam masyarakat itu sendiri. Pelaku bisa saja suami/ayah, keponakan, sepupu, paman, mertua, anak laki-laki, tetangga, majikan.

5. Beban Ganda (Double Dourden)

Bentuk lain dari diskriminasi dan ketidakadilan gender adalah beban ganda yang harus dilakukan oleh salah satu jenis kalamain tertentu secara berlebihan. Dalam suatu rumah tangga pada umumnya beberapa jenis kegiatan dilakukan laki-laki, dan beberapa dilakukan oleh perempuan. Berbagai observasi, menunjukkan perempuan mengerjakan hampir 90% dari pekerjaan dalam rumah tangga. Sehingga bagi mereka yang bekerja, selain bekerja di tempat kerja juga masih harus mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Dalam proses pembangunan, kenyataannya perempuan sebagai sumber daya insani masih mendapat pembedan perlakuan, terutama bila bergerak dalam bidang publik. Dirasakan banyak ketimpangan, meskipun ada juga ketimpangan yang dialami kaum laki-laki di satu sisi.

9.5 Issue Gender Dalam Kesehatan Reproduksi

Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Baik laki-laki maupun perempuan sama-sama terkena dampak dan gender stereotipi masing-masing. Misalnya sesuai dengan pola perilaku yang diharapkan sebagai laki-laki, maka laki-laki dianggap tidak pantas memperlihatkan rasa sakit atau mempertunjukkan kelemahan-kelemahan serta keluhannya. Perempuan yang diharapkan memiliki toleransi yang tinggi, berdampak terhadap cara mereka menunda-nunda pencarian pengobatan, terutama dalam situasi sosial ekonomi yang kurang dan harus memilih prioritas, maka biasanya perempuan dianggap wajar untuk berkorban. Keadaan ini juga dapat berpengaruh terhadap konsekuensi kesehatan yang dihadapi laki-laki dan perempuan.

Empat isu gender dalam berbagai siklus kehidupan yaitu (Astuti, E.W, 2016):

1. Isu Gender di Masa Kanak-Kanak.

Isu gender pada anak-anak laki-laki, misalnya: pada beberapa suku tertentu, kelahiran bayi laki-laki sangat diharapkan dengan alasan, misalnya laki-laki adalah penerus atau pewaris nama keluarga; laki-laki sebagai pencari nafkah keluarga yang handal; laki-laki sebagai penyanggah orang tuanya di hari tua. Dan perbedaan perlakuan juga berlanjut pada masa kanak-kanak. Pada masa kanak-kanak, sifat agresif anak laki-laki serta perilaku yang mengandung risiko diterima sebagai suatu kewajiban, bahkan didorong ke arah itu, karena dianggap sebagai sifat anak laki-laki. Sehingga data menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih sering terluka dan mengalami kecelakaan.

2. Isu Gender Pada Anak Perempuan.

Secara biologis bayi perempuan lebih tahan dari pada bayi laki-laki terhadap penyakit infeksi di tahun-tahun pertama kehidupannya. Sebab itu jika data memperlihatkan kematian bayi perempuan lebih tinggi dan bayi laki-laki, patut dicurigai sebagai dampak dari isu gender. Di masa balita, kematian karena kecelakaan lebih tinggi

dialami oleh balita laki-laki, karena sifatnya yang agresif dan lebih banyak gerak.

3. Isu Gender di Masa Remaja.

Isu gender yang berkaitan dengan remaja perempuan, antara lain: kawin muda, kehamilan remaja, umumnya remaja putri kekurangan nutrisi, seperti zat besi, anemia. Menginjak remaja, gangguan anemia merupakan gejala umum dikalangan remaja putri. Gerakan serta interaksi sosial remaja putri seringkali terbatas dengan datangnya menarche. Perkawinan dini pada remaja putri dapat member tanggung jawab dan beban melampaui usianya. Belum lagi jika remaja putri mengalami kehamilan, menempatkan mereka pada risiko tinggi terhadap kematian. Remaja putreri juga berisiko terhadap pelecehan dan kekerasan seksual, yang bisa terjadi di dalam rumah sendiri maupun di luar rumah. Remaja putri juga bisa terkena isu berkaitan dengankerentanan mereka yang lebih tinggi terhadap perilaku-perilaku stereotipe maskulin, seperti merokok, tawuran, kecelakaan dalam olah raga, kecelakaan lalu lintas, eksplorasi seksual sebelum nikah yang berisiko terhadap penyakit-penyakit yang berkaitan dengan: IMS, HIV/AIDS.

4. Isu Gender di Masa Dewasa.

Pada tahap dewasa, baik laki-laki maupun perempuan mengalami masalah-masalah kesehatan yang berbeda, yang disebabkan karena faktor biologis maupun karena perbedaan gender. Perempuan menghadapi masalah kesehatan yang berkaitan dengan fungsi alat reproduksinya serta ketidaksetaraan gender. Masalah-masalah tersebut, misalnya konsekwensi dengan kehamilan dan ketika melahirkan seperti anemia, aborsi, puerperal sepsis (infeksi postpartum), perdarahan, ketidakberdayaan dalam memutuskan bahkan ketika itu menyangkut tubuhnya sendiri (“tiga terlambat”). Sebagai perempuan, dia juga rentan terpapar penyakit yang berkaitan dengan IMS dan HIV/AIDS, meskipun mereka sering hanya sebagai korban. Misalnya: metode KB yang hanya difokuskan pada akseptor

perempuan, perempuan juga rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan ditempat kerja, dan diperjalanan

5. Isu Gender di Masa Tua

Di usia tua baik laki-laki maupun perempuan keadaan biologis semakin menurun. Mereka merasa terabaikan terutama yang berkaitan dengan kebutuhan mereka secara psikologis dianggap semakin meningkat. Secara umum, umur harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Namun umur panjang perempuan berisiko ringkih, terutama dalam situasi soaial-ekonomi kurang. Secara kehidupan social biasanya mereka lebih terlantar lagi, terutama yang berkaitan dengan kebutuhan yang semakin banyak dan semakin tergantung terhadap sumber daya. Osteoporosis banyak diderita oleh perempuan di masa tua, yaitu delapan kali lebih banyak dari pada laki-laki. Depresi mental juga lebih banyak diderita orang tua, terutama karena merasa ditinggalkan. Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Hal ini semakin dirasakan dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi antara lain karena hal berikut:

- a. Masalah kesehatan reproduksidapat terjadi sepanjang siklus hidup manusia seperti masalah inces yang terjadi pada masa anak-anak dirumah, masalah pergaulan bebas, kehamilan remaja.
- b. Perempuan lebih rentan dalam menghadapi risiko kesehatan reproduksi seperti kehamilan, melahirkan, aborsi tidak aman dan pemakaian alat kontrasepsi. Karena struktur alat reproduksi yang rentan secara social atau biologis terhadap penularan IMS termasuk STD/HIV/AIDS.
- c. Masalah kesehatan reproduksi tidak terpisah dari hubungan laki-laki dan perempuan. Namun keterlibatan, motivasi serta partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi dewasa ini masih sangat kurang.
- d. Laki-laki juga mempunyai masalah kesehatan reproduksi, khususnya berkaitan dengan IMS, HIV, dan AIDS. Karena ini dalam menyusun strategi untuk memperbaiki kesehatan

reproduksi harus dipertimbangkan pula kebutuhan, kepedulian dan tanggung jawab laki-laki.

- e. Perempuan rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga (kekerasan domestik) atau perlakuan kasar yang pada dasarnya bersumber gender yang tidak setara.
- f. Kesehatan reproduksi lebih banyak dikaitkan dengan urusan perempuan seperti KB.

Kesehatan Reproduksi Peka Gender. Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang bersikap “Peka Gender”, yaitu:

1. Memberikan pelayanan berkualitas yang berorientasi kepada kebutuhan klien, tanpa adanya perbedaan perlakuan, baik karena jenis kelamin maupun status sosialnya.
2. Memberikan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan yang berbeda antara laki-laki dan perempuan akibat kodrat masing-masing.
3. Memahami sikap laki-laki dan perempuan dalam menghadapi suatu penyakit dan sikap masyarakat terhadap perempuan dan laki-laki yg sakit.
4. Memahami perbedaan perjalanan penyakit pada laki-laki dan perempuan.
5. Menyesuaikan pelayanan agar hambatan yg dihadapi oleh laki-laki dan perempuan sebagai akibat adanya perbedaan tersebut diatas dapat diatasi.

9.6 Pangarusutamaan Gender (Gender Mainstreaming)

Pangarusutamaan gender (PUG) atau adalah strategi yang dilakukan secara rasional dan sistimatis untuk mencapai dan mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender dalam sejumlah aspek kehidupan manusia (rumah tangga, masyarakat dan negara), melalui kebijakan dan program yang memperhatikan

pengalaman, aspirasi, kebutuhan dan permasalahan perempuan dan laki-laki ke dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dari seluruh kebijakan dan program diberbagai bidang kehidupan dan pembangunan. Tujuan pengarusutamaan gender adalah memastikan apakah perempuan dan laki-laki memperoleh akses yang sama kepada sumber daya pembangunan. Dapat berpartisipasi yang sama dalam semua proses pembangunan, termasuk proses pengambilan keputusan. Mempunyai kontrol yang sama atas sumberdaya pembangunan, dan memperoleh manfaat yang sama dari hasil pembangunan (Riyanti, 2018).

Sasaran Pengarusutamaan Gender

Sebagai sasaran pengarusutamaan gender adalah organisasi pemerintah dari pusat sampai ke lapangan yang berperan dalam membuat kebijakan, program dan kegiatan. Selain itu organisasi swasta, organisasi profesi, keagamaan, dan lain – lain, di mana mereka sangat dekat dan terjun langsung paling depan berhadapan dengan masyarakat.

Prinsip Pengarusutamaan Gender

Pluralistic, yaitu dengan menerima keragaman budaya. Bukan pendekatan konflik, yaitu menghadapi permasalahan tidak membedakan antar laki-laki dan perempuan. Sosialisasi dan advokasi. Memperluas informasi bagi masyarakat umum dan melakukan kegiatan-kegiatan untuk memperkokoh kesetaraan dan keadilan gender.

Legislasi

Legislasi adalah proses pembuatan undang-undang atau penyempurnaan perangkat hukum yang sudah ada melalui serangkaian kegiatan sertifikasi (pengaturan kompetensi), registrasi (administrasi dan kompetensi), dan lisensi (pengaturan penyelenggaraan kewenangan).

Menurut Inpres No.9/2000, PUG adalah strategi yang dibangun untuk mengintegrasikan gender menjadi satu dimensi integral dari perencanaan, penyusunan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi atas kebijakan dan program pembangunan nasional.

Dengan menyelenggarakan pengarusutamaan gender, maka dapat diidentifikasi apakah laki-laki dan perempuan:

1. Memperoleh akses yang sama terhadap sumber daya pembangunan;

2. Memiliki peluang berpartisipasi yang sama dalam proses pembangunan, terutama dalam proses pengambilan keputusan;
3. Memiliki kontrol yang sama atas sumber daya pembangunan; dan
4. Memperoleh manfaat yang sama atas hasil pembangunan

Tujuan dan Sasaran PUG

1. Tujuan Pengarusutamaan Gender
 - a. Mempersempit dan bahkan meniadakan Kesenjangan gender yang mengantarkan pada pencapaian kesetaraan dan keadilan gender
 - b. Melalui PUG diharapkan transparansi dan akuntabilitas pemerintah dalam pembangunan yang berperspektif gender terhadap rakyatnya akan lebih meningkat, khususnya dalam mempertanggungjawabkan hasil kerjanya
 - c. Memastikan penyelenggaraan infrastruktur PUPR telah mengintegrasikan perspektif gender dengan mempertimbangkan aspirasi, kebutuhan dan kesulitan kelompok masyarakat berkebutuhan khusus (laki-laki, perempuan, anak-anak, lansia, disabel, rentan lainnya) secara setara & adil sehingga tidak ada kesenjangan untuk mendapatkan akses, manfaat hasil pembangunan, serta berpartisipasi dan mengontrol penyelenggaraan infrastruktur PUPR
2. Sasaran PUG di antaranya:
 - a. Membentuk mekanisme untuk formulasi kebijakan dan program yang responsif gender.
 - b. Memberikan perhatian khusus kepada kelompok-kelompok yang termarginalisasi sebagai akibat bias gender.
 - c. Meningkatkan pemahaman dan kesadaran semua pihak untuk melakukan tindakan sensitif gender di bidangnya masing-masing.

Unsur Persyaratan PUG

1. Komitmen
2. Kebijakan

3. Kelembagaan
4. Sumber daya
5. Data Gender
6. Alat Analisis
7. Peran Serta Masyarakat

Bab 10

Ilmu Kebidanan

10.1 Pendahuluan

Ilmu Kebidanan atau Obstetri ialah bagian Ilmu Kedokteran yang khusus mempelajari segala soal yang bersangkutan dengan lahirnya bayi. Dengan demikian, yang menjadi objek ilmu ini ialah kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi yang baru dilahirkan.

Peran bidan dalam masyarakat sebagai tenaga terlatih di antaranya meningkatkan pengetahuan kesehatan masyarakat, memberikan pelayanan Antenatal Care yang merupakan salah satu program *safe motherhood* yang merupakan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan janinnya oleh tenaga profesional meliputi pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 4 kali pemeriksaan selama kehamilan, yaitu satu kali pada trimester 1 dan 2, sedangkan 2 kali pada trimester ke 3 (International Confederation of Midwives, 2011)

Menurut Solehati, (2021), tujuan ilmu kebidanan, yaitu:

1. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melakukan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan

- dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara continuity of care.
2. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melakukan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara continuity of care.
 3. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melakukan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara continuity of care.
 4. Melakukan asuhan kebidanan pada neonatus meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melakukan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara continuity of care.
 5. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu dengan metode KB pascasalin meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa kebidanan, merencanakan asuhan kebidanan, melakukan asuhan kebidanan, melakukan evaluasi asuhan kebidanan dan melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan secara continuity of care.

10.2 Pengertian Ilmu Kebidanan

Kebidanan merupakan ilmu yang terbentuk dari sintesa berbagai disiplin ilmu (multi disiplin). Yang berkaitan dengan pelayanan kebidanan meliputi kedokteran, ilmu keperawatan, ilmu sosial, ilmu perilaku, ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu manajemen untuk dapat memberikan pelayanan kepada ibu dalam masa pra konsepsi, masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, meliputi pendeteksian keadaan abnormal pada ibu dan anak, melaksanakan konseling dan pendidikan kesehatan terhadap individu, keluarga dan masyarakat (saifudiin, 2010).

10.3 Asuhan Kebidanan

Pengertian Asuhan Keidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Asuhan kebidanan juga menerapkan fungsi dan kegiatan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/ masalah dalam bidang kesehatan ibu hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarag berencana (Wijayanti, 2017)

Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 tahun 2017 yang mengatur kewenangan bidan dan dimuat dalam bab III pasal 18-21 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.

Bagian-bagian pasal tersebut dijelaskan sebagai berikut:

1. pasal 18 memuat tentang kewenangan bidan yang meliputi: pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
2. pasal 19 bidan diberikan kewenangan untuk memberikan asuhan kepada ibu dari masa sebelum kehamilan, hamil, persalinan, nifas dan menyusui serta masa di antara dua kehamilan.
Pelayanan kesehatan ibu meliputi:
 - a. Konseling pada masa sebelum kehamilan
 - b. Antenatal pada kehamilan normal
 - c. Persalinan normal
 - d. Ibu nifas normal
 - e. Ibu menyusui
 - f. Konseling pada masa antara dua kehamilan
3. pasal 20 bidan diberikan kewenangan unuk memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, bayi, anak balita dan anak prasekolah.
Pelayanan kesehatan anak yang meliputi:
 - a. Pelayanan neonatal essensial
 - b. Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan
 - c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak prasekolah.

4. pasal 21 bidan diberikan kewenangan untuk memberikan asuhan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi:
 - a. Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
 - b. Pelayanan kontrasepsi oral, kondom dan suntikan.

10.4 Kehamilan

kehamilan dimulai dari fertilisasi dan dilanjutkan dengan nidasi sampai lahirnya janin. Kehamilan normal berlangsung selama 40 minggu. Kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, yaitu trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 12 minggu, trimester kedua dimulai dari 13-27 minggu, dan trimester ketiga dimulai dari 28-40 minggu (Saifuddin, 2009).

10.4.1 Perubahan Fisiologis pada kehamilan trimester III

1. Sistem reproduksi uterus
Pengukuran tinggi fundus uteri dapat dipantau dengan menggunakan meteran (Teknik Mc Donald) saat usia kehamilan 22-36 minggu. Hasil yang diperoleh sesuai umur kehamilan berdasarkan HPHT dalam cm dengan toleransi perbedaan satu sampai dua cm.
2. Payudara
Selama kehamilan payudara akan mengencang, bertambah besar, puting susu serta aerola berwarna lebih gelap, dan terjadi peningkatan persediaan darah keseluruh tubuh menyebabkan daerah disekitar payudara akan tampak vena-vena halus dibawah kulit. Setelah beberapa bulan pertama, puting susu dapat mengeluarkan cairan kental kekuningan yang disebut kolostrum.
3. Sistem Kardiovaskuler
Curah jantung pada kehamilan lanjut lebih tinggi bila dalam posisi telentang. Hal tersebut terjadi akibat uterus yang besar dan isinya sering mengganggu aliran balik vena ke jantung. Jika wanita hamil

mengambil posisi berdiri setelah duduk, curah jantung pada wanita hamil akan turun

4. Sistem Hematologis

Volume darah meningkat selama masa kehamilan yang disebabkan meningkatnya plasma dan eritrosit. Konsentrasi hemoglobin (Hb) yang normal pada masa kehamilan, yaitu pada trimester I dan III sebesar 11,0 g/dl dan kehamilan trimester II sebesar 10,5 g/dl.

5. Sistem respirasi pada masa kehamilan

Diafragma naik empat cm akibat pembesaran uterus. Hal ini mengakibatkan wanita hamil pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu sering mengeluh sesak nafas sehingga memerlukan banyak oksigen untuk kehidupan bayi dan dirinya.

6. Sistem urinaria

Peningkatan berkemih terjadi pada trimester ketiga yang disebabkan oleh turunnya kepala janin dan mulai memasuki pintu atas panggul, sehingga kepala menekan kandung.

7. Sistem pencernaan pada trimester ketiga

Peningkatan hormon progesteron mengakibatkan penyerapan air di usus besar meningkat sehingga gerakan usus semakin berkurang dan dapat menyebabkan sembelit.

8. Sistem muskuloskeletal

Semakin membesarnya uterus pada kehamilan trimester ketiga menyebabkan perubahan pada tulang belakang.

9. Peningkatan berat badan

Seiring dengan bertambahnya umur kehamilan, rahim semakin berkembang. Hal tersebut terjadi karena pengaruh dari hormon estrogen yang menyebabkan pembesaran rahim.

10. Sistem integumen

pada wanita hamil, dibagian perut akan timbul garis-garis atau guratan akibat peregangan kuli sejalan dengan membesarnya rahim dan dinding perut. Guratan yang muncul bentuknya seperti garis-garis berlekuk berwarna kecoklatan dan terkadang muncul rasa gatal (Kemenkes RI, 2012).

10.4.2 Perubahan psikologis pada kehamilan trimester III

kehamilan trimester ketiga sering disebut sebagai periode menunggu dengan penuh kewaspadaan. Ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya, rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, ibu merasa dirinya jelek dan tidak menarik. Pada periode ini ibu merasa takut akan proses persalinannya, mulai timbul perasaan khawatir apabila bayi tidak lahir tepat waktu dan khawatir bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal (Saifuddin, 2009).

10.4.3 Ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III

Menurut Kemenkes RI (2012), ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil selama trimester III dan cara mengatasinya adalah sebagai berikut:

1. Sesak nafas
Cara mengatasinya dengan menjaga pola makan agar tidak terlalu kenyang, sikap tubuh yang benar dan tinggikan bagian kepala saat tidur.
2. Insomnia (sulit tidur)
Cara mengatasinya dengan minum susu hangat atau mandi air hangat sebelum tidur, memijat punggung dan menopang bagian- bagian tubuh yang bantal.
3. Perubahan mood
Kondisi ini terjadi akibat perasaan ibu yang akan menghadapi persalinan, melahirkan dan menjadi orang tua.
4. Sering berkemih
Cara mengatasinya dengan membaasi minum sebelum tidur, perbanyak minum disiang hari tanpa mengurangi kebutuhan minum minimal 8 gelas per hari, dan anjurkan ibu untuk melakukan senam kegel.
5. sakit pinggang
Hal ini dapat diatasi dengan melakukan senam hamil dan berjalan disekitar lingkungan rumah minimal 30 menit.

6. Konstipasi

Cara mengatasinya dengan mengkonsumsi makan-makanan tinggi serat seperti buah dan sayuran.

7. Kram otot betis

Dapat diatasi dengan meningkatkan konsumsi makanan yang tinggi kandungan kalsium dan magnesium seperti sayuran, susu, produk olahan, senam hamil secara teratur dan melakukan mesase.

8. Bengkak pada kaki

Cara mengatasinya yaitu mengurangi makanan yang banyak mengandung garam, menaikkan kaki di atas bangku kecil atau sofa selama duduk, dan mengganjal kaki dengan bantal agar aliran darah tidak berkumpul di pergelangan dan telapak kaki

10.4.4 Tanda bahaya kehamilan trimester III

tanda bahaya pada trimester III yaitu: perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala yang disertai kejang, demam tinggi, gerakkn janin berkurang atau tidak terasa, air ketuban keluar sebelum waktunya (Kemenkes RI, 2016).

Menurut Kemenkes RI (2012), kebutuhan ibu dalam kehamilan trimester III antara lain:

1. Nutrisi pada saat memasuki kehamilan trimester III terdapat beberapa zat yang diperlukan ibu yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, kalsium dan zat besi. Kekurangan nutrisi selama kehamilan dapat menyebabkan anemia, abortus, *Intrauterine Growth Retardation* (IUGR).
2. Istirahat pada kehamilan trimester III, ibu hamil sering kesulitan untuk beristirahat atau tidur dalam posisi yang nyaman dan baik dilakukan. Hal ini dipengaruhi oleh ukuran janin yang membesar. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil yaitu miring kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal bantal, perut bawah sebelah kiri juga di ganjal dengan bantal.
3. Pakaian ibu dianjurkan untuk menggunakan pakaian yang tidak ketat, bersih, nyaman, tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut, bahan

pakaian yang mudah menyerap keringat, menggunakan sepatu dengan hak yang rendah, mengganti pakaian minimal dua kali sehari dan mengganti celana dalam bila secara teratur untuk mencegah terjadinya infeksi.

4. Kebersihan tubuh perubahan sistem metabolisme pada ibu hamil dapat mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Selain itu, akibat peningkatan hormon selama kehamilan menyebabkan produksi cairan vagina meningkat dan menjadi lembab.
5. Stimulasi bagi perkembangan otak janin dua faktor yang saling berkaitan dalam membentuk kecerdasan adalah faktor lingkungan.
6. Perawatan payudara sangat penting dilakukan untuk menyambut kelahiran bayi. Dalam menggunakan bra, hindari pemakaian bra dengan ukuran yang ketat dan menggunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara.
7. Kebutuhan seksual senggama dapat dilakukan selama kehamilan hingga menjelang persalinan jika kehamilan dalam keadaan sehat dan tidak memiliki riwayat abortus, kelahiran prematur, ketuban pecah dini, perdarahan pervaginam dan plasenta previa.
8. Senam hamil dilakukan dengan tujuan untuk membantu ibu mengatasi stress, kecemasan, melatih pernapasan menjelang persalinan, melancarkan sirkulasi darah, dan membuat tidur menjadi lebih nyenyak.
9. Persiapan persalinan Kemenkes RI (2012) memaparkan persiapan yang harus disiapkan ibu untuk menghadapi persalinan adalah:
 - a. Ibu hamil dan keluarga (terutama suami) harus mengetahui atau mengingat tanggal perkiraan persalihan. Dan diharapkan ibu sudah siap menghadapi persalinan dengan didampingi suami atau keluarga.
 - b. Ibu hamil harus memutuskan pertolongan persalinan dengan siapa dan difasilitas kesehatan mana.
 - c. Ibu hamil dan keluarga harus mempersiapkan dana.
 - d. Keluarga perlu menyiapkan transportasi untuk membawa ibu yang akan melahirkan kefasilitas kesehatan.

- e. Keluarga perlu menyiapkan calon pendonor darah yang sama dan bersedia menjadi pendonor jika sewaktu-waktu diperlukan.
- f. Ibu hamil dan keluarga perlu menyiapkan kebutuhan persalinan seperti perlengkapan ibu bersalin, perlengkapan bayi baru lahir, buku KIA, dan alat komunikasi.
- g. Ibu hamil harus memutuskan alat kontrasepsi yang akan digunakan.

Pelayanan Antenatal Kemenkes RI (2012), memaparkan bahwa pemeriksaan kehamilan dilakukan minimal empat kali selama kehamilan yaitu:

1. Kunjungan pertama (K1) dilakukan pada trimester I , pelayanan yang diberikan berupa pemeriksaan faktor risiko dan deteksi dini penyakit.
2. Kunjungan kedua (K2) dilakukan pada trimester II, pelayanan yang diberikan berupa follow up hasil pemeriksaan yang pertama
3. Kunjungan ketiga (K3, K4) dilakukan pada trimester III, pelayanan yang diberikan berupa follow up hasil pemeriksaan yang kedua dan mendeteksi adanya komplikasi menjelang persalinan serta persiapan persalinan.

Menurut Kemenkes RI (2013) standar pelayanan yang harus diperoleh ibu hamil dengan 10 T yaitu sebagai berikut:

1. Timbang berat badan
2. Ukur tinggi badan
3. Ukur lingkar lengan atas (LILA)
Diukur hanya pada saat kunjungan pertama (K1). LILA normal ibu hamil yaitu 23,5 cm tetapi jika ibu hamil memiliki LILA <23,5 cm menunjukkan bahwa ibu hamil menderita kurang energi kronis (KEK).
4. Ukur tekanan darah
Tekanan darah normal jika sistole 120 mmHg dan diastole 80 mmHg. Jika dalam pemeriksaan tekanan darah ditemukan sistole > 140 mmHg dan diastole >90 mmHg dapat dikatakan bahwa ibu hamil menderita hipertensi dalam kehamilan.
5. Ukur tinggi fundus uteri

6. Tes Laboratorium
Tes yang wajib dilakukan ibu hamil adalah tes hemoglobin untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia dan golongan darah untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil diperlukan nanti.
7. Pemberian tablet zat besi (tambah darah)
Tablet tambah darah diberikan minimal sebanyak 90 tablet selama kehamilan yang berguna untuk mencegah kekurangan darah selama kehamilan.
8. Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
9. Tatalaksana kasus apabila dari pemeriksaan ditemukan faktor risiko segera dilakukan rujukan
10. Temu wicara (konseling)
Tatap muka antar bidan dengan ibu hamil dalam rangka melakukan konseling dari mulai hamil sampai dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi serta KB paska plasenta.

10.5 Persalinan

1. pengertian persalinan
persalinan merupakan suatu proses pengeluaran bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (39-40 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada bayi (JNPK-KR, 2017).
2. perubahan fisiologis pada ibu bersalin
berikut ini adalah perubahan fisiologis selama persalinan menurut Varney et al., 2008:
 - a. Perubahan tekanan darah terjadi peningkatan sistolik rata-rata 15 mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg selama kontraksi dipengaruhi rasa takut dan khawatir. Posisi miring dapat mencegah terjadinya perubahan tekanan darah selama kontraksi.

- b. Suhu meningkat terjadi selama persalinan dan segera setelah melahirkan. Peningkatan suhu normal pada ibu bersalin adalah 0,5-1 0C.
 - c. Pernapasan peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.
 - d. Perubahan saluran cerna Absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Ibu bersalin disarankan untuk makan-makanan yang lunak agar proses penyerapan makanan di lambung lebih cepat.
 - e. Perubahan denyut nadi yang sangat terlihat yaitu selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan pada titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dari pada frekuensi di antara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim di antara kontraksi.
3. Kebutuhan dasar ibu bersalin
- Menurut JNPK-KR (2017) kebutuhan dasar ibu bersalin yaitu:
- a. Dukungan fisik dan psikologis, perasaan takut dalam menghadapi persalinan bisa meningkatkan nyeri, otot-otot menjadi tegang dan ibu menjadi lebih cepat lelah, yang pada akhirnya akan memengaruhi proses persalinan sehingga dibutuhkan dukungan dari keluarga atau petugas kesehatan.
 - b. Kebutuhan makanan dan cairan sangat diperlukan selama persalinan, namun makanan padat tidak dianjurkan karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung.
 - c. Kebutuhan eliminasi, kandung kemih harus dikosongkan setiap dua jam selama proses persalinan serta jumlah dan waktu berkemih juga harus dicatat.
 - d. Mengatur posisi, peran bidan adalah mendukung ibu dalam pemilihan posisi yang diinginkan. Bidan memberikan saran alternatif apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi diri sendiri dan bayinya.

- e. Peran pendamping, kehadiran suami atau keluarga untuk memberikan dukungan dapat membantu proses persalinan sehingga ibu merasa lebih tenang dan proses persalinannya dapat berjalan dengan lancar.
 - f. Pengurangan rasa nyeri dapat dilakukan dengan cara memberikan pijatan dipunggung untuk membantu relaksasi, mengatur pernapasan saat nyeri persalinan, dan perubahan posisi dapat mengurangi nyeri persalinan dan kontraksi menjadi lebih efektif
 - g. Pencegahan infeksi menjaga lingkungan tetap bersih dan steril merupakan hal penting dalam mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya.
4. Tahapan-tahapan persalinan

Menurut JNPK-KR (2017) tahapan persalinan dimulai dari kala 1 sampai kala 4 yang dijelaskan sebagai berikut:

- a. Kala I persalinan dimulai dari kontraksi yang ditandai dengan perubahan serviks hingga pembukaan lengkap. Kala I persalinan dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten dimulai sejak kontraksi muncul hingga pembukaan tiga cm dan fase aktif dimulai dari pembukaan empat cm hingga 10 cm.

Hal-hal yang dipantau pada kala I antara lain: tekanan darah, suhu, penurunan bagian terbawah janin dan pembukaan serviks setiap 4 jam sekali sedangkan nadi, denyut jantung janin dan kontraksi setiap 30 menit sekali.

- b. Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut dengan sebagai kala pengeluaran bayi.

Gejala dan tanda kala II persalinan adalah:

- 1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vagina
- 3) Perineum menonjol
- 4) Vulva vagina dan sfingter ani membuka

- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
 - c. Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Manajemen aktif kala III dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan.
Manajemen aktif kala III meliputi:
 - 1) Penyuntikan oksitosin 10 IU
 - 2) Penegangan tali pusat terkendali
 - 3) Masase fundus uteri
 - d. Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta sampai dua jam setelah kelahiran plasenta. Hal-hal yang harus dipantau selama kala IV dan dicatat pada lembar partograf yaitu kontraksi, tekanan darah, nadi, kandung kemih, suhu ibu dan suhu bayi.
5. Faktor-faktor yang memengaruhi persalinan
- Menurut Bobak, Lowdermilk, jensen, (2005) memaparkan beberapa faktor yang memengaruhi persalinan disebut dengan 5 P yaitu: tenaga (power), jalan lahir (passage), janin dan plasenta (passanger), psikologi ibu dan posisi ibu.

10.6 Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak satu jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan enam minggu (42 hari). Pelayanan yang diberikan pada masa nifas meliputi, pelayanan pemberian ASI, upaya pencegahan dan deteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi, memberikan konseling atau kontrasepsi, imunisasi dan nutrisi bagi ibu (JNPK-KR, 2017).

10.6.1 Tahapan Masa Nifas

Saifuddin (2009) memaparkan masa nifas dibagi menjadi tiga yaitu:

1. Puerperium dini adalah masa pemulihan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam postpartum di mana ibu diperbolehkan melakukan mobilisasi dini.

2. Puerperium intermedial adalah waktu yang digunakan untuk pemulihan alat-alat genitalia. Periode ini berlangsung selama 1-7 hari setelah persalinan.
3. Remote Puerperium adalah masa pemulihan dari 1-6 minggu postpartum. Pada periode ini diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna. Peran bidan dalam hal ini adalah mengkaji kemungkinan adanya penyulit pada ibu dan memberi konseling keluarga berencana (KB).

10.6.2 trias nifas

1. Involusi

Merupakan proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat dilakukan dengan melakukan palpasi untuk meraba tinggi fundus uteri.

2. Lokhea

Varney et al., (2007) memaparkan lokhea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Berikut ini pembagian lokhea yaitu:

- a. Lokhea rubra merupakan cairan bercampur darah, sisa-sisa penebalan dinding rahim, lemak bayi, lanugo, mekonium, dan sisa-sisa penanaman plasenta (selaput plasenta). Lokhea rubra berwarna merah dan keluar dari hari pertama sampai hari ke-3 atau ke-4 pada masa postpartum.
- b. Lokhea sanguinolenta yaitu cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Pengeluaran cairan ini berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.
- c. Lokhea serosa yaitu lokhea yang mengandung cairan darah dengan jumlah darah yang lebih sedikit atau lebih banyak mengandung leukosit, serta robekan atau laserasi plasenta. Lokhea ini berwarna kecoklatan atau kekuningan dan keluar dari hari ke-7 sampai hari ke-14.
- d. Lokhea alba yaitu lokhea yang terdiri dari leukosit, lendir, sel desidua, sel epitel, selaput lendir, serviks dan jaringan-jaringan

yang lepas dalam proses penyembuhan. Lokhea ini berwarna lebih pucat, dan keluar selama 2-6 minggu postpartum.

3. Laktasi

Cairan pertama yang keluar setelah bayi lahir disebut kolostrum. Kolostrum kaya akan protein, mineral dan antibodi. ASI mulai banyak memproduksi pada hari ketiga atau keempat setelah kelahiran bayi dan kolostrum berubah menjadi ASI matur sekitar hari ke-15 sesudah bayi lahir.s

10.6.3 Perubahan psikologis pada masa nifas

Teori dari reva rubin (1977) dalam Sulistyawati (2009) tiga fase adaptasi psikologis ibu nifas dapat dipaparkan sebagai berikut:

1. *Fase taking in*, hari pertama sampai kedua seelah persalinan, ibu akan mengulang pengalaman persalinannya, khawatir pada tubuhnya, masih pasif dan memerlukan bantuan dari orang terdekat.
2. *Fase taking hold*, fase ini berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan sudah mulai ada tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.
3. *Fase letting go*, fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini terjadi setelah dirumah. Pada masa ini ibu akan mengambil tanggung jawab penuh dan harus segera beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi.

10.6.4 Kebutuhan dasar ibu nifas

Menurut Kemenkes RI (2012) kebutuhan dasar selama masa nifas yaitu:

1. Kebersihan diri, mengajarkan teknik membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau buang air besar dengan sabun dan air, mengganti pembalut dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan

daerah kelamin, menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi.

2. Istirahat, beristirahat yang cukup agar tidak kelelahan. Karena kurangnya istirahat dapat menyebabkan produksi ASI berkurang dan memperlambat proses involusi.
3. Kebutuhan gizi, ibu nifas harus mengonsumsi makanan tambahan 500 kalori per hari, diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin), minum minimal 3 liter per hari, suplemen besi diminum setidaknya selama 40 hari pascalin dan kapsul vitamin A.
4. Ambulasi dini merupakan latihan berjalan yang dilakukan oleh pasien. Ambulasi awal dilakukan dengan gerakan dan jalan-jalan ringan.
5. Eliminasi, ibu nifas tidak dianjurkan untuk menahan buang air kecil, karena dapat menyebabkan kontraksi uterus tidak baik dan infeksi pada kandung kemih. Dalam 24 jam pertama ibu juga sudah harus buang air besar.
6. Perawatan payudara ibu nifas dan menyusui harus menjaga payudara tetap kering dan bersih, terutama pada puting susu dan harus menggunakan bra yang menyokong payudara. Jika puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali menyusui.
7. Hubungan seksual yang aman dilakukan apabila darah yang berwarna merah sudah berhenti keluar dari vagina dan tidak ada rasa nyeri jika dimasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina.
8. Senam nifas sangat baik dilakukan oleh ibu karena dapat memulihkan otot secara maksimal. Senam ini dilakukan pada ibu yang menjalani proses persalinan normal dan tidak ada penyulit.
9. Keluarga berencana idealnya pasangan memiliki keturunan dengan jarak dua tahun dari kelahiran anak sebelumnya.

10.6.5 Tanda Bahaya Masa Nifas

Kemendes RI (2012) memaparkan tanda bahaya selama masa nifas yaitu perdarahan berlebihan, sekret vagina berbau, demam, nyeri perut berat,

bengkak ditangan, wajah, tungkai, atau sakit kepala atau pandangan kabur, nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan puting.

10.6.6 Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Kemenkes RI (2012) memaparkan pelayanan masa nifas yang diberikan sebanyak tiga kali yaitu:

1. Kunjungan nifas pertama (KF1) diberikan pada enam jam sampai tiga hari setelah persalinan.
2. Kunjungan nifas kedua (KF2) diberikan pada hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan.
3. Kunjungan nifas lengkap (KF3) diberikan hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan.

10.7 Bayi Baru Lahir dan Neonatus (0-28 hari)

bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 (JNPK-KR, 2017).

10.7.1 Perubahan Fisiologis Pada Bayi Baru Lahir

1. Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan besar, yaitu terjadinya proses pengantaran oksigen keseluruh tubuh, maka terdapat perubahan penutupan foramen ovale pada atrium jantung dan penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta penutupan foramen ovale dan duktus arteriosus (JNPK-KR, 2017).
2. Sistem pernapasan upaya bernapas pertama bagi bayi berfungsi untuk mengosongkan paru dan cairan, menetapkan volume paru neonatus dan karakteristik fungsi paru pada bayi baru lahir dan mengurangi tekanan arteri pulmonalis.

3. Sistem gastrointestinal pada bayi baru lahir cukup bulan relatif matur. Kemampuan menelan dan mencerna makanan masih terbatas, kapasitas lambung kurang lebih 30-90 ml.
4. Termoregulasi bayi baru lahir memiliki kecenderungan cepat stres karena perubahan suatu lingkungan. Bayi baru lahir dapat mengalami kejadian kehilangan panas melalui empat mekanisme yaitu evaporasi, konduksi, konveksi dan radiasi (JNPK-KR, 2017).

perawatan bayi baru lahir menurut Kemenkes RI (2012) beberapa hal perawatan bayi baru lahir yaitu:

1. Pengaturan suhu bayi baru lahir belum mampu mengatur suhu tubuh, sehingga akan mudah mengalami hipotermia. Suhu normal bayi baru lahir yaitu 36,5oC – 37,5oC.
2. Perawatan tali pusat yang benar sampai tali pusat terlepas dalam minggu pertama dapat mengurangi insiden infeksi pada neonatus. Prinsip yang paling penting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.
3. Profilaksis mata pemberian salep mata pada bayi dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir bertujuan untuk pencegahan infeksi.
4. Pemberian vitamin K 1 mg bermanfaat untuk mencegah perdarahan pada otak bayi baru lahir. Injeksi vitamin K diberikan setelah inisiasi menyusui dini (IMD).
5. Pemberian imunisasi hepatitis B 0 diberikan sebagai pencegahan penularan penyakit hepatitis B dari ibu ke bayi. Imunisasi diberikan 1-2 jam setelah pemberian injeksi vitamin K1. Imunisasi Hb 0 diberikan sebelum bayi berumur 7 hari.
6. Inisiasi menyusui dini (IMD) memiliki manfaat bagi ibu dan bayi yaitu meningkatkan kesempatan bayi untuk memperoleh kolostrum, mendukung keberhasilan ASI eksklusif dan memperkuat hubungan ibu dan bayi.

10.7.2 Pelayanan Kesehatan Pada Bayi Baru Lahir

Kemenkes RI (2010) memaparkan asuhan yang dapat diberikan untuk bayi baru lahir sampai masa neonatus ada tiga yaitu:

1. Kunjungan neonatal pertama (KN1) dilakukan dari 6-48 jam setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, membantu memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K1 dan imunisasi Hb 0.
2. Kunjungan neonatal kedua (KN2) dilakukan dari 3-7 hari setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, membantu memberikan ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat dan imunisasi
3. Kunjungan neonatal lengkap (KN3) dilakukan dari 8-28 hari setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah memeriksa tanda bahaya pada bayi, menjaga kehangatan bayi, membantu memberikan ASI eksklusif dan imunisasi.

10.8 Bayi umur 29-42 hari

1. pertumbuhan usia 0-6 bulan berat badan bayi akan mengalami penambahan setiap minggu sekitar 140-200 gram. Penambahan tinggi badan sekitar 2,5 cm setiap bulannya. Berat badan bayi perempuan normal usia 1 bulan adalah 3200-5500 gram dan berat bayi laki-laki normal adalah 3300-5700 gram. Panjang badan bayi perempuan normal 49,8 – 57,6 cm dan laki-laki 50,8 – 56, 8 cm. Lingkar kepala bayi perempuan normal 34,1 – 38,7 cm dan laki-laki 35 – 39,5 cm. (Safitri, 2017)
2. perkembangan bayi umur 1 bulan meliputi perkembangan motorik kasar yaitu tangan dan kaki bergerak aktif, perkembangan motorik halus yaitu kepala bayi dapat menoleh ke samping, perkembangan komunikasi/ bahasa yaitu bayi mulai bereaksi terhadap bunyi

lonceng, perkembangan sosial dan kemandirian yaitu bayi dapat menatap wajah ibu atau pengasuh.

3. imunisasi adalah tindakan memberikan perlindungan (kekebalan) secara aktif pada tubuh bayi dan anak agar tubuh membentuk antibodi untuk mencegah suatu penyakit tertentu (Karina and Warsito, 2012)

Bab 11

Standar ICM

11.1 Pendahuluan

Standar Kompetensi Dasar Praktik Kebidanan dari ICM (International Confederation of Midwives) berisi pengetahuan, keterampilan dan sikap profesionalisme minimal yang harus dimiliki oleh setiap bidan. Standar kompetensi tersebut dibuat dalam satu kerangka konsep yang terdiri dari 4 kategori. 4 kategori tersebut ditetapkan karena merupakan komponen paling penting dan yang paling mewakili kompetensi yang seharusnya diperoleh oleh bidan ketika lulus dari pendidikan kebidanan.

Standar Kompetensi Dasar Praktik Kebidanan dari ICM pertama kali dikembangkan pada tahun 2002 dan diperbarui pada tahun 2010 dan 2013. Antara tahun 2014-2017 standar kompetensi yang telah disusun sebelumnya, ditinjau melalui studi penelitian yang dipimpin oleh tim dari University of British Columbia (UBC) dan didukung oleh tim inti yang merupakan perwakilan dari pendidik kebidanan dan *stakeholder* dari beberapa negara. Pada bulan Mei 2018 finalisasi *draft* telah disusun dan disebarluaskan pada bulan Oktober 2018. Pada bulan Agustus 2019 dilakukan pembaruan lebih lanjut, ada keterampilan yang ditambahkan dan penekanan peran bidan dalam mencegah, mendeteksi, dan menstabilkan komplikasi (ICM, 2019).

11.2 Pendekatan Standar Kompetensi

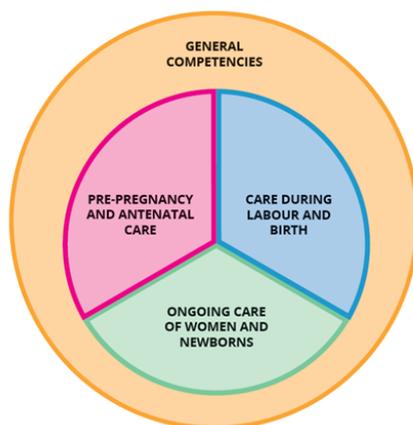
Standar kompetensi dasar praktik kebidanan yang disusun ke dalam kerangka kerja empat kategori, saling terkait dan terintegrasi satu sama lain yaitu:

1. Kompetensi umum yang berlaku untuk semua aspek praktik bidan
2. Kompetensi khusus untuk asuhan selama pra-kehamilan dan masa kehamilan
3. Kompetensi khusus untuk persalinan dan kelahiran bayi
4. Kompetensi khusus untuk masa pasca persalinan

Kompetensi yang diperbarui ditulis sebagai pernyataan holistik yang mencerminkan filosofi dan model asuhan kebidanan ICM di samping definisi ICM dan ruang lingkup praktik bidan, yaitu:

1. Otonomi bidan untuk melakukan praktik dalam ruang lingkup kebidanan di semua *setting*.
2. Peran bidan untuk mendukung persalinan secara fisiologis dan mendorong kelahiran normal.
3. Peran bidan untuk menegakkan hak asasi manusia dan melakukan *informed consent* serta pengambilan keputusan bagi perempuan.
4. Peran bidan untuk mempromosikan praktik berbasis bukti, termasuk mengurangi intervensi yang tidak perlu.
5. Peran bidan untuk menilai, mendiagnosis, bertindak, mengintervensi, berkonsultasi dan merujuk sesuai indikasi, termasuk memberikan intervensi darurat.

Kompetensi adalah pernyataan yang terintegrasi dan bukan daftar tugas. Pendidik bidan diharapkan mampu menyusun kurikulum dan merancang kegiatan pembelajaran yang memungkinkan mahasiswa kebidanan mempelajari pengetahuan dan mengembangkan keterampilan dan perilaku yang terintegrasi dalam setiap kompetensi (ICM, 2019).



Gambar 11.1: Kerangka Konsep Standar Kompetensi Bidan ICM

11.3 Komponen Kompetensi

11.3.1 Kompetensi 1 Kompetensi Umum

Kompetensi dalam kategori ini adalah tentang otonomi bidan dan bentuk pertanggungjawabannya sebagai tenaga kesehatan profesional, hubungan dengan wanita sebagai klien dan tenaga kesehatan lainnya, dan asuhan yang dilakukan untuk semua aspek praktik kebidanan secara umum. Kompetensi umum berlaku di masing-masing kategori 2 (pra-kehamilan dan kehamilan), 3 (persalinan dan kelahiran) dan 4 (pasca persalinan).

1. Bertanggung jawab atas keputusan dan tindakan yang diambil sendiri sebagai praktisi yang mandiri
 - a. Pengetahuan
 - 1) Prinsip akuntabilitas dan transparansi
 - 2) Prinsip dan konsep otonomi
 - 3) Prinsip penilaian diri dan praktik reflektif
 - 4) Keyakinan pribadi dan pengaruhnya terhadap praktik
 - 5) Pengetahuan tentang praktik berbasis bukti

- b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Menunjukkan perilaku yang menjunjung tinggi kepercayaan masyarakat terhadap profesinya
 - 2) Berpartisipasi dalam evaluasi diri, peer review dan kegiatan peningkatan kualitas lainnya
 - 3) Menyeimbangkan tanggung jawab bidan untuk memberikan asuhan terbaik dengan otonomi wanita untuk membuat keputusannya sendiri
 - 4) Menjelaskan peran bidan dalam memberikan asuhan yang berdasarkan hukum, etika, dan bukti yang relevan
- 2. Mengambil tanggung jawab untuk perawatan diri dan pengembangan diri sebagai bidan
 - a. Pengetahuan

Strategi untuk mengelola keselamatan pribadi khususnya di dalam fasilitas atau lingkungan masyarakat
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Menunjukkan keterampilan dalam manajemen diri dalam kaitannya dengan manajemen waktu, ketidakpastian, perubahan dan mengatasi stres
 - 2) Bertanggung jawab atas keselamatan pribadi di berbagai tempat praktik
 - 3) Mempertahankan keterampilan dan pengetahuan terkini tentang protokol, pedoman, dan praktik yang aman
 - 4) Melakukan update terkini dalam praktik kebidanan dengan berpartisipasi dalam pendidikan profesional berkelanjutan atau kegiatan pengembangan diri lainnya
 - 5) Mengidentifikasi dan mengatasi keterbatasan dalam keterampilan, pengetahuan, atau pengalaman pribadi
 - 6) Mempromosikan profesi kebidanan, termasuk partisipasi dalam organisasi profesi di tingkat lokal dan nasional
- 3. Mendelegasikan dengan tepat aspek perawatan dan memberikan pengawasan
 - a. Pengetahuan

- 1) Kebijakan dan regulasi terkait pendelegasian
- 2) Strategi yang mendukung untuk mengawasi orang lain
- 3) Peran bidan sebagai preceptor, mentor, supervisor, dan role model
- b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Memberikan pengawasan untuk memastikan bahwa praktik tersebut selaras dengan pedoman praktik klinis berbasis bukti
 - 2) Mendukung pertumbuhan profesi melalui partisipasi dalam pendidikan kebidanan dalam peran sebagai pembimbing klinis, mentor, dan panutan
4. Menggunakan penelitian ketika memberikan informasi dalam asuhan
 - a. Pengetahuan
 - 1) Prinsip penelitian dan praktik berbasis bukti
 - 2) Konsep epidemiologi yang relevan dengan kesehatan ibu dan bayi
 - 3) Rekomendasi global untuk praktik dan basis buktinya (misalnya pedoman WHO)
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Diskusikan temuan penelitian dengan wanita dan kolega
 - 2) Mendukung penelitian kebidanan dengan berpartisipasi dalam pelaksanaan penelitian
5. Menjunjung tinggi hak asasi manusia individu ketika memberikan asuhan kebidanan
 - a. Pengetahuan
 - 1) Hukum dan/atau kode yang melindungi hak asasi manusia
 - 2) Hak kesehatan reproduksi dan seksual perempuan dan anak perempuan
 - 3) Pengembangan identitas gender dan orientasi seksual
 - 4) Prinsip etika dan HAM dalam praktik kebidanan
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Memberikan informasi kepada perempuan tentang hak kesehatan seksual dan reproduksi mereka

- 2) Menginformasikan perempuan tentang ruang lingkup praktik kebidanan dan hak dan tanggung jawab perempuan
 - 3) Memberikan informasi dan dukungan kepada individu dalam situasi kompleks di mana ada prinsip dan hak etika yang bersaing
 - 4) Berlatih sesuai dengan filosofi dan kode etik ICM dan standar nasional untuk profesional kesehatan
 - 5) Memberikan perawatan sensitif gender
6. Mematuhi hukum yuridis, persyaratan peraturan, dan kode etik untuk praktik kebidanan
- a. Pengetahuan
 - 1) Undang-undang dan peraturan yuridis mengenai kebidanan
 - 2) Standar praktik kebidanan nasional/negara bagian/lokal
 - 3) Prinsip-prinsip etika
 - 4) ICM dan filosofi, nilai, kode etik kebidanan lainnya
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Melakukan praktik sesuai dengan persyaratan hukum dan prinsip etika
 - 2) Memenuhi persyaratan terkait registrasi praktik kebidanan
 - 3) Melindungi kerahasiaan informasi klien baik secara lisan maupun catatan tertulis tentang informasi kesehatan klien
 - 4) Memelihara catatan rekam medis klien sesuai dengan kebijakan otoritas yang berlaku
 - 5) Mematuhi semua peraturan terkait pelaporan untuk data kelahiran dan kematian
 - 6) Pelanggaran hukum, peraturan, dan kode etik harus ditindaklanjuti dengan tindakan yang tepat
7. Memfasilitasi wanita untuk membuat pilihan individu tentang asuhan yang akan didapatnya
- a. Pengetahuan
 - 1) Norma dan praktik budaya seputar seksualitas, praktik seksual, pernikahan, melahirkan anak, dan pengasuhan anak
 - 2) Prinsip-prinsip pemberdayaan

- 3) Metode penyampaian informasi kesehatan kepada individu, kelompok, masyarakat
- b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Mengadvokasi dan mendukung perempuan untuk menjadi pembuat keputusan utama dalam perawatan mereka
 - 2) Membantu wanita untuk mengidentifikasi kebutuhan, pengetahuan, keterampilan, perasaan, dan preferensi mereka selama perawatan
 - 3) Memberikan informasi dan panduan antisipatif tentang kesehatan seksual dan reproduksi untuk membantu pengambilan keputusan perempuan
 - 4) Berkolaborasi dengan wanita dalam mengembangkan rencana perawatan komprehensif yang menghormati preferensi dan keputusannya
8. Menunjukkan komunikasi interpersonal yang efektif dengan wanita dan keluarga, tim tenaga kesehatan lainnya, dan kelompok masyarakat
 - a. Pengetahuan
 - 1) Peran dan tanggung jawab bidan dan penyedia layanan kesehatan ibu – bayi
 - 2) Prinsip-prinsip komunikasi yang efektif
 - 3) Prinsip bekerja secara efektif dalam tim perawatan kesehatan
 - 4) Praktik budaya dan kepercayaan yang terkait dengan melahirkan anak dan kesehatan reproduksi
 - 5) Prinsip komunikasi dalam situasi krisis, mis. kesedihan dan kehilangan, keadaan darurat
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Mendengarkan orang lain dengan sikap yang tidak memihak dan empati
 - 2) Menghormati sudut pandang satu sama lain
 - 3) Mempromosikan ekspresi beragam pendapat dan perspektif
 - 4) Menggunakan bahasa yang disukai wanita atau juru bahasa untuk memaksimalkan komunikasi

- 5) Menetapkan batasan yang sesuai dengan etika dan budaya antara hubungan profesional dan non-profesional
 - 6) Menunjukkan kepekaan budaya terhadap perempuan, keluarga, dan masyarakat
 - 7) Menunjukkan kepekaan dan empati untuk wanita yang berduka dan anggota keluarga
 - 8) Memfasilitasi kerja tim dan perawatan antar-profesional dengan penyedia perawatan lain (termasuk mahasiswa) dan kelompok/lembaga masyarakat
 - 9) Membangun dan memelihara hubungan kolaboratif dengan individu, lembaga, lembaga yang merupakan bagian dari jaringan rujukan
 - 10) Menyampaikan informasi secara akurat dan jelas serta menanggapi kebutuhan individu
9. Memfasilitasi proses kelahiran normal di institusi dan komunitas, termasuk di rumah perempuan
- a. Pengetahuan
 - 1) Aspek biologis, psikologis, sosial, dan budaya normal dari reproduksi dan kehidupan awal
 - 2) Praktik yang memfasilitasi dan yang mengganggu proses normal
 - 3) Kebijakan dan protokol tentang perawatan perempuan di institusi dan komunitas
 - 4) Ketersediaan sumber daya di berbagai pengaturan
 - 5) Pandangan masyarakat tentang dan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan dan tempat kelahiran
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Mempromosikan kebijakan dan budaya kerja yang menghargai proses kelahiran normal
 - 2) Memanfaatkan sumber daya perawatan manusia dan klinis untuk memberikan perawatan yang dipersonalisasi untuk wanita dan bayi mereka

- 3) Memberikan asuhan berkesinambungan oleh bidan yang diketahui wanita
10. Menilai status kesehatan, menyaring risiko kesehatan, dan meningkatkan kesehatan umum dan kesejahteraan wanita dan bayi
 - a. Pengetahuan
 - 1) Kebutuhan kesehatan perempuan terkait dengan reproduksi
 - 2) Kondisi kesehatan yang menimbulkan risiko selama reproduksi
 - 3) Kebutuhan kesehatan bayi dan risiko umum
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Melakukan pengkajian kebutuhan kesehatan seksual dan reproduksi secara komprehensif
 - 2) Menilai faktor risiko dan perilaku berisiko
 - 3) Memesan, melakukan, dan menafsirkan tes skrining laboratorium dan/atau pencitraan
 - 4) Menunjukkan pemikiran kritis dan penalaran klinis yang diinformasikan oleh bukti saat mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan
 - 5) Memberikan informasi dan saran kesehatan yang disesuaikan dengan keadaan individu wanita dan keluarganya
 - 6) Berkolaborasi dengan wanita untuk mengembangkan dan mengimplementasikan rencana perawatan
 11. Mencegah dan mengobati masalah kesehatan umum yang berkaitan dengan reproduksi dan kehidupan awal
 - a. Pengetahuan
 - 1) Masalah kesehatan umum yang berhubungan dengan seksualitas dan reproduksi
 - 2) Masalah kesehatan umum dan penyimpangan dari bayi baru lahir normal
 - 3) Pengobatan masalah kesehatan umum
 - 4) Strategi untuk mencegah dan mengendalikan perolehan dan penularan penyakit lingkungan dan penyakit menular
 - b. Keterampilan & Perilaku

- 1) Menjaga/mempromosikan kondisi yang aman dan higienis untuk wanita dan bayi
 - 2) Menggunakan kewaspadaan universal secara konsisten
 - 3) Memberikan pilihan kepada wanita untuk mengatasi dan mengobati masalah kesehatan umum
 - 4) Menggunakan teknologi dan intervensi secara tepat untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah komplikasi sekunder
 - 5) Mengenali kapan konsultasi atau rujukan yang diindikasikan untuk menangani masalah kesehatan yang teridentifikasi, termasuk konsultasi dengan bidan lain
 - 6) Melibatkan perempuan dalam pengambilan keputusan tentang rujukan ke penyedia dan layanan lain
12. Mengenali kelainan dan komplikasi dan berikan perawatan dan rujukan yang tepat
- a. Pengetahuan
 - 1) Komplikasi/kondisi patologis yang berhubungan dengan status kesehatan
 - 2) Intervensi darurat/terapi penyelamatan jiwa
 - 3) Keterbatasan ruang lingkup praktik kebidanan dan pengalaman sendiri
 - 4) Tersedia sistem rujukan untuk mengakses petugas medis dan lainnya untuk mengelola komplikasi
 - 5) Rencana dan protokol komunitas/fasilitas untuk mengakses sumber daya secara tepat waktu
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Mempertahankan pengetahuan terkini, keterampilan menyelamatkan jiwa, dan peralatan untuk menanggapi situasi darurat
 - 2) Mengenali situasi yang membutuhkan keahlian di luar asuhan kebidanan
 - 3) Mempertahankan komunikasi dengan wanita tentang sifat masalah, tindakan yang diambil, dan rujukan jika diindikasikan

- 4) Menentukan kebutuhan untuk intervensi segera dan tanggap dengan tepat
 - 5) Menerapkan intervensi yang tepat waktu dan tepat, konsultasi antar-profesional dan/atau rujukan tepat waktu dengan mempertimbangkan keadaan setempat
 - 6) Memberikan informasi lisan dan tertulis yang akurat kepada penyedia layanan lain saat rujukan dilakukan.
 - 7) Berkolaborasi dengan pengambilan keputusan jika memungkinkan dan sesuai
13. Peduli terhadap perempuan yang mengalami kekerasan dan pelecehan fisik dan seksual
- a. Pengetahuan
 - 1) Kondisi sosial budaya, perilaku, dan ekonomi yang sering menyertai kekerasan dan pelecehan
 - 2) Sumber daya dalam masyarakat untuk membantu perempuan dan anak-anak
 - 3) Risk of Disclosure
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Melindungi privasi dan kerahasiaan
 - 2) Memberikan informasi kepada semua perempuan tentang sumber bantuan terlepas dari apakah ada pengungkapan tentang kekerasan
 - 3) Tanyakan secara rutin tentang keselamatan di rumah, di tempat kerja
 - 4) Kenali tanda-tanda potensi pelecehan dari penampilan fisik, pengaruh emosional, perilaku berisiko terkait seperti penyalahgunaan zat
 - 5) Memberikan dukungan khusus bagi remaja dan korban kekerasan berbasis gender termasuk pemerkosaan
 - 6) Rujuk ke sumber daya masyarakat, bantu dalam menemukan tempat yang aman sesuai kebutuhan (ICM, 2019)

11.3.2 Kompetensi 2: Kompetensi Pra Kehamilan dan Masa Kehamilan

Kompetensi dalam kategori ini adalah tentang penilaian kesehatan wanita, ibu hamil dan janin, promosi kesehatan dan kesejahteraan, deteksi komplikasi selama kehamilan, dan asuhan pada wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan.

1. Memberikan perawatan pra-kehamilan
 - a. Pengetahuan
 - 1) Anatomi dan fisiologi wanita dan pria terkait reproduksi dan perkembangan seksual
 - 2) Aspek sosial budaya seksualitas manusia
 - 3) Skrining berbasis bukti untuk kanker organ reproduksi dan masalah kesehatan lainnya seperti diabetes, hipertensi, kondisi tiroid, dan infeksi kronis yang berdampak pada kehamilan
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Mengidentifikasi dan membantu mengurangi hambatan yang terkait dengan mengakses dan menggunakan layanan kesehatan seksual dan reproduksi
 - 2) Mengkaji status gizi, status imunisasi saat ini, perilaku kesehatan seperti penggunaan zat, kondisi medis yang ada, dan paparan teratogen yang diketahui
 - 3) Melaksanakan prosedur skrining untuk penyakit menular seksual dan infeksi lainnya, HIV, kanker serviks
 - 4) Memberikan konseling tentang suplemen gizi seperti zat besi dan asam folat, asupan makanan, olahraga, memperbarui imunisasi sesuai kebutuhan, memodifikasi perilaku berisiko, dan pencegahan infeksi menular seksual, keluarga berencana, dan metode kontrasepsi.
2. Menentukan status kesehatan wanita
 - a. Pengetahuan
 - 1) Fisiologi siklus menstruasi dan ovulasi

- 2) Komponen riwayat kesehatan yang komprehensif termasuk respons psiko-sosial terhadap kehamilan dan keamanan di rumah
- 3) Komponen pemeriksaan fisik lengkap
- 4) Kondisi kesehatan termasuk infeksi dan kondisi genetik yang terdeteksi melalui pemeriksaan sampel darah dan biologis
- b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Konfirmasi kehamilan dan perkiraan usia kehamilan dari riwayat, pemeriksaan fisik, tes laboratorium dan/atau USG
 - 2) Mendapatkan riwayat kesehatan yang komprehensif
 - 3) Melakukan pemeriksaan fisik lengkap
 - 4) Mendapatkan sampel biologis untuk uji laboratorium (misalnya pengambilan sampel darah, sampel urin, dan usap vagina)
 - 5) Memberikan informasi tentang kondisi yang dapat dideteksi dengan skrining
 - 6) Mengkaji status imunisasi, dan perbarui sesuai indikasi
 - 7) Mendiskusikan temuan dan implikasi potensial dengan klien dan tentukan rencana perawatan bersama
3. Kaji kesejahteraan janin
 - a. Pengetahuan
 - 1) Fisiologi plasenta, embriologi, pertumbuhan dan perkembangan janin, dan indikator kesejahteraan janin
 - 2) Pedoman berbasis bukti untuk penggunaan ultrasound
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Mengkaji ukuran janin, volume cairan ketuban, posisi janin, aktivitas, dan denyut jantung dari pemeriksaan abdomen ibu
 - 2) Menentukan apakah ada indikasi untuk penilaian/pemeriksaan tambahan dan rujukan yang sesuai
 - 3) Mengkaji gerakan janin dan tanyakan pada ibu tentang aktivitas janin
4. Memantau perkembangan kehamilan
 - a. Pengetahuan

- 1) Perubahan fisiologis dan fisik yang biasa terjadi seiring dengan bertambahnya usia kehamilan
 - 2) Kebutuhan nutrisi kehamilan
 - 3) Respon psikologis umum terhadap kehamilan dan gejala tekanan psikologis
 - 4) Bukti yang menginformasikan kebijakan dan pedoman perawatan antenatal, termasuk frekuensi kunjungan antenatal
- b. Keterampilan & Perilaku
- 1) Melakukan penilaian selama kehamilan tentang kesejahteraan fisik dan psikologis wanita, hubungan keluarga, dan kebutuhan pendidikan kesehatan
 - 2) Memberikan informasi tentang kehamilan normal kepada wanita, pasangannya, anggota keluarga, atau orang-orang pendukung lainnya
 - 3) Memberikan penkes untuk mengatasi ketidaknyamanan umum selama kehamilan
 - 4) Memberikan informasi (termasuk tertulis dan/atau gambar) tentang tanda-tanda bahaya, (misalnya perdarahan pervaginam, tanda-tanda persalinan prematur, pra-persalinan, ketuban pecah dini) kesiapsiagaan darurat, dan kapan dan di mana mencari bantuan
 - 5) Meninjau temuan dan revisi rencana perawatan dengan klien saat kehamilan berlanjut
5. Mempromosikan dan mendukung perilaku kesehatan yang meningkatkan kesejahteraan
- a. Pengetahuan
- 1) Dampak kondisi sosial, lingkungan, dan ekonomi yang merugikan terhadap kesehatan ibu-janin
 - 2) Pengaruh nutrisi yang tidak memadai dan pekerjaan fisik yang berat
 - 3) Pengaruh penggunaan tembakau dan paparan asap rokok, penggunaan alkohol dan obat-obatan adiktif
 - 4) Efek obat yang diresepkan pada janin

- 5) Sumber daya masyarakat untuk dukungan pendapatan, akses makanan, dan program untuk meminimalkan risiko penyalahgunaan zat
 - 6) Strategi untuk mencegah atau mengurangi risiko penularan penyakit dari ibu ke anak termasuk pilihan pemberian makan bayi untuk infeksi HIV
 - 7) Dampak kekerasan berbasis gender, pelecehan emosional, dan pengabaian fisik
- b. Keterampilan & Perilaku
- 1) Memberikan dukungan emosional kepada perempuan untuk mendorong perubahan perilaku kesehatan
 - 2) Memberikan informasi kepada ibu dan keluarga tentang dampak kondisi risiko pada ibu dan janin.
 - 3) Menasihati klien dan menawarkan rujukan ke tenaga profesional lain atau lembaga yang tepat untuk bantuan dan pengobatan
 - 4) Menghormati keputusan perempuan terkait keikutsertaan dalam perawatan dan program
 - 5) Membuat rekomendasi dan mengidentifikasi sumber daya untuk pengurangan/penghentian merokok pada kehamilan
6. (Memberikan bimbingan antisipatif terkait kehamilan, persalinan, menyusui, menjadi orang tua, dan perubahan dalam keluarga
- a. Pengetahuan
- 1) Kebutuhan individu dan keluarga akan informasi yang berbeda pada waktu yang berbeda dalam siklus hidupnya masing-masing
 - 2) Metode pemberian informasi kepada individu dan kelompok
 - 3) Metode memunculkan perasaan dan harapan ibu untuk diri sendiri, bayi, dan keluarga
- b. Keterampilan & Perilaku
- 1) Berpartisipasi dan menyarankan perempuan dan orang disekitarnya untuk mengikuti program terkait kehamilan, persalinan dan menjadi orangtua

- 2) Menyampaikan informasi secara akurat dan jelas serta menanggapi kebutuhan individu
 - 3) Mempersiapkan wanita, pasangan, dan keluarga untuk mengenali awal persalinan, kapan harus mencari perawatan, dan kemajuan persalinan
 - 4) Memberikan informasi tentang kebutuhan nifas termasuk kontrasepsi, perawatan bayi baru lahir, dan pentingnya ASI eksklusif bagi kesehatan bayi
 - 5) Identifikasi kebutuhan atau masalah yang memerlukan keahlian atau rujukan lebih lanjut seperti ketakutan yang berlebihan, dan hubungan yang disfungsi
7. Mendeteksi, menstabilkan, mengelola, dan merujuk wanita dengan kehamilan berisiko
- a. Pengetahuan
 - 1) Komplikasi kehamilan dini seperti ancaman atau keguguran, dan kehamilan ektopik
 - 2) Gangguan janin, hambatan pertumbuhan, malposisi, persalinan prematur
 - 3) Tanda dan gejala kondisi patologis ibu seperti preeklamsia, diabetes gestasional, dan penyakit sistemik lainnya
 - 4) Penyakit /tanda-tanda kedaruratan seperti perdarahan, kejang, dan sepsis
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Menstabilkan keadaan darurat dan melakukan rujukan untuk tindakan selanjutnya
 - 2) Berkolaborasi dalam penanganan komplikasi
 - 3) Melakukan tindakan perawatan kritis untuk mendukung fungsi vital tubuh (misalnya cairan intravena (IV), magnesium sulfat, antihemoragik)
 - 4) Mobilisasi donor darah jika perlu
 - 5) Rujuk ke fasilitas tingkat yang lebih tinggi jika diperlukan
8. Membantu wanita dan keluarganya untuk merencanakan tempat kelahiran yang tepat

- a. Pengetahuan
 - 1) Bukti tentang hasil kelahiran di tempat kelahiran yang berbeda
 - 2) Ketersediaan opsi di lokasi tertentu; keterbatasan iklim, geografi, sarana transportasi, dan sumber daya yang tersedia di fasilitas
 - 3) Kebijakan dan pedoman lokal
- b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Diskusikan pilihan, preferensi dan rencana darurat dengan wanita dan keluarganya dan hormati keputusan mereka
 - 2) Berikan informasi tentang mempersiapkan tempat kelahiran jika di komunitas, mis. perjalanan dan masuk ke fasilitas
 - 3) Mempromosikan ketersediaan rangkaian lengkap tempat kelahiran
9. Memberikan perawatan kepada wanita dengan kehamilan yang belum atau tidak diinginkan
 - a. Pengetahuan
 - 1) Kompleksitas pengambilan keputusan tentang kehamilan yang belum atau tidak diinginkan
 - 2) Kontrasepsi darurat
 - 3) Pilihan hukum untuk aborsi paksa; kelayakan dan ketersediaan layanan aborsi medis dan bedah
 - 4) Obat-obatan yang digunakan untuk menginduksi aborsi; khasiat, efek, dan efek samping
 - 5) Risiko aborsi yang tidak aman
 - 6) Metode keluarga berencana yang sesuai untuk periode pasca-keguguran
 - 7) Perawatan dan dukungan (fisik dan psikologis) yang dibutuhkan selama dan setelah keguguran
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Konfirmasi kehamilan dan tentukan usia kehamilan; rujuk untuk USG jika kehamilan tidak diketahui dan/atau gejala kehamilan ektopik

- 2) Menasihati wanita tentang pilihan untuk mempertahankan atau mengakhiri kehamilan dan menghormati keputusan akhir
- 3) Berikan perawatan antenatal suportif jika kehamilan berlanjut; merujuk ke lembaga, dan layanan sosial untuk dukungan dan bantuan bila diperlukan
- 4) Identifikasi dari riwayat obstetri, medis dan sosial, kontraindikasi hingga metode pengobatan atau aspirasi
- 5) Memberikan informasi tentang peraturan hukum, kelayakan, dan akses ke layanan aborsi
- 6) Berikan informasi tentang prosedur, potensi komplikasi, manajemen nyeri, dan kapan harus mencari bantuan
- 7) Rujuk ke penyedia layanan berdasarkan permintaan
- 8) Memberikan perawatan pasca-keguguran
 - a) Konfirmasi pengeluaran konsepsi, ultrasound, atau kadar HCG
 - b) Meninjau opsi kontrasepsi dan mulai penggunaan metode segera
 - c) Mengeksplorasi respons psikologis terhadap aborsi
- 9) Keterampilan Tambahan*
 - a) Meresepkan, mengeluarkan, menyediakan atau memberikan obat-obatan sesuai dengan ruang lingkup praktik dan protokol (namun harus sesuai dengan hukum yuridis yang berlaku) dalam dosis yang sesuai untuk menginduksi aborsi obat
 - b) Lakukan aspirasi vakum manual rahim hingga 12 minggu kehamilan
 - c) Keterampilan tambahan dilakukan oleh bidan dalam salah satu dari dua keadaan:
 - Bidan yang memilih untuk terlibat dalam lingkup praktik yang lebih luas dan/atau

- Bidan yang harus menerapkan keterampilan tertentu untuk membuat perbedaan dalam hasil ibu atau bayi baru lahir (ICM, 2019) & (WHO, 2016)

11.3.3 Kompetensi 3: Kompetensi Persalinan dan Bayi Baru Lahir

Kompetensi dalam kategori ini adalah tentang pengkajian dan asuhan ibu selama persalinan yang memfasilitasi proses fisiologis dan kelahiran yang aman, perawatan segera bayi baru lahir, deteksi komplikasi pada ibu atau bayi, stabilisasi keadaan darurat, dan rujukan sesuai kebutuhan.

1. Mempromosikan persalinan fisiologis dan kelahiran
 - a. Pengetahuan
 - 1) Anatomi panggul ibu dan janin; mekanisme persalinan untuk presentasi janin yang berbeda
 - 2) Onset fisiologis dan kemajuan persalinan
 - 3) Menginformasikan kebijakan dan pedoman asuhan intrapartum, termasuk menghindari intervensi rutin dalam persalinan dan kelahiran normal sesuai evidence based
 - 4) Kepercayaan dan tradisi budaya dan sosial tentang kelahiran
 - 5) Tanda kemajuan persalinan; faktor yang menghambat kemajuan persalinan
 - 6) Metode penilaian janin selama persalinan
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Memberikan asuhan bagi seorang wanita di tempat kelahiran pilihannya, mengikuti kebijakan dan protokol
 - 2) Mendapatkan riwayat obstetri dan medis yang relevan
 - 3) Melakukan dan menafsirkan pemeriksaan fisik terfokus pada wanita dan janin
 - 4) Melakukan tes laboratorium jika diperlukan
 - 5) Mengkaji respons fisik dan perilaku wanita terhadap persalinan

- 6) Memberikan informasi, dukungan, dan dorongan kepada wanita dan orang-orang yang mendukung selama persalinan dan kelahiran
 - 7) Memberikan perawatan dengan penuh hormat / respect
 - 8) Mendorong kebebasan untuk bergerak dan posisi tegak
 - 9) Memberikan nutrisi dan cairan
 - 10) Menawarkan dan memberi dukungan kepada wanita untuk menggunakan cara mengatasi nyeri persalinan, mis. Relaksasi pernafasan, berendam dalam air hangat, relaksasi pijat, dan modalitas farmakologis bila diperlukan
 - 11) Mengkaji secara teratur parameter status ibu-janin, dan mis. tanda vital, kontraksi, perubahan serviks, dan penurunan janin
 - 12) Menggunakan tampilan grafik kemajuan persalinan untuk mencatat temuan dan membantu dalam mendeteksi komplikasi, mis. keterlambatan persalinan, kelelahan ibu, hipertensi, infeksi
 - 13) Meningkatkan kontraktilitas uterus dengan bijaksana menggunakan agen non farmakologis atau farmakologis untuk mencegah persalinan yang tidak progresif
 - 14) Mencegah intervensi rutin yang tidak perlu, mis. amniotomi, pemantauan janin elektronik (CTG), episiotomi
2. Mengelola persalinan pervaginam spontan yang aman; mencegah, mendeteksi dan menstabilkan komplikasi
- a. Pengetahuan
 - 1) Kelola persalinan pervaginam spontan yang aman.
 - 2) Manajemen aktif kala III, termasuk penggunaan uterotonika
 - 3) Potensi komplikasi dan penanganan segera, mis. distosia bahu, dan perdarahan post partum, gangguan janin, eklampsia, retensio plasenta
 - 4) Manajemen keadaan darurat seperti yang tercakup dalam program pelatihan keterampilan darurat

- 5) Tanda-tanda pelepasan plasenta; plasenta normal, selaput ketuban, dan tali pusat
 - 6) Jenis trauma perineum dan vagina yang memerlukan teknik perbaikan dan penjahitan
- b. Keterampilan & Perilaku
- 1) Mendukung ibu untuk melahirkan dalam posisi pilihannya
 - 2) Memastikan lingkungan bersih dan hangat
 - 3) Mengajarkan ibu cara mengedan yang baik dan benar, hindari episiotomi rutin
 - 4) Melakukan manuver yang tepat dan gunakan posisi ibu untuk memfasilitasi kelahiran vertex, wajah, atau sungsang
 - 5) Mempercepat kelahiran jika ada gawat janin
 - 6) Penundaan pemotongan tali pusat
 - 7) Pemotongan tali pusat
 - 8) Mengkaji kondisi segera bayi baru lahir
 - 9) Memberikan kontak kulit ke kulit (inisiasi menyusui dini) dan pastikan lingkungan yang hangat
 - 10) Mengeluarkan plasenta dan selaput ketuban dan periksa kelengkapannya
 - 11) Memeriksa tonus uterus, pertahankan kontraksi yang kuat, dan serta catat kehilangan darah ibu; mengelola kehilangan darah yang berlebihan termasuk pemberian uterotonika
 - 12) Memeriksa area vagina dan perineum jika ada laserasi, dan melakukan penjahitan sesuai kebutuhan, mengikuti kebijakan dan protokol
 - 13) Memberikan tindakan lini pertama untuk mengobati atau menstabilkan kondisi yang teridentifikasi
 - 14) Merujuk untuk melanjutkan pengobatan komplikasi jika diperlukan
3. Memberikan perawatan bayi baru lahir segera setelah lahir
- a. Pengetahuan
- 1) Transisi normal ke lingkungan ektrauterin
 - 2) Sistem penilaian untuk menilai status bayi baru lahir

- 3) Tanda yang menunjukkan perlunya tindakan segera untuk membantu transisi
 - 4) Intervensi untuk membangun pernapasan dan sirkulasi seperti yang tercakup dalam program pelatihan seperti resusitasi
 - 5) Penampilan dan perilaku bayi baru lahir yang sehat
 - 6) Metode penilaian usia kehamilan bayi baru lahir
 - 7) Kebutuhan bayi kecil untuk masa kehamilan dan bayi berat lahir rendah
- b. Keterampilan & Perilaku
- 1) Gunakan metode standar untuk menilai kondisi bayi baru lahir pada menit pertama kehidupan (Apgar atau lainnya); rujuk jika diperlukan
 - 2) Lakukan tindakan untuk menetapkan dan mendukung pernapasan dan oksigenasi, rujuk untuk melanjutkan perawatan sesuai kebutuhan
 - 3) Sediakan lingkungan hangat yang aman untuk memulai menyusui dan perlekatan (bonding) pada jam pertama kehidupan
 - 4) Melakukan pemeriksaan fisik lengkap bayi baru lahir di hadapan ibu/keluarga; menjelaskan temuan dan perubahan yang diharapkan mis. warna ekstremitas, dll. Rujuk untuk temuan abnormal.
 - 5) Lakukan profilaksis bayi baru lahir mis. infeksi mata (pemberian salep mata), dan penyakit hemoragik (pemberian vit K), sesuai dengan kebijakan dan pedoman
 - 6) Tingkatkan peran serta ibu dalam perawatan, menyusui sesering mungkin dan observasi ketat
 - 7) Libatkan pasangan/keluarga dalam memberikan perawatan bayi baru lahir (WHO, 2018) & (ICM, 2019)

11.3.4 Kompetensi 4: Kompetensi Pasca Persalinan

Kompetensi dalam kategori ini mencakup pengkajian kesehatan ibu dalam masa pasca persalinan dan bayi yang berkelanjutan, pendidikan kesehatan,

dukungan untuk menyusui, deteksi komplikasi, stabilisasi dan rujukan dalam keadaan darurat, dan penyediaan layanan keluarga berencana.

1. Memberikan perawatan pasca persalinan untuk wanita sehat
 - a. Pengetahuan
 - 1) Perubahan fisiologis setelah lahir, involusi uterus, permulaan laktasi, penyembuhan jaringan perineum-vagina
 - 2) Ketidaknyamanan umum pada periode pascakelahiran dan tindakan untuk mengatasi ketidaknyamanan
 - 3) Kebutuhan istirahat, dukungan, dan nutrisi untuk mendukung laktasi
 - 4) Respon psikologis terhadap peran ibu
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Tinjau riwayat kehamilan, persalinan, dan kelahiran
 - 2) Lakukan pemeriksaan fisik terfokus untuk menilai perubahan pada involusi dan payudara. Pantau kehilangan darah dan fungsi tubuh lainnya
 - 3) Kaji suasana hati dan perasaan tentang keibuan dan tuntutan perawatan bayi
 - 4) Berikan strategi kontrol nyeri jika diperlukan untuk kontraksi uterus, dan trauma perineum
 - 5) Memberikan informasi tentang perawatan diri yang memungkinkan ibu memenuhi kebutuhan bayi baru lahir, mis. makanan yang cukup, suplemen gizi, aktivitas biasa, waktu istirahat, dan bantuan rumah tangga
 - 6) Berikan informasi tentang seks yang aman, metode keluarga berencana yang sesuai untuk periode segera setelah melahirkan, dan jarak kehamilan
2. Memberikan asuhan pada bayi baru lahir yang sehat
 - a. Pengetahuan
 - 1) Perubahan fisiologis bayi di awal kehidupan; perubahan kardio-pernapasan terkait dengan adaptasi kehidupan ekstra-uterin

- 2) Pertumbuhan dan perkembangan pada minggu-minggu dan bulan-bulan awal kehidupan
 - 3) Protokol untuk skrining kondisi metabolik, kondisi infeksi, dan kelainan kongenital
 - 4) Protokol/pedoman imunisasi pada bayi
 - 5) Informasi berbasis bukti tentang sunat pada bayi; nilai-nilai keluarga, kepercayaan, dan norma-norma budaya
- b. Keterampilan & Perilaku
- 1) Periksa bayi secara berkala untuk memantau pertumbuhan dan perilaku perkembangan
 - 2) Bedakan variasi normal dalam penampilan dan perilaku bayi baru lahir dari yang menunjukkan kondisi patologis
 - 3) Berikan imunisasi, lakukan tes skrining sesuai indikasi
 - 4) Berikan informasi kepada orang tua tentang lingkungan yang aman untuk bayi, sering menyusui, perawatan tali pusat, berkemih dan buang air besar, dan kontak fisik yang dekat
3. Mempromosikan dan mendukung pemberian ASI
- a. Pengetahuan
- 1) Fisiologi laktasi
 - 2) Kebutuhan nutrisi bayi baru lahir, termasuk bayi berat lahir rendah
 - 3) Aspek sosial, psikologis, dan budaya menyusui
 - 4) Bukti tentang manfaat menyusui
 - 5) Indikasi dan kontraindikasi penggunaan obat dan zat selama menyusui
 - 6) Kesadaran akan alat bantu laktasi
- b. Keterampilan & Perilaku
- 1) Mempromosikan menyusui dini dan eksklusif sambil menghormati pilihan wanita mengenai pemberian makan bayi baru lahir
 - 2) Berikan informasi tentang kebutuhan bayi, frekuensi dan durasi pemberian makan, dan penambahan berat badan

- 3) Memberikan dukungan dan informasi tentang menyusui minimal enam bulan, termasuk mengelola ASIP pada ibu yang bekerja, menjaga suplai ASI, dan menyimpan ASI
 - 4) Identifikasi dan atasi masalah menyusui (misalnya mastitis, suplai ASI rendah, pembengkakan, perlekatan yang tidak tepat)
 - 5) Memberikan informasi kepada wanita menyusui bayi baru lahir ganda/kembar
 - 6) Rujuk ibu ke dukungan menyusui sesuai indikasi
 - 7) Advokasi untuk menyusui di keluarga dan masyarakat
4. Mendeteksi, mengobati, dan menstabilkan komplikasi pascakelahiran pada wanita dan merujuk jika diperlukan
- a. Pengetahuan
 - 1) Tanda dan gejala dari:
 - a) kondisi pada periode postnatal yang dapat merespon intervensi dini (misalnya sub-involusi, anemia, retensi urin, dan infeksi lokal)
 - b) komplikasi yang memerlukan rujukan ke penyedia atau fasilitas yang lebih khusus (misalnya hematoma, tromboflebitis, sepsis, fistula obstetrik, dan inkontinensia)
 - c) komplikasi yang mengancam jiwa yang memerlukan respons segera dan perawatan khusus (perdarahan, emboli cairan ketuban, kejang, dan stroke)
 - 2) Tanda dan gejala depresi, kecemasan, dan psikosis pascakelahiran
 - 3) Proses berkabung setelah kematian perinatal
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Berikan informasi kepada wanita dan keluarga tentang potensi komplikasi dan kapan harus mencari bantuan.
 - 2) Kaji wanita selama periode postnatal untuk mendeteksi tanda dan gejala komplikasi

- 3) Bedakan depresi pascamelahirkan dari kecemasan sementara tentang merawat bayi, kaji ketersediaan bantuan dan dukungan di rumah, dan berikan dukungan emosional
 - 4) Memberikan konseling dan perawatan lanjutan bagi wanita dan anggota keluarga yang mengalami lahir mati, kematian neonatus, penyakit bayi serius, dan kondisi bawaan
 - 5) Memberikan tindakan lini pertama untuk mengobati atau menstabilkan kondisi yang teridentifikasi
 - 6) Atur rujukan dan/atau transfer sesuai kebutuhan
5. Mendeteksi, menstabilkan, dan mengelola masalah kesehatan pada bayi baru lahir dan merujuk jika perlu
- a. Pengetahuan
 - 1) Anomali kongenital, dan kondisi genetik
 - 2) Kebutuhan bayi prematur dan bayi berat lahir rendah
 - 3) Gejala dan pengobatan dari ibu pengguna narkoba
 - 4) Pencegahan penularan infeksi dari ibu ke anak seperti HIV, hepatitis B dan C
 - 5) Tanda dan gejala masalah kesehatan umum dan komplikasi; pengobatan segera dan berkelanjutan mereka
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Kaji dan kenali temuan abnormal
 - 2) Menerapkan protokol perawatan bayi berat lahir rendah, mis. memastikan kehangatan, nutrisi, memantau kondisi, perawatan "Kanguru" yang sesuai
 - 3) Memberikan informasi kepada ibu dan orang-orang yang mendukung tentang kondisi bayi
 - 4) Berikan dukungan dalam situasi di mana bayi dipisahkan dari ibunya untuk perawatan khusus
 - 5) Mengenali indikasi kebutuhan perawatan khusus pada bayi baru lahir
 - 6) Stabilkan dan pindahkan bayi baru lahir yang berisiko ke fasilitas perawatan darurat

6. Memberikan pelayanan keluarga berencana
 - a. Pengetahuan
 - 1) Anatomi dan fisiologi wanita dan pria terkait reproduksi dan perkembangan seksual
 - 2) Aspek sosial budaya seksualitas manusia
 - 3) Metode keluarga berencana termasuk alami, penghalang, hormonal, implan; kontrasepsi darurat, sterilisasi; kemungkinan efek sampingnya, risiko kehamilan, dan kontraindikasi untuk digunakan
 - 4) Tersedia sumber tertulis dan gambar untuk mengajar tentang metode keluarga berencana
 - 5) Pilihan kehamilan untuk wanita atau pasangan HIV-positif
 - b. Keterampilan & Perilaku
 - 1) Menyediakan dan melindungi privasi dan kerahasiaan untuk diskusi tentang pengetahuan keluarga berencana, tujuan untuk membatasi dan/atau mengatur jarak anak, dan kekhawatiran dan mitos tentang metode
 - 2) Dapatkan riwayat penggunaan metode yang relevan, kondisi medis, nilai sosiokultural, dan preferensi yang memengaruhi pilihan metode
 - 3) Memberikan informasi tentang cara menggunakan, efektivitas, dan biaya berbagai metode untuk mendukung pengambilan keputusan yang tepat
 - 4) Berikan metode sesuai dengan ruang lingkup praktik dan protokol, atau rujuk ke penyedia lain
 - 5) Memberikan penilaian tindak lanjut dari penggunaan, kepuasan, dan efek samping
 - 6) Rujuk wanita atau pasangan untuk prosedur sterilisasi (ICM, 2019) & (WHO, 2013)

Bab 12

Hubungan Bidan-Ibu dan Komunikasi Efektif

12.1 Pendahuluan

Pada zaman dahulu bidan sering juga menjadi penyembuh, melayani masyarakat dan perempuan dan menyampaikan pengetahuan dan wawasan dari perempuan ke perempuan, ibu ke anak perempuan. Banyak dari pengetahuan ini telah 'hilang' atau 'terlupakan' karena mendiskreditkan pengetahuan wanita sebagai rasionalitas ilmiah muncul. Ada bukti sekarang bahwa bidan mengeksplorasi pengetahuan alternatif sebagai pendamping wanita yaitu dengan perawatan terpusat secara holistik (Garratt, 2001).

Sifat dari hubungan bidan dan ibu telah mulai didiskusikan dan diperdebatkan dalam literatur kebidanan (Siddiqui, 1999). Kualitas hubungan wanita dipandang berguna dalam proses pertumbuhan diri (Hall 2001). Hubungan bidan-ibu berpotensi menjadi hubungan yang menyembuhkan apabila didukung oleh waktu, lingkungan untuk keterlibatan dan koneksi (Garratt, 2001)

Hubungan bidan dan ibu melibatkan peningkatan kualitas hidup dan penerapan perilaku promosi kesehatan. Seperti peningkatan informasi ibu tentang pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, terutama yang belum memiliki

pengalaman tentang hal tersebut. Dukungan selama persalinan juga meningkatkan keberhasilan menyusui dan menciptakan hubungan positif antara ibu-anak yang kuat dan mengurangi kebutuhan akan intervensi. Dukungan ini meliputi kontinuitas perawatan serta interaksi yang baik.

Kirby dan Slevin (1992), mengidentifikasi elemen kunci tertentu yang mencakup hubungan terapeutik yang akan digunakan bidan pada tingkat situasi dan kondisi tertentu. Dengan merenungkan bagaimana unsur-unsur pengasuhan diterapkan pada praktik kebidanan, bidan akan belajar mengidentifikasi kapan dia menggunakan keterampilan, yang merupakan aspek penting kebidanan dan yang dapat membentuk dasar pengetahuan dan praktik (Siddiqui, 1999).

Hubungan ini berkaitan dengan komunikasi yang efektif, Kirkham (1993), menganggap komunikasi sebagai 'kendaraan untuk menciptakan suatu hubungan.' Oleh karena itu bidan dituntut untuk mengembangkan keterampilan komunikasi yang menjangkau seluruh spektrum interaksi dari pemberian informasi dan mendengarkan secara efektif hingga mendalam membutuhkan pendekatan reseptif dan perseptif.

12.2 Komunikasi Efektif

Ketika tenaga kesehatan memiliki keterampilan komunikasi, banyak hasil positif bagi pasien, seperti berkurangnya gejala, nyeri, kecemasan, rasa bersalah, peningkatan ketenangan pikiran, penerimaan dan penyesuaian terhadap penyakitnya, kerjasama dengan tim medis, peningkatan tekanan darah dan glukosa (Attarha et al., 2016). Studi yang dilakukan pada interaksi antara dokter-pasien mengkonfirmasi bahwa komunikasi tidak hanya sebagai pertukaran informasi. Intervensi yang mendorong tenaga kesehatan untuk memperoleh keterampilan menyampaikan pengetahuan dan melibatkan pasien dalam konsultasi dan pengambilan keputusan meningkatkan indikator kesehatan fisik dan mental pasien (Rowe et al., 2002). Interaksi yang baik adalah kunci untuk meningkatkan hasil kesehatan dan menghilangkan kebutuhan untuk perawatan tambahan, mengurangi biaya rumah sakit, litigasi, meningkatkan perawatan berorientasi pada pasien dan kepuasan pasien. Kemampuan pasien dapat secara bebas mengungkapkan pandangannya, perasaan keprihatinan dan terlibat dalam proses pengambilan keputusan dan

pengobatannya sendiri mengarah pada hasil yang lebih baik dan rasa kepuasan yang lebih besar (Yeh and Nagel, 2010).

Bidan adalah penopang, penolong, pengayom, dan penghibur bagi ibu selama persalinan. Mengadopsi pendekatan komunikatif mempromosikan pemberdayaan diri pada wanita dan memungkinkan mereka untuk membuat keputusan tentang perawatan kesehatan mereka (Thachuk, 2007).

Kualitas asuhan kebidanan sangat memengaruhi hasil persalinan. Kinerja dan tindakan bidan selama masa kritis ini, tidak hanya memengaruhi kesehatan mental dan emosional ibu, tetapi juga memengaruhi kesehatan neonatus secara signifikan. Kepercayaan antara ibu dan karir, perasaan nyaman dikelilingi oleh orang-orang yang mencintai yang akan tinggal bersamanya, menyebabkan pengalaman melahirkan yang positif. Dari sudut pandang ibu, faktor utama yang terlibat dalam memiliki pengalaman melahirkan yang menyenangkan adalah menerima dukungan penuh dari bidan. Studi cross-sectional yang dilakukan pada kelompok wanita dari latar belakang budaya yang berbeda, termasuk India, Jamaika dan Meksiko, telah mengkonfirmasi temuan ini. Komunikasi yang efektif dan dukungan emosional yang berkelanjutan meningkatkan hasil kelahiran, seperti pengurangan durasi persalinan, tingkat sesar, dan penggunaan anestesi (Khadivzadeh et al., 2015).

Ada dua jenis komunikasi: komunikasi verbal dan komunikasi non-verbal. Komunikasi verbal melalui kata-kata disebut juga komunikasi verbal lisan. Kata-kata yang digunakan dipengaruhi oleh latar belakang sosial, budaya, ekonomi, umur, dan pendidikan. Dalam menggunakan suara, ada 7 pokok yang berkaitan dengan suara yang perlu diperhatikan yaitu: gema, irama, kecepatan, ketinggian, besar/volume, naik turunnya, dan kejelasan suara. Suara dapat menggambarkan semangat, antusias, kesedihan, kejengkelan, atau kegirangan. Sedangkan komunikasi nonverbal mencakup gerak gerik, sikap, ekspresi wajah, dan penampilan. Komunikasi nonverbal tidak menggunakan kata-kata dan disebut juga bahasa tubuh (body language).

Membangun komunikasi verbal yang tepat dan berbicara dengan ibu tentang anaknya yang akan lahir dalam beberapa jam, membantu menciptakan ikatan emosional dan afektif antara ibu dan bayi. Dengan demikian hubungan yang lebih baik dengan pasangan juga

Kepuasan dengan komunikasi ini lebih besar di antara wanita yang multigravida dan grand multipara. Ketika tingkat pendidikan wanita meningkat, kepuasan mereka terhadap komunikasi menurun yang mungkin

disebabkan oleh fakta bahwa wanita berpendidikan memiliki pemahaman yang lebih baik tentang jenis perawatan yang mungkin diberikan oleh penyedia layanan kesehatan. Usia bukanlah faktor yang signifikan dalam kepuasan wanita dengan komunikasi.

Komunikasi verbal dan nonverbal dari penyedia layanan kesehatan di ruang bersalin memiliki dampak yang signifikan terhadap kepuasan wanita terhadap perawatan, tetapi kita juga harus mempertimbangkan faktor lain. WHO merekomendasikan komunikasi yang efektif antara penyedia perawatan bersalin dan wanita dalam persalinan, namun selama proses pengembangan pedoman, Kelompok Pengembangan Pedoman (GDG) mengidentifikasi kesenjangan pengetahuan penting yang perlu diatasi melalui penelitian utama mengenai efek pelatihan keterampilan komunikasi pada wanita. Pengalaman penyedia, tingkat, jenis dan karakteristik lainnya dan rasio penolong persalinan terampil yang optimal untuk penyampaian komunikasi yang efektif. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk lebih tepat mengidentifikasi peran komunikasi dalam kepuasan wanita selama persalinan serta mempertimbangkan semua aspek perawatan (Ahmed, 2020)

Dukungan asuhan kebidanan dan meningkatkan adaptasi terhadap stres persalinan, memungkinkan ibu untuk mengalami persalinan yang lebih nyaman dengan sedikit kecemasan. Persalinan, lingkungan dan prosedur semuanya berkontribusi terhadap stres ibu.

Membangun komunikasi verbal yang tepat dan berbicara dengan ibu tentang anaknya yang akan lahir dalam beberapa jam, membantu menciptakan ikatan emosional dan afektif antara ibu dan bayi. Dengan demikian hubungan yang lebih baik dengan pasangan juga

Agar komunikasi menghasilkan komunikasi yang efektif, seseorang harus memahami prinsip-prinsip dalam berkomunikasi, ada lima prinsip komunikasi yang efektif, yaitu REACH (respect, empathy, audible, clarity dan humble). Komunikasi merupakan upaya kita untuk meraih perhatian, cinta kasih, minat, kepedulian, simpati, tanggapan, maupun respon positif dari orang lain (Putra and Aziz, 2019).

1. Respect

Membina komunikasi yang efektif memerlukan sikap menghargai setiap individu yang menjadi sasaran pesan yang disampaikan. Saling menghormati dan saling menghargai dengan sesama termasuk

komunikasi. Hubungan ini akan menjadi suatu jalinan kasih sehingga meningkatkan efektivitas kinerja, baik secara individu maupun secara bersama.

2. Empathy

Empati adalah kemampuan untuk menempatkan diri pada situasi atau kondisi yang tengah dihadapi orang lain. Mampu merasakan apa yang dirasakan orang lain, sehingga komunikasi akan terjalin dengan baik sesuai dengan kondisi psikologis lawan bicara. Salah satu prasyarat utama dalam memiliki sikap empati adalah kemampuan kita untuk mendengarkan atau mengerti terlebih dulu sebelum didengarkan atau dimengerti oleh orang lain (Aktas and Pasinlioğlu, 2021).

Empati paling sering didefinisikan sebagai kemampuan untuk menempatkan diri pada posisi orang lain untuk memahami perasaan, pengalaman, perhatian, dan perspektifnya bersama dengan kemampuan untuk mengekspresikannya. Tingkat keterampilan empatik bidan yang baik terbukti dapat mencegah terjadinya kelelahan kerja, memfasilitasi kepuasan kerja dan memahami perasaan orang lain, meningkatkan kepekaan menolong dalam profesi keperawatan, mempererat hubungan bidan-ibu, memberikan humanisasi persalinan, dan mencegah medikalisasi kelahiran yang berlebihan. Pendekatan empatik juga meningkatkan kualitas kepuasan persalinan melalui asuhan, kasih sayang, rasa hormat, dan kehadiran bidan (Aktas and Pasinlioğlu, 2021)

3. Audible

Audible yang berarti dapat didengarkan atau dimengerti dengan baik apa yang kita sampaikan dapat diterima dengan baik oleh penerima pesan. Pesan yang kita sampaikan baik secara langsung maupun melalui alat bantu atau dengan berbagai media penyampai pesan dapat tersampaikan.

4. Clarity

Kejelasan (*clarity*) yakni kejelasan dari isi pesan yang terkandung dalam pesan tersebut sehingga tidak membuat berbagai penafsiran yang berbeda. *Clarity* dapat diartikan keterbukaan atau transparansi.

Dalam menyampaikan pesan seyogyanya apa yang disampaikan sesuai dan terbuka sehingga dapat dipercaya oleh penerima pesan. Karena tanpa keterbukaan akan timbul sikap saling curiga dan tidak ada saling percaya antara satu sama lain.

5. Humble

Humble yang berarti sikap rendah hati. Sikap rendah hati yang mencerminkan mampu menerima kritik, menghormati dan menghargai manusia serta tidak memandang rendah orang lain, lemah lembut dalam bertutur kata, sopan serta penuh kasih sayang.

12.3 Ciri-Ciri Hasil Komunikasi Yang Efektif Dalam Kebidanan

1. Adanya saling pengertian

Komunikasi atau pesan yang disampaikan oleh bidan seharusnya dapat dimengerti oleh penerima pesan. Untuk menumbuhkan rasa saling pengertian, seorang bidan dapat menempatkan dirinya sendiri dalam situasi yang sesuai dengan pasien. Sehingga bidan mengerti situasi apa yang dirasakan oleh pasien.

2. Rasa senang

Perasaan senang yang berarti merasa diperhatikan, merasa di hormati dan dihargai baik dari sikap dan ucapan dari bidan akan menumbuhkan rasa semangat dan motivasi kemudian menjadi kesadaran pasien untuk melaksanakan intervensi dari bidan.

3. Sikap

Tidak membedakan latar belakang seorang pasien baik dari segi agama, ras, suku, budaya, dan sosial menjadi dasar seorang bidan dalam bersikap. Harapannya dari sikap tersebut dapat mendorong dan mengubah perilaku pasien menjadi yang lebih baik.

4. Hubungan yang baik

Dari komunikasi yang dapat dimengerti, saling pengertian, tidak membeda-bedakan latar belakang yang selanjutnya akan terjalin suatu hubungan yang baik antara bidan-pasien. Hubungan ini tidak berjalan dengan baik apabila ada tindakan maupun komunikasi yang dapat menyinggung perasaan pasien.

5. Tindakan

Komunikasi efektif dikatakan berhasil jika sesuai dengan harapan yang ingin dicapai. Artinya baik dari sisi bidan dan dari sisi pasien, harapan itu terwujud. Bidan dapat mendorong dan memotivasi pasien sesuai dengan hasil yang ingin dicapai, sedangkan pasien mempunyai kesadaran dan dapat melakukan sesuai dengan arahan atau intervensi dari bidan ((Yanik, Cholifah, 2019).

Bab 13

Intelegensi Emosional & Pengambilan Keputusan

13.1 Emotional Intelligence / Kecerdasan Emosional

Kecerdasan merupakan perihal cerdas, kesempurnaan akal budi manusia. Kata kecerdasan ini berasal dari etimologi kata cerdas. Sumber Kamus Besar Bahasa Indonesia, cerdas berarti sempurna perkembangan penuh akal budi manusia untuk berpikir, memahami, tajam akal dan pertumbuhan badan yang baik. Howard Gardner mengartikan bahwa kecerdasan sebagai kemampuan dalam menyelesaikan sebuah problematika, membuat permasalahan lainnya yang selanjutnya akan diselesaikan, dan kemampuan agar dapat membuat sesuatu atau memberikan layanan yang bernilai di masyarakat.

Ada berbagai macam kecerdasan, di antaranya kecerdasan intelektual (IQ), kecerdasan emosional (EQ), dan kecerdasan spiritual (SQ). IQ seringkali menjadi penentu kesuksesan masa depan seseorang. Namun kini fokusnya tidak saja membahas mengenai kecerdasan intelektual, namun lebih ke tentang kecerdasan lainnya, yaitu kecerdasan emosional (EQ). Tidak cukup mengandalkan IQ yang tinggi saja, namun juga harus mampu mengontrol

emosi dengan baik. Psikolog Sarovay dari Universitas Harvard dan Mayer dari Universitas New Hampshire menciptakan istilah kecerdasan emosional pada tahun 1990. Kedua psikolog tersebut pun menjelaskan pentingnya kecerdasan emosional. Hal ini didefinisikan sebagai kemampuan atau kecerdasan merupakan kemampuan untuk dapat mendalami dan mengerti emosi diri sendiri dan orang lain.

Kecerdasan emosional berasal dari Bahasa Inggris yaitu *emotional quotient* yaitu kemampuan seseorang untuk dapat menerima, menilai, mengelola, serta mengontrol emosi dirinya dan orang lain di sekitarnya.

Pengertian kecerdasan emosional menurut KBBI, ialah kecerdasan yang berkaitan dengan kepedulian serta perasaan, baik antar sesama manusia, dengan makhluk lain juga alam sekitar. Ada berbagai pendapat yang mengatakan bahwa Kecerdasan emosional (EQ) dinilai tidak kalah penting dengan kecerdasan intelektual (IQ). Kecerdasan emosional dapat berpengaruh pada kehidupan sosial yang terjadi, disebabkan pada saat berhubungan sosial kita bertemu manusia lain, dan dalam hal ini kecakapan untuk mengendalikan emosi diperlukan. Daniel Goleman dalam bukunya mengungkapkan bahwa Kecerdasan Emosional (EI atau *Emotional Intelligence*) dapat berpengaruh pada suksesnya seseorang dalam memimpin. Dijelaskan pula bahwa kecerdasan emosional pula memiliki peran atas kesuksesan yaitu sebesar 80%, dan 20% dipengaruhi oleh IQ.

Goleman mengungkapkan bahwa orang dengan kecerdasan emosi yang baik, akan mempunyai pengaruh untuk memotivasi untuk dirinya sendiri, apabila mendapatkan tekanan, maka akan lebih siap untuk bertahan, dapat melewati haying tidak mudah dan tetap yakin, juga mempunyai rasa peduli tinggi. Menurut W. T Grant Consortium kecerdasan emosional dapat dilihat dari cara mengemukakan emosi serta dapat memahami rasa tersebut.

13.1.1 Komponen dalam Pembentukan Kecerdasan Emosional

1. Memiliki Kesadaran Diri

Kesadaran diri ini adalah kesadaran diaman seseorang mampu mengenali mengenai perasaan yang ada pada dirinya sendiri. Semakin dalam mengenali emosi yang terdapat pada diri dan pengendaliannya, maka akan menjadi lebih baik kondisi kecerdasan

emosi yang terbentuk. Dalam membentuk karakter serta kecerdasan emosional, seseorang harus dapat mengerti serta mengetahui antara hubungan yang dirasakan serta bagaimana menentukan sikap. Intinya yaitu seseorang harus mempunyai kontrol emosi yang stabil.

2. Membentuk Regulasi Diri

Regulasi adalah konsep abstrak pengelolaan sistem yang kompleks dapat juga diartikan pengaturan. Individu semestinya mempunyai control perasaan yang baik. tidak untuk menyembunyikan perasaan yang sedang terjadi untuk menkena emosi, jhal tersebut merupakan kesalahan, karena bila demikian, hanya dapat mengulur dan menunggu keadaan yang belum tentu tepat untuk menyampaikan emosi yang sedang terjadi. Mengungkapkan perasaan dengan tepat memilih waktu serta situasi yang tepat yaitu disebut pengaturan diri. Beberapa riset mengemukakan bahwa orang yang punya kemampuan mengatur diri yang baik dan memiliki kesadaran diri yang baik, maka akan berefek pada cara seseorang untuk bertanggung jawab serta mempunyai kemampuan memengaruhi orang lain.

3. Memiliki Keterampilan Sosial

Salah satu aspek yang penting dari kecerdasan emosional adalah kemampuan untuk bersosialisasi. Memangm memahami emosi tidak hanya cukup memahami perasaan diri sendiri, tetapi juga memahami emosi orang lain. Semakin seseorang memahami, berinteraksi, dan menerapkan emosi diri sendiri dan orang lain, semakin dapat berkontribusi untuk membangun tingkat kecerdasan emosional yang lebih tinggi.

4. Mempunyai Empati

Memiliki empati merupakan salah satu komponen dari kecerdasan emosional. Empati didefinisikan sebagai kemampuan diri untuk lebih memahami perasaan orang lain, dan hal ini sangat penting untuk mengembangkan kecerdasan emosional. Kehadiran empati yang ada membentuk pemahaman mengenai emosi yang sedang dirasakan lawan bicara kita, ataupun orang disekitarnya.

5. Memiliki Motivasi Diri

Motivasi diri berperan penting dalam membentuk kecerdasan emosional. Orang yang cerdas secara emosional cenderung termotivasi di luar alasan eksternal mendapatkan ketenaran, kekaguman, penghargaan, uang atau pengakuan. Kecerdasan emosional seseorang dapat diterjemahkan dalam kehidupan nyata, dan orang tersebut umumnya mengembangkan hubungan yang hangat dan menjadi sukses di tempat kerja.

Empati didefinisikan sebagai kemampuan untuk lebih memahami emosi orang lain, yang sangat penting untuk mengembangkan kecerdasan emosional. Kehadiran empati membentuk pemahaman tentang emosi yang dirasakan lawan bicara dan orang-orang di sekitarnya.

13.1.2 Tanda-tanda Orang Yang Memiliki Kecerdasan Emosional

1. Dapat mengenali perasaan seseorang
2. Dapat membaca perasaan orang lain
3. Mampu mengetahui kekuatan dan kelemahan
4. Tidak gampang tersinggung.
5. Dapat menjadi pendengar yang baik
6. Berpikiran secara terbuka dan dapat menerima pendapat orang lain.
7. Tak ragu untuk meminta maaf lebih dahulu

13.1.3 Dampak Kecerdasan Emosional

1. Dampak Kecerdasan Emosional Tinggi
Kecerdasan emosional yang tinggi sangat berpengaruh sehingga sulit untuk memberi dan menerima kritik negatif. Hal ini dikarenakan orang dengan kecerdasan emosional yang tinggi juga memiliki empati yang tinggi. Demikian pula, orang dengan kecerdasan emosional tinggi tidak merasa dikritik ketika menerima kritik negatif. Hal ini dikarenakan orang dengan kecerdasan emosional yang tinggi memiliki pengendalian diri yang lebih besar dan selalu waspada terhadap tindakannya.

2. Dampak Kecerdasan Emosional Rendah

Efek negative dari rendahnya kecerdasan emosional bisa memengaruhi kesehatan fisik. Hal ini dikarenakan ujung dari gangguan emosional salah satunya stres. Dampaknya bisa menjadi penyakit kurangnya imun, jantung, hingga tekanan darah tinggi. Selain kesehatan fisik, juga memengaruhi kesehatan mental. Misalnya bisa membuat depresi, hingga susah bersosialisasi dengan orang lain.

13.1.4 Fungsi Dari Kecerdasan Emosional

Dalam sebuah artikel yang ditulis oleh Peter Salovey dan John D. Mayer, yang berpendapat bahwa emosi dan suasana hati dapat membantu menguraikan permasalahan yang ada secara sistematis.

Fungsi Kecerdasan Emosional:

1. Sehat mental
2. Lebih tenang dan terhindar dari Stres
3. Menerima Keadaan dan berbahagia.
4. Menjadi Lebih Bijaksana
5. Keahlian penyelesaian masalah dengan sangat baik
6. Sehat secara Fisik

Kecerdasan emosional tidak hanya lahir atau diwariskan dari orang tua atau faktor keturunan. Kecerdasan ini berkembang perlahan seiring waktu. Kecerdasan seseorang dapat meningkat saat kita terbiasa mengendalikan emosi.

13.2 Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan merupakan usaha individu untuk mengambil keputusan yang dianggap tepat, efektif dan efisien. Saat pengambilan keputusan dilakukan, terdapat banyak pertimbangan, salah satunya adalah penyelesaian masalah. Terdapat lebih dari satu pendapat dari para tokoh tentang pengambilan keputusan.

Schermerhorn mengungkapkan bahwa pengambilan keputusan adalah strategi seseorang yang menghadapi permasalahan dan berupaya mengambil kesempatan dari masalah tersebut, agar mendapatkan hasil sesuai harapan. Keputusan yang baik tergantung pada kualitas keputusan, persepsi, pengetahuan dan pengalaman orang tersebut. Di tempat kerja, tidak dapat dipungkiri bahwa tidak semua orang memiliki pengetahuan, kesadaran dan data untuk mendukung pengambilan putusan.

Menurut Heidari dan Ebrahimi, pengambilan keputusan berkaitan dengan pemikiran kritis dan kemampuan mengambil keputusan. Bertentangan dengan apa yang Virlic pikirkan, keputusan orang dipengaruhi oleh suasana hati mereka. Orang yang melakukannya dengan baik membuat keputusan yang lebih baik daripada mereka yang melakukannya dengan buruk.

13.2.1 Dasar Pengambilan Keputusan

Penentuan keputusan umumnya intuitif, dilaksanakan karena informasi yang tersedia terbatas. Penetapan keputusan intuitif lebih sering terjadi sebagai dampak dari proses bawah sadar yang berasal dari pengalaman. Aturan adalah pernyataan eksplisit yang membatasi apa yang bisa dan tidak bisa dilakukan. Hal ini umum bagi beberapa orang berpengalaman dengan waktu yang cukup lama untuk dapat menghadapi berbagai masalah. Mungkin pengalaman satu dengan yang lainnya bias saja sama ataupun berbeda. Namun Setidaknya pengalaman masa lalu memiliki pengaruh kuat pada proses pengambilan keputusan seorang pemimpin.

Hal ini karena kasus masalah yang pernah di hadapai di masa lalu dan masalah saat ini dapat berbeda. Seorang pemimpin yang memutuskan berdasarkan kenyataan akan lebih tepat dibandingkan hanya mengandalkan intuisi. Fakta yang dikumpulkan, minimal berdasarkan kondisi yang ada, lebih objektif dan menggambarkan kebutuhan klien. Pengambilan keputusan berdasarkan intuisi dan pengalaman mungkin tidak seefektif itu. Bisa saja keputusan dari sebuah masalah dari beberapa tahun lalu tidak akan sama dengan keputusan atas sebuah masalah di tahun ini. Keputusan harus didasarkan pada logika atau penalaran.

13.2.2 Poses Pengambilan Keputusan

Pada proses pengambilan keputusan, tentu saja hal yang pertama harus dapat mengetahui akar permasalahan. Pentingnya menemukan beberapa pilihan pemecahan masalah untuk membantu pengambilan keputusan. Seringkali saat

membuat alternatif pemecahan masalah. Untuk mendukung pengambilan keputusan.

Ketika melakukan pemecahan masalah banyak alternatif yang terfokus masalah efektif dan tidaknya alternatif tersebut. Dari kumpulan soal alternatif dan solusi yang dibuat, langkah selanjutnya adalah pemilihan.

Pada tahap memilih dilakukan analisa apakah alternatif yang akan diambil efektif atau efisien. Mungkin ada yang bertanya, bagaimana cara mengetahui apakah pilihan tersebut efektif? Jawaban yang mendekati dan yang terbaik, maka itu lah pengambilan keputusan yang perlu dipilih. Penelitian maupun observasi. Apabila terdapat hal yang kurang, harus dievaluasi agar hasilnya lebih efektif dan optimal. Sedangkan untuk evaluasi dapat dilakukan melalui Fungsi evaluasi adalah untuk melihat seberapa efektif hasil di lapangan. Jika ada kekurangan harus dievaluasi agar hasilnya lebih efektif dan maksimal. Sedangkan untuk evaluasi dapat dilakukan melalui penelitian atau observasi.

13.2.3 7 Langkah Proses Pengambilan Keputusan

Langkah 1: Identifikasi keputusan yang perlu dibuat

Saat membuat keputusan, ajukan beberapa pertanyaan, seperti, masalah apa yang perlu dipecahkan?, apa tujuan dari mengambil keputusan ini?, dengan cara apa mengukur keberhasilan?. Semua pertanyaan ini adalah teknik efektif dalam menetapkan tujuan yang akan membantu menemukan solusi yang tepat pada akhirnya. Setelah ditentukan, lebih banyak informasi dikumpulkan untuk dibuat keputusan terbaik untuk memecahkan masalah

Langkah 2: Kumpulkan informasi yang relevan

Mengumpulkan informasi terkait keputusan yang saat ini merupakan langkah penting dan membantu dalam menemukan solusi yang berbeda untuk setiap masalah yang ditemukan.

Langkah 3: Temukan solusi alternatif

Mencari solusi yang berbeda untuk masalah yang dihadapi sangat penting. Klien memiliki kebutuhan yang berbeda berdasarkan keadaan masing-masing, sehingga dapat menemukan banyak pilihan saat membuat keputusan penting

Langkah 4: Pertimbangkan bukti

Dalam dunia kesehatan, dan khususnya dunia kebidanan, bidan mengumpulkan berbagai solusi yang ditemukan, kemudian menimbang dan mempelajarinya, selanjutnya menganalisis cara mengatasi masalah tersebut.

Ada beberapa metode umum di mana data subjektif dan objektif dapat dianalisis dan dipertimbangkan:

1. Daftar pro dan kontra
2. Analisis SWOT
3. Matriks keputusan

Langkah 5: Pilih dari sejumlah alternatif

Langkah selanjutnya adalah keputusan akhir. Pertimbangkan semua informasi yang telah dikumpulkan dan dampak dari keputusan terhadap klien. Keputusan yang baik mungkin merupakan kombinasi dari beberapa pilihan dan bukan hanya satu pilihan. Pengambilan keputusan yang efektif membutuhkan pemecahan masalah dan pemikiran. .

Langkah 6: Ambil tindakan

Setelah disetujui oleh pengambil keputusan akhir, maka saatnya menerapkan solusi. Implementasikan solusi tersebut. Luangkan waktu untuk mengembangkan rencana implementasi dan memungkinkan pelaksana dan pembuat kebijakan bekerja sama untuk mengambil langkah selanjutnya. Kemudian jalankan rencana dan pantau kemajuan untuk memastikan bahwa hal tersebut merupakan keputusan yang tepat.

Langkah 7: Tinjau keputusan dan pengaruhnya (baik dan buruk)

Setelah diputuskan, langkah selanjutnya adalah memantau matrik keberhasilan yang disebutkan di Langkah 1. Hal ini dapat digunakan untuk menentukan apakah solusi yang telah ditetapkan memenuhi kriteria keberhasilan. Apabila solusi ini bukan alternatif terbaik, dapat memanfaatkan rencana monev tersedia. Dapat memungkinkan untuk beradaptasi dengan cepat terhadap perubahan dan membuat keputusan terbaik dengan sumber daya yang tersedia.

13.3 Implementasi Kecerdasan Emosional dalam Pengambilan Keputusan Bagi Bidan

Bidan merupakan profesi yang sangat erat hubungannya dengan masyarakat. Tugas dan fungsi bidan pun tidak mudah. Ketika dihadapkan dengan berbagai macam kasus kebidanan yang menuntut harus cepat dan akurat. Hal demikian karena bidan merupakan garda terdepan bagi kesehatan ibu dan anak serta melingkupi seluruh daur kehidupan manusia yang berfokus pada kesehatan perempuan. Kecerdasan emosional memiliki peran penting dalam mendukung profesi bidan untuk menjalankan tugas dan pelayanan kesehatan yang optimal.

Keterampilan komunikasi baik interpersonal maupun intrapersonal bidan dapat dijadikan sebagai dasar untuk menunjukkan kecerdasan emosional yang ada pada bidan. Kecerdasan emosional bidan didefinisikan sebagai kemampuan bidan dalam mengatur emosinya secara cerdas (cerdas mengelola kehidupan emosionalnya) dan mengendalikan emosinya melalui keterampilan, kompetensi, kepercayaan diri, pengendalian diri, empati dan kompetensi sosial. emosi dan ekspresi).

Ada hubungan positif antara kecerdasan emosional dengan pengambilan keputusan (Drastiana, 2016). Kecerdasan emosional yang tinggi menunjukkan tingkat pengambilan keputusan karir yang tinggi. Orang dengan kecerdasan emosional rendah mudah terbawa suasana ketika mengambil keputusan dan tidak mampu menyelesaikan masalah. Keputusan dapat mendikte jalan hidup seseorang, karena hal ini tentunya akan memengaruhi masa depan.

Bagi seorang bidan memiliki kecerdasan emosional yang baik merupakan salah satu indikator keberhasilan menjalankan peran sebagai bidan. Mengapa demikian? Hal tersebut karena pada setiap tahapan keputusan bidan dalam memberikan asuhan kepada para kliennya, memerlukan sikap yang bijaksana, keluasan berfikir, cakap dalam menyampaikan informasi, mampu bersikap tenang dalam situasi apapun, mencerna dengan jernih saat dihadapkan pada keadaan yang mengharuskan bidan untuk memutuskan suatu tindakan, dengan mempertimbangkan segala kemungkinan yang akan terjadi dengan tujuan akhir yaitu kepuasan dan keselamatan klien. Hal ini tidak dapat dikatakan

mudah, karena pengambilan keputusan yang didukung oleh kecerdasan emosional ini dapat optimal karena pengalaman yang didapatkan dari berbagai macam situasi serta berbagai kasus kebidanan yang pernah dilalui oleh bidan.

Menurut salah satu jurnal penelitian, kemampuan sosial adalah salah satu kecerdasan emosional yang sangat berpengaruh pada pengambilan keputusan yang cerdas (Kusuma & Kawedar, 2011). Kemampuan sosial diperlukan untuk membangun hubungan dan berkomunikasi dengan orang lain. Komunikasi dan hubungan yang baik dengan lingkungan sosial memungkinkan kita untuk mudah menyampaikan pendapat untuk membuat keputusan bersama. Hal ini berdampak positif pada proses pengambilan keputusan sehingga maksud dari opini dapat dikomunikasikan dengan baik. .

13.3.1 3 (tiga) faktor penting tentang keterlibatan bidan dalam proses pengambilan keputusan

1. Layanan pendukung “ one to one “, layanan dengan rasa saling percaya antara bidan dan klien, terutama dalam menyelesaikan masalah yang bersifat pribadi.
2. Meningkatkan kepekaan terhadap klien, Dengan kata lain bidan memahami dan dapat memahami kebutuhan kliennya, sehingga bidan berusaha untuk memenuhi kebutuhan tersebut.
3. Berfokus pada Perawatan yang Berpusat pada Wanita dan Perawatan Total untuk memungkinkan bidan memberikan perawatan yang komprehensif dan berpusat pada klien.

13.3.2 Strategi Membantu Klien Dalam Pengambilan Keputusan

1. Membantu klien mengevaluasi pilihannya.
2. Mendukung klien dalam pengambilan keputusan
3. Biarkan klien mengevaluasi pilihan mereka.
4. Mendukung pembuatan jadwal bagi klien.

13.3.3 Jenis Keputusan dibagi dalam 2 kategori:

1. Keputusan yang direncanakan/ terprogram
Keputusan terprogram merupakan keputusan yang dibuat secara rutin dan berulang-ulang
2. Keputusan yang tidak direncanakan/ tidak terprogram.
Keputusan yang tak terprogram adalah keputusan baru, tidak terstruktur dan tidak dapat diprediksi.

13.3.4 Faktor kunci dalam membuat keputusan yang baik.

1. Identifikasi kondisi masalah yang dihadapi oleh klien.
2. Buat daftar keinginan atau opsi keputusan.
3. Dalam setiap keputusan, buatlah daftar konsekuensinya positif dan negatif.

13.3.5 4 Hal Yang Perlu Ditekankan Kepada Klien Dalam Mengambil Keputusan:

1. Keputusan dibuat setelah pelanggan menerima informasi yang cukup untuk mempertimbangkan pilihan berdasarkan keadaan mereka, jadi bertindaklah dengan hati-hati dan bijaksana.
2. Dukung pengambilan keputusan klien melalui konseling sesuai dengan riwayat kesehatan, keinginan, kepribadian dan situasi klien.
3. Keputusan merupakan hak dan menjadi tanggung jawab klien
4. Konseling bukanlah proses informasi, melainkan informasi setelah konselor menerima data atau informasi tentang situasi dan kebutuhan klien.

13.3.6 Pemberian Informasi Yang Efektif

1. Informasi yang diberikan bersifat spesifik
2. Memberikan informasi yang mudah dipahami disesuaikan dengan situasi
3. Diberikan dengan memperhatikan:
 - a. Singkat dan akurat

- b. Menggunakan bahasa sederhana
- c. Gunakan alat bantu visual saat menjelaskan yaitu membuat pelanggan mengajukan pertanyaan dan mengulangi hal-hal penting

Pengambilan keputusan bukanlah hal yang mudah, bukan pula hal yang dapat dilakukan dengan tergesa-gesa. Memerlukan waktu cukup untuk dapat memutuskan dengan terlebih dahulu mempertimbangkan banyak aspek, khususnya pengambilan keputusan yang berkaitan dengan medis. Tidak dapat dipungkiri bahwa waktu memiliki peranan penting, karena waktu yang cukup akan dapat memberi ruang bagi seseorang untuk optimal dalam proses penentuan sebuah keputusan. Menjadi seorang Bidan merupakan sebuah pilihan dan sebuah keputusan yang mulia. Bidan bekerja, bertugas dan berjuang dengan tulus untuk memberikan pelayanan asuhan kebidanan secara menyeluruh pada semua perempuan di mayapada.

Faktor pengalaman tidak dapat dipandang sebelah mata dalam perannya pada penetapan sebuah keputusan. Tidak dapat dipungkiri juga apabila terdapat paradigma di masyarakat bahwa bidan senior dapat memberikan pelayanan yang optimal dan membuat keputusan yang tepat. Hal tersebut cukup logis, karena masyarakat berfiir bahwa bidan senior sudah banyak pengalaman dalam menangani berbagai macam kasus. Sehingga banyak masyarakat yang lebih memilih untuk dating ke bidan senior daripada bidan muda yang dianggap masih belum berpengalaman.

Namun paradigma tersebut tentu saja dapat ditepis dengan cara mengoptimalkan kemampuan yang dimiliki oleh bidan. Menguatkan konsep pelayanan yang komprehensif pada seluruh pelayanan kebidanan. Selain itu dalam meyakinkan klien dan masyarakat, bidan tentu saja harus memiliki kecerdasan emosional yang baik dengan didampingi oleh kecerdasan dan kemampuan lainnya yang mendukung. Tingkat kepercayaan diri seorang bidan dalam menjalankan tugasnya dapat dikembangkan dengan cara dilatih dengan berbagai pengalaman menghadapi kasus-kasus kebidanan baik yang normal maupun yang berisiko. Sehingga semakin lama akan semakin kaut dan matang tingkat kemampuan dalam melayani klien serta bijak dalam membuat suatu keputusan. Keputusan dalam tindakan sesuai kode etik namun juga dapat mendorong klien maupun pasien dalam memutuskan pilihan terbaik bagi dirinya.

Bab 14

Rujukan dan Record Keeping

14.1 Sistem Rujukan

Rujukan merupakan pengalihan wewenang dan kewajiban pada suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan yang dilakukan secara timbal balik, baik secara vertikal yaitu dari satu tingkat fasilitas kesehatan ke tingkat fasilitas kesehatan lain, maupun secara horizontal yaitu antara fasilitas kesehatan yang sama (IDI, 2016).

Rujukan merupakan hal yang harus dilakukan dengan cepat dan tepat ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap untuk kesejahteraan ibu dan bayi baru lahir (JNPK-KER, 2012).

Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan adalah pengelolaan fasilitas medis yang menyusun pengalihan kewajiban dan tanggung jawab fasilitas medis secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal (PMK No 1 Tahun 2012).

Prosedur Sistem rujukan dalam asuhan kebidanan merupakan pengalihan kewajiban secara timbal balik atas kasus atau permasalahan kebidanan yang muncul (Syafudin, 2009).

Pelayanan rujukan dapat dilaksanakan dengan cara, yaitu:

1. Rujukan Horizontal

Rujukan antar penyedia layanan medis pada tingkat tertentu, dilaksanakann apabila yang merujuk tidak mampu menyediakan layanan medis untuk memenuhi kepentingan pasien karena tidak tersedianya sarana, peralatan atau tenaga ahli yang memadai baik yang bersifat sementara atau menetap.

2. Rujukan Vertikal

Rujukan antara berbagai tingkat layanan medis yang berbeda, dari starata dasar ke strata atas atau sebaliknya.

Rujukan vertikal dari jenjang fasilitas medis dasar ke jenjang fasilitas medis atas diterapkan jika:

- a. Pasien memerlukan perawatan medis spesialis atau subspecialis
- b. Keterbatasan fasilitas, peralatan, dan/atau staf menghambat perujuk untuk menyediakan pelayanan medis yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Rujukan vertikal dari jenjang yang lebih tinggi ke jenjang pelayanan dasar diterapkan jika:

- a. Masalah kesehatan pasien dapat selesai di sarana kesehatan tingkat bawah sesuai dengan keahlian dan kapasitasnya.
- b. Keahlian dan kapasitas fasilitas kesehatan tingkat pertama dan kedua lebih baik dalam memberikan pelayanan kepada pasien
- c. Pasien memerlukan perawatan berkesinambungan yang bisa diberikan oleh fasilitas medis dasar untuk tujuan kenyamanan, efektif, dan dalam kurun waktu yang lama
- d. Perujuk tidak cakap melakukan perawatan yang tepat guna untuk memenuhi kepentingan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau tenaga ahli yang tidak mumpuni (IDI, 2016)

Berdasarkan lingkup pelayanan, sistem rujukan terdiri dari dua yaitu:

1. Rujukan Medis

Pada umumnya rujukan medis dihubungkan dengan usaha perawatan dan pemulihan kesehatan, sehingga rujukan medis pada umumnya

berlaku untuk pelayanan kedokteran (medical service). Rujukan medis adalah pendelegasian kewajiban secara timbal balik baik vertikal atau horizontal kepada pihak yang memiliki kapasitas dan kompetensi.

Jenis rujukan medis:

- a. Transfer of patient
 - b. Konsultasi pasien untuk kebutuhan diagnosa, pengobatan, tindakan operatif, dan lain-lain.
 - c. Transfer of specimen
 - d. Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
 - e. Transfer of knowledge atau personal.
 - f. Pengangkatan tenaga ahli dengan kapabilitas yang lebih tinggi untuk mengembangkan kualitas layanan (Syafrudin, 2009)
2. Rujukan Kesehatan

Rujukan kesehatan pada kenyataannya berperan dalam penyelenggaraan kesehatan masyarakat, karena rujukan biasanya berkaitan dengan upaya promosi dan pencegahan.

Rujukan kesehatan terbagi menjadi tiga jenis: rujukan teknologi, sarana dan operasional. Rujukan ke kesehatan mengacu pada pemindahan dan pemeriksaan bahan atau spesimen ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dan lengkap. Ini merupakan rujukan dengan keadaan kesehatan yang bersifat preventif dan promotif kesehatan.

14.2 Manfaat dan Tujuan Rujukan

Menurut Azwar (1996) dalam Lystiorini 2019, beberapa fungsi rujukan dipertimbangkan menurut komponen penyusun pelayanan yaitu:

1. Perspektif Pemerintah sebagai pembuat aturan
Menurut perspektif pemerintah sebagai pembuat aturan kesehatan, keuntungan yang diperoleh adalah berkontribusi pada pengurangan

dana karena fasilitas kesehatan yang berbeda tidak harus menyediakan jenis peralatan medis yang berbeda. Menelaah sistem kesehatan, karena ada kerja sama dengan beragam fasilitas kesehatan yang tersedia, meringkan tugas-tugas administrasi, terutama dalam perencanaan.

2. Perspektif masyarakat sebagai pengguna jasa
Menurut perspektif masyarakat yang merupakan pengguna jasa (health consumer), dimungkinkan untuk menghindari pengulangan tes yang sama, yang bermanfaat untuk mengurangi biaya pengobatan sehingga akses layanan bagi masyarakat lebih mudah, karena tugas dan kewajiban fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Perspektif tenaga medis sebagai penyedia layanan kesehatan.
Dari perspektif tenaga medis sebagai penyedia layanan kesehatan, keuntungan yang diterima yaitu kejelasan jenjang karir bagi tenaga medis dan manfaat positif lainnya seperti motivasi, ketekunan dan komitmen. Semua fasilitas kesehatan memiliki tugas dan kewajiban khusus, dan berkontribusi pada pengembangan wawasan dan kompetensi dengan kolaborasi.

Manfaat sistem rujukan berjenjang yaitu (BPJS, 2014):

1. Menjaga hubungan yang baik antara pengelola sistem kesehatan di seluruh tatanan. Sistem rujukan berjenjang yang efektif secara tidak langsung memotivasi semua fasilitas medis dan tenaga kesehatan untuk mengoordinasikan perawatan pasien. Sistem rujukan mampu meningkatkan hubungan profesional antara tenaga kesehatan.
2. Memastikan pasien mendapat perawatan medis yang maksimal. Pasien yang dirujuk ke fasilitas kesehatan dengan tenaga ahli, peralatan, dan kapasitas yang lebih baik dipastikan memperoleh tindakan medis yang lebih baik. Sekiranya sistem rujukan tidak berhasil, pasien “diminta” menggunakan layanan yang tidak layak. Keadaan sebaliknya juga dapat terjadi, pasien dengan kondisi medis ringan menerima layanan yang lebih mahal. Kondisi ini disebut sebagai “adverse selection” dalam asuransi kesehatan

3. Memastikan perawatan pasien berkesinambungan. Sistem rujukan berjenjang memastikan kesinambungan layanan medis kepada pasien karena fasilitas kesehatan mengalihkan peran dan tanggung jawab perawatan ke fasilitas medis yang mempunyai kapasitas lebih baik. Hal ini untuk menghindari pasien berhenti melakukan pengobatan karena fasilitas medis yang buruk
4. Memastikan bahwa semua fasilitas medis di setiap jenjang dilengkapi dengan fasilitas yang memadai. Sistem rujukan berjenjang memotivasi pemerintah setempat dan investor untuk menyempurnakan peralatan medis di fasilitas kesehatan, atau menambahkan jenis layanan medis lainnya. Rumah sakit dengan tipe tertentu berupaya melengkapi kebutuhan peralatan dan teknologi, tetapi tidak memiliki perlengkapan yang memadai untuk memberikan perawatan.

Tujuan rujukan (Syafurudin, 2009):

1. Semua pasien menerima pelayanan yang optimal.
2. Mengadakan kerja sama dengan mengirimkan pasien atau bahan laboratorium dari unit yang tidak lengkap ke unit yang lengkap.
3. Melakukan transfer ilmu dan teknologi (knowledge and technology transfer) dengan bimbingan dan pelatihan antara pusat pendidikan dan daerah.

14.3 Persiapan dan Prosedur Rujukan

Tahap-tahap rujukan, yaitu (Syafurudin, 2009):

1. Menetapkan kegawatdaruratan pasien
 - a. Pada tingkat kader atau dukun bayi terlatih, didapati pasien yang tidak bisa diatasi oleh anggota keluarga atau kader/dukun bayi, maka harus secepatnya dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat karena kader/dukun bayi belum mampu menentukan kegawatdaruratan yang terjadi pada pasien.

- b. Di tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas Tenaga medis di fasilitas kesehatan tersebut harus mampu menetapkan fase kegawatdaruratan, mereka harus memutuskan kasus mana yang mampu untuk ditangani dan kasus mana yang harus dirujuk sesuai dengan kompetensi dan tanggung jawab mereka.
2. Prinsip dalam menetapkan fasilitas rujukan adalah fasilitas pelayanan yang memiliki kapasitas dan mempertimbangkan jarak yang terdekat termasuk fasilitas kesehatan swasta yang disesuaikan dengan kemampuan pasien.
3. Menyampaikan informasi kepada pasien dan keluarga
4. Mentransfer informasi pada fasilitas rujukan yang dituju
 - a. Menginformasikan bahwa akan ada pasien yang dirujuk
 - b. Meminta arahan hal-hal apa saja yang harus dipersiapkan dan pada saat perjalanan ke fasilitas rujukan
 - c. Meminta arahan dan cara penanganan pasien apabila tidak memungkinkan untuk dirujuk

Persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan, disingkat "BAKSOKUDA, (JNPK-KR, 2012):

1. B (Bidan): pastikan ibu/bayi/klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melakukan pertolongan kegawatdaruratan
2. A (Alat): bawa alat-alat dan bahan – bahan yang dibutuhkan, seperti spuit, infus set, tensimeter, dan stetoskop
3. K (Keluarga): beritahu keluarga tentang keadaan terakhir ibu (klien) dan dasar pasien dirujuk.
4. Suami dan anggota keluarga yang lain diupayakan untuk menyetujui Ibu (klien) ke tempat rujukan.
5. S (Surat): beri surat ke fasilitas rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, atau obat – obat yang telah diterima ibu (klien)
6. O (Obat): bawa obat – obat esensial diperlukan selama perjalanan merujuk

7. K (Kendaraan): siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu cepat
8. U (Uang): ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan
9. DA (Darah & Do'a)

14.4 Faktor yang Memengaruhi Pemanfaatan Rujukan di Pelayanan Kesehatan

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2012), ada tiga faktor yang memengaruhi dalam pengambilan keputusan pasien, yaitu.

1. Faktor Predisposisi
Faktor ini untuk membuktikan bahwa setiap orang cenderung memanfaatkan layanan kesehatan yang berbeda. Hal ini disebabkan oleh karakteristik individu terdiri dari tiga kelompok, yaitu:
 - a. Struktur kependudukan, seperti jenis kelamin, usia, status perkawinan
 - b. Struktur sosial seperti: strata pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama dan lain-lain
 - c. Kepercayaan kesehatan (health belief), seperti kepercayaan bahwa pelayanan kesehatan dapat membantu proses pemulihan dari penyakit
2. Faktor Kemampuan
Faktor kemampuan merupakan situasi di mana seseorang memungkinkan untuk melaksanakan tindakan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, yaitu:

- a. Sumber daya keluarga
Yang merupakan sumber daya keluarga adalah adalah pendapatan keluarga, kepemilikan asuransi kesehatan, kesanggupan untuk membayar jasa pelayanan medis, dan wawasan tentang informasi medis yang diperlukan.
 - b. Sumber daya masyarakat
Sumber daya masyarakat meliputi banyaknya ketersediaan sarana kesehatan, kuantitas tenaga medis yang ada di wilayah tersebut, perbandingan jumlah penduduk dengan petugas kesehatan, dan lokasi pemukiman. Semakin banyak fasilitas dan tenaga medis disuatu tempat, maka akan semakin banyak dimanfaatkan dan diakses oleh masyarakat.
3. Faktor Kebutuhan
- Faktor kebutuhan, merupakan bagian yang sangat berkaitan secara langsung dengan pendayagunaan pelayanan medis. Evaluasi terhadap suatu penyakit adalah komponen dari faktor kebutuhan. Analisis kebutuhan ini berasal dari dua sumber:
- a. Evaluasi individu
adalah evaluasi kondisi kesehatan yang dialami oleh individu, faktor kekhawatiran pada penyakit dan beratnya rasa sakit yang dirasakan
 - b. Evaluasi klinik
adalah penilaian tingkat keparahan penyakit oleh dokter yang memberikan perawatan. Hal ini tergambar dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter

Proses merujuk dipengaruhi oleh kecepatan dan ketepatan pihak perujuk. Keterlambatan dalam merujuk terdiri dari 3 tipe yaitu:

1. Keterlambatan Tipe I
Keterlambatan mengambil keputusan untuk merujuk dan atau mencari tempat rujukan. Determinan keterlambatan tipe 1 adalah faktor sosioekonomi, meliputi:
 - a. Faktor yang melekat pada pasien dan keluarga

- 1) Faktor kondisi penyakit: beratnya penyakit, penyebab penyakit dan kecakapan pasien dan keluarganya mengenali kondisi penyakit dan komplikasi yang mungkin terjadi
 - 2) Status ibu: penghargaan terhadap kesehatan ibu, kemampuan finansial, pembatasan mobilitas
 - 3) Status ekonomi pasien dan keluarga pasien
 - 4) Status pendidikan ibu dan keluarga
 - b. Faktor Lingkungan
isu sosiolegal: praktik aborsi ilegal, sanksi terhadap pelanggaran
2. Keterlambatan Tipe 2
- Terlambat mencapai fasilitas kesehatan rujukan, determinan keterlambatan tipe 2 adalah faktor akses terhadap pelayanan kesehatan meliputi:
- a. Keterlambatan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan
 - 1) Jarak: jarak yang ditempuh oleh pasien untuk mencapai fasilitas rujukan
 - 2) Transportasi: kondisi jalan, sarana transportasi/ kendaraan
 - b. Keterlambatan yang berkaitan dengan pasien dan keluarga
Biaya: dana yang diperlukan untuk perawatan pasien dan keluarga yang mendampingi termasuk kemampuan pasien membayar.
 - c. Faktor yang terkait dengan provider kesehatan
 - 1) Deteksi dini dan penatalaksanaan komplikasi pada kehamilan dan persalinan yang tidak memadai, hal ini menimbulkan keterlambatan dalam membuat keputusan rujukan (keterlambatan level 1)
 - 2) Konseling yang kurang adekuat, menyebabkan ketidakpatuhan pasien (keterlambatan level 1)
 - 3) Merujuk ke fasilitas kesehatan yang tidak sesuai.
 - 4) Waktu yang habis karena proses merujuk yang terlalu lama yang dapat menyebabkan terjadinya komplikasi.
 - 5) Distribusi dan lokasi fasilitas medis

3. Keterlambatan Tipe 3

Terlambat memperoleh perawatan yang dibutuhkan, determinan keterlambatan ini adalah kualitas perawatan yang meliputi:

- a. Kualiatas dan kuantitas tenaga ahli belum memenuhi standar.
- b. Kurangnya sarana dan prasarana, seperti darah, obat, peralatan dan bahan lain yang dibutuhkan dalam perawatan, serta ketersediaan dana perawatan
- c. Adanya by pass ke fasilitas kesehatan sekunder dan tersier menimbulkan penumpukan pasien di fasilitas penerima rujukan sehingga pemberian pelayanan menjadi kurang optimal
- d. Komunikasi yang kurang baik, surat rujukan yang tidak lengkap dan kurangnya persiapan pra-rujukan yang menyebabkan respons time (kecepatan dalam menangani pasien) terlambat. Fasilitas rujukan harus mempersiapkan, mendiagnosis ulang, dan memberikan tindakan untuk stabilisasi pasien sebelum dirujuk (Hadisusanto, dkk 2019).

14.5 Record Keeping

Record Keeping (pencatatan) adalah bagian penting dari pelayanan kesehatan dan sosial dan merupakan bagian dari peran dan tanggung jawab semua tenaga medis. Menurut Law et al (2010), record keeping merupakan sumber utama komunikasi untuk semua tenaga kesehatan, oleh karena itu akurasi catatan memiliki pengaruh besar pada keseluruhan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima klien. Jika catatan tidak lengkap dan tidak akurat, maka komunikasi antar tenaga kesehatan dapat terputus yang berakibat pada pelayanan yang buruk. Meskipun belum ada satu metode record keeping, namun ada prinsip dan standar yang diakui dan dapat digunakan oleh semua tenaga kesehatan sebagai kerangka kerja dalam memberikan pelayanan akurat. Pencatatan yang baik dan akurat merupakan kewajiban setiap pemberi layanan kesehatan sehingga terjalin komunikasi efektif antar tenaga kesehatan untuk meningkatkan keselamatan pasien (E-cert Healthcare Training Limited, 2018)

Catatan kesehatan merupakan bukti tentang perawatan dan pengobatan yang diterima pasien, termasuk catatan kemajuan, penilaian dan rencana perawatan, serta komunikasi tertulis antar rekan kerja tentang pasien. Catatan kesehatan bukan hanya bukti perawatan, tetapi juga alat klinis yang dapat digunakan dalam memberikan perawatan berkesinambungan dan pengambilan keputusan yang tepat pada perawatan dan pengobatan selanjutnya. Jika kualitas pelayanan kesehatan dipertanyakan, maka dokumen catatan kesehatan akan sangat penting untuk setiap penyelidikan atau peninjauan (Unite the Union, 2014).

Sistem record keeping adalah sistem pengarsipan di mana catatan diperoleh, diatur, diakses, dilindungi, disimpan, dan dimusnahkan sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan. Sistem record keeping bukan hanya sekedar teknologi. Untuk menjadikan sistem tersebut sebagai media yang tepat dalam mengelola arsip dokumen dan digital, dibutuhkan kebijakan dan prosedur, peran dan tanggung jawab serta pelatihan yang berkelanjutan. Ada berbagai jenis sistem pencatatan dan cara untuk mengelola catatan dan sistem ini dapat digunakan secara manual maupun digital (Government Record Office, Archives of Manitoba).

Prinsip record keeping:

1. Pencatatan harus diselesaikan pada saat atau segera mungkin setelah memberikan pelayanan.
2. Semua catatan harus ditandatangani, diberi waktu dan tanggal jika ditulis tangan. Jika secara digital, maka harus dapat dilacak ke orang yang memberikan perawatan dan yang membuat pendokumentasian
3. Pastikan selalu memperbaharui kemampuan dalam penggunaan sistem elektronik di tempat kerja, termasuk keamanan, kerahasiaan, dan penggunaan yang tepat.
4. Pencatatan harus dilengkapi secara akurat tanpa memalsukan dan memberikan informasi tentang perawatan yang diberikan serta penetapan untuk perawatan di masa depan dan berkelanjutan.
5. Hindari spekulasi dan penggunaan kata-kata khusus
6. Jika memungkinkan, orang yang anda rawat harus terlibat dalam pencatatan dan harus mampu memahami apa yang ada pada catatan tersebut.

7. Catatan harus dapat dibaca ketika difotokopi atau dipinda dalam bentuk dokumen lainnya
8. Dalam beberapa kasus perlu mengubah catatan, catatan yang asli harus tetap terlihat (gambar dengan satu garis pada catatan yang akan diubah), masukkan/tuliskan catatan baru dan harus ditandatangani, dan sertakan waktunya dan tanggal catatan diubah.
9. Catatan harus disimpan dengan aman dan hanya boleh dimusnahkan sesuai dengan aturan yang berlaku

Tujuan record keeping:

1. Memudahkan pengguna untuk mengarsipkan, menemukan, dan mengambil kembali catatan yang mereka butuhkan
2. Mengelompokkan catatan sehingga catatan 'lengkap' dan terhindar dari kasus
3. Mencegah kebutuhan dan keputusan yang dibuat untuk kepentingan individual
4. Membantu mencegah duplikasi dan pengumpulan dokumen tidak terkelola
5. Mencerminkan aktivitas bisnis
6. Memungkinkan penerapan aturan pengelolaan catatan dan informasi secara akuntabel dan menyeluruh

Organisasi kesehatan dan sosial menerima perkembangan teknologi informasi, di mana catatan/dokumentasi kesehatan terdapat dalam berbagai format meskipun penggunaan catatan elektronik dilakukan secara bertahap, namun dokumentasi kesehatan berbasis dokumen masih tetap banyak digunakan.

Jenis catatan kesehatan:

1. Asuhan/catatan keperawatan dan kebidanan
2. Rekam medis/catatan dokter
3. Catatan dari multidisiplin bidang kesehatan

Menulis catatan klien merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari tugas tenaga kesehatan, pencatatan harus akurat, tepat waktu dan komprehensif sehingga mencerminkan pelayanan yang berkualitas. Badan profesional

perawat dan bidan, Nursing and Midwifery Council (NMC 2010) menyatakan bahwa pencatatan adalah bagian penting dari pelayanan yang aman dan kompeten bagi pemberi layanan/asuhan.

Keakuratan dalam penulisan catatan medis berlaku untuk semua jenis dan format dokumen, terlepas dari cara penyimpanannya, seperti contoh-contoh berikut:

1. Catatan kasus klinis / catatan operasi (Rekam Medis)
2. Kasus layanan sosial (Catatan multidisiplin)
3. Email, surat, formulir rujukan (Catatan multidisiplin)
4. Catatan perawatan harian, catatan masuk (Catatan Keperawatan)
5. Formulir penilaian risiko (Catatan Keperawatan / Perawatan)
6. Laporan kecelakaan dan pernyataan insiden (Catatan multidisiplin)
7. Bagan perawatan, misalnya grafik makanan/berat badan (Catatan Keperawatan / Perawatan)
8. Lembar administrasi obat (Rekam Medis / Perawatan / Perawatan)
(E-cert Healthcare Training Limited, 2018)

Bab 15

Etik Biomedis Dan Aplikasinya Dalam Praktik Kebidanan

15.1 Pendahuluan

Etika dalam pelayanan kebidanan merupakan isu utama di berbagai tempat, di mana sering terjadi karena kurang pemahaman para praktisi pelayanan kebidanan terhadap etika. Bidan dan pasien juga mempunyai kewajiban yang harus ditaati. Dalam tanggungjawab terkandung makna yang asasi yaitu kewajiban. Sebagai pemberi asuhan, bidan bertanggungjawab atas kewenangan yang diberikan pada dirinya (Astuti, E.W, 2016).

Bidan sebagai pemberi pelayanan harus menjamin pelayanan yang profesional dan akuntabilitas serta aspek legal dalam pelayanan kebidanan. Sehingga disini berbagai dimensi etik dan bagaimana pendekatan tentang etika merupakan hal yang penting untuk digali dan dipahami. Moralitas merupakan suatu gambaran manusiawi yang menyeluruh, moralitas hanya terdapat pada manusia serta tidak terdapat pada makhluk lain selain manusia (Tajmiati, Astuti, & Suryani, 2020).

Etika mengandung arti apa yang dianggap baik, dan apa yang dianggap buruk, juga berarti adat kebiasaan. Pembagian etika yaitu etika deskriptif, etika normatif, dan metaetika bioetik, etik klinik, dan etik kebidanan merupakan

tipe-tipe etika teori etika meliputi Utilitarian dan Hedonisme, Eudonisme, Utilitarian, Deontologi (Riyanti, 2018).

Bidan juga sebagai bentuk profesi yang erat kaitannya dengan etika karena lingkup kegiatan bidan sangat berhubungan erat dengan masyarakat. Karena itu, selain mempunyai pengetahuan dan keterampilan, agar dapat diterima di masyarakat, bidan juga harus memiliki etika yang baik sebagai pedoman bersikap / bertindak dalam memberikan suatu pelayanan khususnya pelayanan kebidanan (Purba, et al., 2020).

Kode etik bidan perlu dipahami dan dimengerti oleh bidan. Kode etik bidan menunjukkan hubungan bidan dengan klien, praktik kebidanan, tanggung jawab profesi, peningkatan pengetahuan dan keterampilan bidan (Riyanti, 2018).

15.2 Pengertian Etika

Menurut Bertens, etika adalah nilai-nilai atau norma-norma moral yang menjadi pegangan bagi seseorang atau suatu kelompok dalam mengatur tingkah lakunya, arti ini bisa dirumuskan sebagai sistem nilai. Di dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia Etika dirumuskan dalam 3 arti yaitu tentang apa yang baik dan apa yang buruk, nilai yang berkenaan dengan akhlak, dan nilai mengenai benar dan salah yang dianut suatu golongan atau masyarakat (Astuti, E.W, 2016).

Bioetika berasal dari kata Bios yang berarti kehidupan dan Ethos yang berarti norma-norma atau nilai-nilai moral. Bioetika merupakan studi interdisipliner tentang masalah yang ditimbulkan oleh perkembangan di bidang biologi dan ilmu kedokteran baik skala mikro maupun makro, masa kini dan masa mendatang (Astuti, E.W, 2016).

Bioetika mencakup isu-isu sosial, agama, ekonomi, medis, dan hukum bahkan politik. Bioetika selain membicarakan bidang medis, seperti abortus, euthanasia, transplantasi organ, teknologi reproduksi, dan rekayasa genetik, membahas pula masalah kesehatan, faktor budaya yang berperan dalam lingkup kesehatan masyarakat, hak pasien, moralitas penyembuhan tradisional, lingkungan kerja, demografi, dan sebagainya (Tajmiati, Astuti, & Suryani, 2020).

Menurut F. Abel, Bioetika adalah studi interdisipliner tentang masalah-masalah yang ditimbulkan oleh perkembangan biologi dan kedokteran, tidak hanya memperhatikan masalah-masalah yang terjadi pada masa sekarang, tetapi juga memperhitungkan timbulnya masalah pada masa yang akan datang (Tajmiati, Astuti, & Suryani, 2020).

Etika biomedis dalam arti ini dedefinisikan oleh International Association of Bioethics adalah studi tentang isu-isu etis, sosial, hukum, dan isu-isu lain yang timbul dalam pelayanan kesehatan dan ilmu-ilmu biologi (Astuti, E.W, 2016).

15.3 Etika Dan Pelaksanaannya Dalam Pelayanan Kebidanan

1. Etika dalam pelayanan kontrasepsi etika dalam pelayanan kontrasepsi Pemilihan alat kontrasepsi merupakan hak klien dan suami untuk merencanakan pengaturan kelahiran mereka (Riyanti, 2018).
2. Etika dalam penelitian kebidanan Bidan seharusnya meningkatkan pengetahuannya melalui berbagai proses seperti dari pengalaman pelayanan kebidanan dan dari riset kebidanan. Bidan wajib mendukung penelitian yang bertujuan memajukan ilmu pengetahuan kebidanan. Bidan harus siap untuk mengadakan penelitian dan siap untuk memberikan pelayanan berdasarkan hasil penelitian (Riyanti, 2018).

15.4 Tujuan Dari Bioetika

1. Bioetika sangat diperlukan sebagai pengawal riset biologi dan bioteknologi modern.
2. Pembelajaran bioetika diarahkan untuk mencegah dampak negatif yang muncul dari teknologi.
3. Pembelajaran bioetika menunjukkan pada mahasiswa untuk menjadi ilmuwan yang memiliki tanggung jawab sosial.

4. Pembelajaran bioetika dibutuhkan karena menekankan pada pengembangan berpikir kritis untuk menentukan sisi baik dan buruk atau dimensi etis dari biologi modern dan teknologi yang terkait dengan kehidupan.
5. Pembelajaran bioetika dapat melatih mahasiswa menjadi ilmuwan biologi yang dapat mempertimbangkan tindakan-tindakan yang akan dilakukan (Riyanti, 2018).

15.5 Fungsi Etika Dalam Pelayanan Kebidanan

Dalam pemberian layanan kebidanan, bidan haruslah berlandaskan pada fungsi dan moralitas pelayanan kebidanan yang meliputi (Purba , et al., 2020):

1. Menjaga otonomi dari setiap individu khususnya Bidan dan Klien
2. Menjaga kita untuk melakukan tindakan kebaikan dan mencegah tindakan yg merugikan/membahayakan orang lain
3. Menjaga privacy setiap individu
4. Mengatur manusia untuk berbuat adil dan bijaksana sesuai dengan porsinya
5. Dengan etik kita mengetahui apakah suatu tindakan itu dapat diterima dan apa alasannya
6. Mengarahkan pola pikir seseorang dalam bertindak atau dalam menganalisis suatu masalah
7. Mendapatkan informasi tentang hal yg sebenarnya
8. Memberikan petunjuk terhadap tingkah laku/perilaku manusia antara baik, buruk, benar atau salah sesuai dengan moral yg berlaku pada umumnya
9. Berhubungan dengan pengaturan hal-hal yg bersifat abstrak
10. Memfasilitasi proses pemecahan masalah etik
11. Mengatur hal-hal yang bersifat praktik

12. Mengatur tata cara pergaulan baik di dalam tata tertib masyarakat maupun tata cara di dalam organisasi profesi
13. Mengatur sikap, tindak tanduk orang dalam menjalankan tugas profesinya yg biasa disebut kode etik profesi.

15.6 Pelaksanaan Etika Dalam Pelayanan Kebidanan

Bidan dalam melaksanakan pelayanan kebidanan menggunakan prinsip sebagai berikut Prinsip kerja bidan adalah (Astuti, E.W, 2016):

1. Kompeten dalam pelayanan kebidanan
2. Praktek berdasarkan fakta / evidence based
3. Pengambilan keputusan yang bertanggung jawab
4. Pemakaian teknologi secara etis
5. Memahami perbedaan budaya dan etnik
6. Memberdayakan / mengajarkan untuk promosi, informed choice dan ikut serta dalam pengambilan keputusan
7. Sabar tapi rational, advokasi
8. Bersahabat dengan perempuan, keluarga dan masyarakat

15.7 Kaidah Dasar Etik Biomedis

Dasar-dasar bioetika adalah etika tradisional, di mana asas etika tradisional tersebut berupa:



Gambar 15.1: Kaidah Dasar Etik Biomedis (Purba , et al., 2020)

15.8 Issue Etik dalam Pelayanan Kebidanan

Isu adalah masalah pokok yang berkembang di masyarakat atau suatu lingkungan yang belum tentu benar, serta membutuhkan pembuktian. Issue etik dalam pelayanan kebidanan merupakan topik yang penting yang berkembang di masyarakat tentang nilai manusia dalam menghargai suatu tindakan yang berhubungan dengan segala aspek kebidanan yang menyangkut baik dan buruknya (Astuti, E.W, 2016).

1. Issue etik yang terjadi antara bidan dengan klien, keluarga, masyarakat

a. Kasus:

Seorang perempuan hamil G1P0A0 hamil 38 minggu datang ke polindes dengan keluhan perutnya terasa mengencang sejak 5 jam yang lalu. Setelah dilakukan VT, pembukaan 3, janin letak sungsang. Bidan merencanakan dirujuk ke rumah sakit. Keluarga klien terutama suami menolak untuk dirujuk dengan alasan tidak punya biaya. Bidan memberikan penjelasan persalinan anak letak sungsang bukan kewenangannya dan menyampaikan tujuan dirujuk demi keselamatan janin dan juga ibunya, tetapi keluarga tetap ingin ditolong bidan di polindes. Karena keluarga tetap memaksa, akhirnya bidanpun menuruti kemauan klien serta keluarga untuk menolong persalinan tersebut. Persalinan berjalan

sangat lama karena kepala janin tidak bisa keluar. Setelah bayi lahir ternyata bayi sudah meninggal. Keluarga menyalahkan bidan bahwa bidan tidak bisa bekerja secara profesional dan dalam masyarakat pun juga tersebar bahwa bidan tersebut dalam melakukan tindakan sangat lambat dan tidak sesuai prosedur.

b. Konflik:

Keluarga / suami menolak untuk dirujuk ke rumah sakit dengan alasan tidak punya biaya untuk membayar operasi.

c. Isu:

Di mata masyarakat, bidan tersebut dalam pelayanan atau melakukan tindakan tidak sesuai prosedur dan tidak profesional. Selain itu juga masyarakat menilai bahwa bidan tersebut dalam menangani pasien dengan kelas ekonomi rendah sangat lambat atau membedakan antara pasien yang ekonomi atas dengan ekonomi rendah.

d. Dilema:

Kenyataan di lapangan, bidan merasa kesulitan untuk memutuskan rujukan karena keluarga memaksa ingin ditolong bidan. Dengan segala keterbatasan kemampuan dan sarana, bidan melakukan pertolongan persalinan yang seharusnya dilaksanakan di rumah sakit dan ditolong oleh spesialis kebidanan.

2. Issue Etik yang terjadi antara Bidan dengan Teman Sejawat

a. Kasus:

Di suatu desa yang tidak jauh dari kota di mana di desa tersebut ada dua orang bidan yaitu bidan "A" dan bidan "B" yang sama – sama memiliki BPM (Bidan Praktik Mandiri) dan ada persaingan di antara dua bidan tersebut. Pada suatu hari datang seorang pasien yang akan melahirkan di BPM bidan "B" yang lokasinya tidak jauh dengan BPM bidan "A". Setelah dilakukan pemeriksaan ternyata pembukaan masih belum lengkap dan bidan "B" menemukan letak sungsang dan bidan tersebut tetap akan menolong persalinan tersebut meskipun mengetahui bahwa hal tersebut melanggar wewenang sebagai seorang bidan demi

mendapatkan banyak pasien untuk bersaing dengan bidan “A”. Sedangkan bidan “A” mengetahui hal tersebut. Jika bidan “B” tetap akan menolong persalinan tersebut, bidan “A” akan melaporkan bidan “B” untuk menjatuhkan bidan “B” karena dianggap melanggar wewenang profesi bidan.

b. Issue:

Seorang bidan melakukan pertolongan persalinan sungsang.

c. Konflik:

Menolong persalinan sungsang untuk mendapatkan pasien demi persaingan atau dilaporkan oleh bidan “A”.

d. Dilema:

1) Bidan “B” tidak melakukan pertolongan persalinan sungsang tersebut namun bidan kehilangan satu pasien.

2) Bidan “B” menolong persalinan tersebut tapi akan dijatuhkan oleh bidan “A” dengan dilaporkan ke lembaga yang berwenang.

3. Isu Etik Bidan dengan Team Kesehatan Lainnya

a. Kasus:

Seorang wanita berusia 35 tahun sedang hamil mengalami jatuh dan perdarahan hebat. Suami memanggil bidan dan bidan memberikan pertolongan pertama. Bidan menjelaskan pada keluarga, agar istrinya dibawa ke rumah sakit untuk dilakukan kuretase. Keluarga menolak dan menginginkan agar bidan saja yang melakukan kuretase. Bidan kemudian melakukan kuretase dan 2 hari kemudian, pasien mengalami perdarahan dan dibawa ke rumah sakit. Dokter menanyakan riwayat kejadian pada suami pasien. Suami pasien kemudian mengatakan bahwa 2 hari lalu isterinya mengalami perdarahan dan dilakukan kuretase oleh bidan. Dokter kemudian memanggil bidan tersebut dan terjadilah konflik antara bidan dengan dokter tersebut.

b. Issue:

Malpraktek Bidan melakukan tindakan di luar wewenangnya.

- c. **Konflik:**

Bidan melakukan kurentase di luar wewenangnya sehingga terjadilah konflik antara bidan dan dokter.
 - d. **Dilema:**

Jika tidak segera dilakukan tindakan dikuatirkan dapat merenggut nyawa pasien karena BPM jauh dari RS. Namun, jika dilakukan tindakan, bidan merasa melanggar kode etik kebidanan dan merasa melakukan tindakan di luar wewenangnya.
4. **Issue Etik Yang Terjadi Antara Bidan dan Organisasi Profesi**
- a. **Kasus:**

Seorang ibu yang ingin bersalin di BPM. Sejak awal kehamilan, ibu tersebut sudah sering memeriksakan kehamilannya. Menurut hasil pemeriksaan bidan, ibu tersebut mempunyai riwayat hipertensi, maka kemungkinan lahir pervagina sangat berisiko saat persalinan tiba. Tekanan darah ibu menjadi tinggi. Jika tidak dirujuk, maka berisiko terhadap janin dan kondisi si ibu itu sendiri. Risiko pada janin bisa terjadi gawat janin dan perdarahan pada ibu. Bidan sudah mengerti risiko yang akan terjadi. Tapi bidan lebih memetingkan egonya sendiri karena takut kehilangan komisinya dari pada dirujuk ke rumah sakit. Setelah janin lahir, ibu mengalami perdarahan hebat, sehingga kejang-kejang dan meninggal. Saat berita itu terdengar, Organisasi Profesi Indonesia (IBI), memberikan sanksi yang setimpal bahwa dari kecerobohannya sudah merugikan orang lain. Sebagai gantinya, ijin praktik (BPM) bidan A dicabut dan dikenakan denda sesuai dengan pelanggaran tersebut.
 - b. **Issue:**
 - 1) Terjadi malpraktik
 - 2) Pelanggaran wewenang Bidan
 - c. **Dilema:**

Perlu disadari bahwa dalam pelayanan kebidanan seringkali muncul masalah atau isu di masyarakat yang berkaitan dengan etik dan moral, dilema serta konflik yang dihadapi bidan sebagai

praktisi kebidanan. Isu adalah masalah pokok yang berkembang di masyarakat atau suatu lingkungan yang belum tentu benar, serta membutuhkan pembuktian. Bidan dituntut berperilaku hati-hati dalam setiap tindakannya dalam memberikan asuhan kebidanan dengan menampilkan perilaku yang etis profesional.

15.9 Issue Etik Dan Dilema

Issue Etik adalah topik yang cukup penting untuk dibicarakan sehingga mayoritas individu akan mengeluarkan opini terhadap masalah tersebut sesuai dengan asas ataupun nilai yang berkenaan dengan akhlak nilai benar salah yang dianut suatu golongan atau masyarakat. Dilema Etik adalah situasi yang dihadapkan individu pada dua pilihan, dan tidak satupun dari pilihan itu dianggap sebagai jalan keluar yang tepat (Astuti, E.W, 2016).

1. Contoh issue etik dalam kehidupan sehari - hari
 - a. Persetujuan dalam proses melahirkan.
 - b. Memilih atau mengambil keputusan dalam persalinan
 - c. Kegagalan dalam proses persalinan
 - d. Pelaksanaan USG dalam kehamilan
 - e. Konsep normal pelayanan kebidanan
 - f. Bidan dan pendidikan seks
2. Contoh masalah etik yang berhubungan dengan teknologi
 - a. Perawatan intensif pada bayi



Gambar 15.2: Perawatan Intensif

- b. Screening bayi
- c. Transplantasi organ



Gambar 15.3: Trnsplantasi Organ

- d. Teknik reproduksi dan kebidanan.



Gambar 15.4: Teknik Reproduksi dan Kebidanan

- 3. Contoh masalah etik yang berhubungan dengan profesi
 - a. Pengambilan keputusan dan penggunaan etik
 - b. Otonomi bidan dan kode etik professional
 - c. Etik dalam penelitian kebidanan
 - d. Penelitian tentang masalah kebidanan yang sensitive

Biasanya beberapa contoh mengenai isu etik dalam pelayananan kebidanan adalah berhubungan dengan masalah-masalah sebagai berikut:

- 1. Agama / kepercayaan
- 2. Hubungan dengan pasien
- 3. Hubungan dokter dengan bidan
- 4. Kebenaran
- 5. Pengambilan keputusan
- 6. Pengambilan data
- 7. Kematian Kerahasiaan

8. Aborsi
9. AIDS
10. In Vitro fertilization

15.10 Issue Moral Dan Dilema Moral

Isu Moral adalah merupakan topik yang penting berhubungan dengan benar dan salah dalam kehidupan sehari-hari, sebagai contoh nilai-nilai yang berhubungan dengan kehidupan orang sehari - hari menyangkut kasus abortus euthansia, keputusan untuk terminasi kehamilan. Dilema moral menurut Campbell adalah suatu keadaan di mana dihadapkan pada dua alternatif pilihan, yang kelihatannya sama atau hampir sama dan membutuhkan pemecahan masalah. Beberapa contoh isu moral dalam kehidupan sehari-hari (Astuti, E.W, 2016):

1. Kasus abortus
2. Euthanansia
3. Keputusan untuk terminasi kehamilan

15.11 Aspek Hukum Dalam Praktik Kebidanan

Bidan merupakan profesi yang berhubungan dengan keselamatan jiwa manusia, memiliki pertanggung jawaban dan tanggung gugat (accountability) atas semua tindakan yang dilakukannya, sehingga semua tindakan yang dilakukan oleh bidan harus berbasis kompetensi dan didasari suatu evidence based. Accountability diperkuat dengan satu landasan hukum yang mengatur batas-batas wewenang profesi yang bersangkutan. Beberapa dasar dalam otonomi dan aspek legal yang mendasari dan terkait dengan pelayanan kebidanan antara lain sebagai berikut (Astuti, E.W, 2016):

1. Permenkes No. 1464/MENKES/ X/2010 Tentang Registrasi dan Praktik Bidan

2. PP No 36 tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan
3. Kepmenkes Republik Indonesia 1144/Menkes/Per/VIII/2010 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Kemenkes
4. UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
5. Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 369/Menkes/SK/III/ 2007 Tentang Standar Profesi Bidan
6. UU No. 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan
7. UU Tentang Aborsi, Adopsi, Bayi Tabung, dan Transplantasi
8. KUHAP, dan KUHP, 1981
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 585/Menkes/Per/IX/ 1989 Tentang Persetujuan Tindakan Medis.
10. UU yang terkait dengan Hak Reproduksi dan Keluarga Berencana
11. UU No. 10/1992 Tentang Pengembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera
12. UU No. 23/2003 Tentang Penghapusan Kekerasan Terhadap Perempuan di Dalam Rumah Tangga
13. Undang-Undang Tentang Otonomi daerah

Legislasi adalah proses pembuatan undang-undang atau penyempurnaan perangkat hukum yang sudah ada melalui serangkaian kegiatan sertifikasi (pengaturan kompetensi), registrasi (pengaturan kewenangan), dan lisensi (pengaturan penyelenggaraan kewenangan). Tujuan legislasi adalah memberikan perlindungan kepada masyarakat terhadap pelayanan yang telah diberikan (Tajmiati, Astuti, & Suryani, 2020).

Registrasi adalah proses pendaftaran, pendokumentasian dan pengakuan terhadap bidan, setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi inti atau standar penampilan minimal yang ditetapkan, sehingga secara fisik dan mental mampu melaksanakan praktik profesinya. Tujuan registrasi untuk meningkatkan kemampuan tenaga profesi dalam mengadopsi kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang pesat (Riyanti, 2018).

Lisensi adalah proses administrasi yang dilakukan oleh pemerintah atau yang berwenang berupa surat ijin praktik yang diberikan kepada tenaga profesi yang telah teregistrasi untuk pelayanan mandiri. Tujuan lisensi untuk melindungi masyarakat dan pelayanan profesi (Astuti, E.W, 2016).

Bab 16

Refleksi Dalam Praktik Kebidanan

16.1 Pendahuluan

Refleksi adalah proses belajar melalui pengalaman sehari-hari dan merupakan bagian integral dari program pendidikan tinggi sarjana dan pascasarjana. Siswa didorong untuk menggunakan model refleksi terstruktur untuk menunjukkan kemampuan mereka untuk merefleksikan pengalaman mereka selama praktik klinis. Elemen penting dari kebidanan yang terus berkembang dan berkembang adalah kebutuhan bidan untuk secara kritis merefleksikan praktik mereka untuk menginformasikan dan meningkatkan perawatan bagi wanita yang melahirkan anak. Refleksi melibatkan pembelajaran melalui pengalaman sehari-hari dan merupakan bagian integral dari program kebidanan pendidikan tinggi sarjana dan pasca sarjana. Ini adalah pandangan mendalam tentang peristiwa, di mana reflektor meninjau situasi dan mencoba mencari tahu apa yang terjadi, apa yang mereka rasakan atau pikirkan tentangnya, siapa atau apa yang memengaruhi tindakan tertentu dan bagaimana mereka akan merespons jika itu terjadi lagi. Refleksi mendukung pembelajaran seumur hidup dengan menumbuhkan wawasan ke dalam praktik profesional, meningkatkan kesadaran diri dan memungkinkan pemahaman yang lebih dalam tentang analisis dan evaluasi untuk memperkuat penyelidikan kritis dan

menginformasikan praktik (Helyer, 2015; Sweet, Bass, Sidebotham, Fenwick, & Graham, 2019).

Refleksi dapat didefinisikan sebagai 'berpikir, bermeditasi atau merenungkan', dan merupakan pemahaman filosofis tentang bagaimana kita memperoleh pengetahuan melalui pengalaman. Konsep berpikir reflektif sebagai bagian dari pembelajaran yang digagas oleh filsuf dan pendidik John Dewey, yang mendefinisikannya sebagai: 'Pertimbangan yang aktif, gigih dan hati-hati terhadap kepercayaan atau bentuk pengetahuan apa pun yang diduga berdasarkan alasan yang mendukungnya dan kesimpulan lebih lanjut yang menjadi kecenderungannya.'

Dewey menggambarkan refleksi sebagai proses yang memungkinkan pembelajaran dari serangkaian pengalaman yang berkelanjutan dari mana kesinambungan makna terjadi dari waktu ke waktu. Konsep pemikiran reflektif ini, bagaimanapun, sebagian besar ditempatkan dalam konteks pendidikan, di mana siswa bertujuan untuk mendapatkan pengetahuan dan pemahaman melalui pembelajaran. Dalam konteks profesional, refleksi diketahui bermanfaat dalam pembelajaran pengalaman, dan untuk pengembangan keterampilan berpikir kritis, yang memfasilitasi integrasi antara teori dan praktik.

Refleksi melibatkan mengidentifikasi pencapaian dalam suatu situasi untuk melihat ke depan. Ini meningkatkan kesadaran diri dan memungkinkan praktisi untuk melihat sesuatu dengan jelas dan membuat keputusan terbaik (Johns, 2009). Ini juga memberikan fokus yang berguna karena memungkinkan seseorang untuk mengeksplorasi pengaruh yang membentuk dan memandu praktik individu. Ketika digunakan dengan baik, refleksi memungkinkan pembelajaran, dan dalam praktik profesional memungkinkan praktisi untuk menunjukkan kemajuan mereka untuk mencapai hasil pembelajaran dan standar yang diperlukan (Fadilah, Husin, Nurihsan, & Ramdani, 2020; Persson, Kvist, & Ekelin, 2015; Wain, 2017).

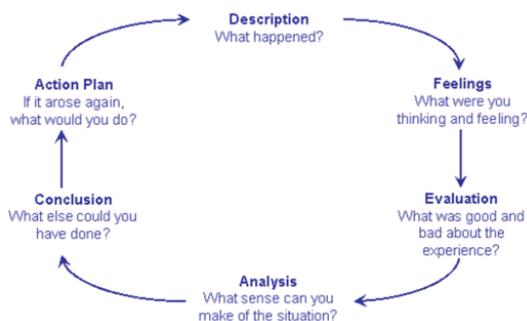
16.2 Model Refleksi Dalam Kebidanan

Refleksi menyediakan struktur untuk mengevaluasi pembelajaran, memungkinkan teori dan konsep mengakar dalam praktik, dan mendorong pemikiran dan inovasi yang berkelanjutan (Heyer, 2015). Ada banyak model

refleksi yang berbeda tetapi karya Gibbs (1988), SchÖn (1983), Kolb (1984) dan Johns (2000) sangat relevan dengan pendidikan kebidanan dan keperawatan.

1. Gibbs (1998)

Proses refleksi dipandang sebagai pola siklus perilaku, di mana hasil refleksi sebelumnya menginformasikan tindakan masa depan. Proses ini berjalan dengan baik dalam program pendidikan tinggi, dan memungkinkan siswa untuk membangun pengetahuan dan pemahaman yang sudah ada sebelumnya, dan mengembangkan keterampilan klinis.



Gambar 16.1: Model Gibbs (Sumber: libguides.scu.edu.au)

Siklus ini menggabungkan enam elemen berbeda:

- Deskripsi: pelajar mengingat peristiwa, memanfaatkan kekuatan pengamatan untuk mengingat dengan akurat dan tidak memihak
- Perasaan: pelajar mengidentifikasi reaksi terhadap peristiwa
- Evaluasi: pelajar menimbang aspek positif dan negatif dari pengalaman
- Analisis: pelajar menandai interaksi pribadi terhadap literatur dan penelitian yang diterbitkan
- Kesimpulan: pembelajar merangkum tanggapan terhadap peristiwa, apa yang telah dipelajari dan reaksi atau tanggapan apa yang terbaik di masa depan
- Rencana tindakan: metode untuk memformalkan hasil refleksi pelajar

2. Schon (1983)

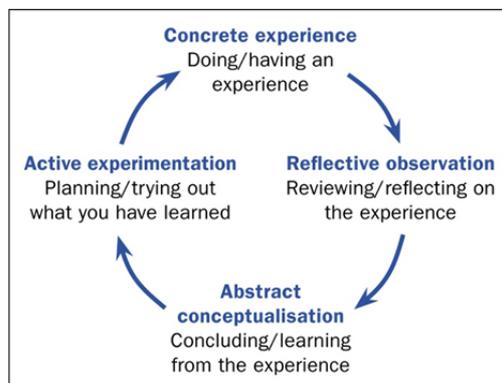
Salah satu interpretasi paling berpengaruh dari praktik reflektif adalah pendekatan Donald Schön (1983), yang membedakan antara refleksi-dalam-aksi dan refleksi-on-aksi. Schön tertarik pada bagaimana orang-orang dari berbagai profesi memecahkan masalah pekerjaan, dan bagaimana pembelajaran mereka berkembang dengan pengalaman dalam profesi yang mereka pilih. Fokus model ini adalah hubungan antara pengetahuan akademik yang ditentukan oleh universitas dan perolehan kompetensi klinis dalam praktik. Refleksi-dalam-tindakan mengacu pada proses mengamati pikiran dan tindakan yang terjadi untuk membuat penyesuaian pada saat itu. Ini adalah proses melakukan pengujian 'on-the-spot' dari situasi berdasarkan pengalaman, pengetahuan dan keterampilan. Responsnya segera, memanfaatkan pengetahuan dan pengalaman saat situasi terbuka. Refleksi-on-aksi adalah proses melihat ke belakang dan belajar dari pengalaman untuk memengaruhi tindakan di masa depan. Di sinilah siswa melihat kembali dan mempertimbangkan praktik, dengan praktik selanjutnya didasarkan pada musyawarah dan pemikiran ini. Ini kemudian dikembangkan lebih lanjut oleh Killion dan Todnem (1991) untuk memasukkan refleksi-untuk-tindakan, yang mengembangkan model Schön untuk memandu tindakan masa depan berdasarkan pemikiran dan tindakan masa lalu. Dalam pendidikan kebidanan, refleksi dan tindakan mendorong pertimbangan pikiran dan perasaan untuk memaksimalkan kesadaran dan wawasan diri.

3. Kolb (1984)

Kolb (1984) mengusulkan bahwa seseorang belajar melalui penemuan dan pengalaman dan menghasilkan Siklus Pembelajaran Experiential untuk menunjukkan bahwa pembelajaran yang efektif terjadi ketika siswa bergerak melalui siklus empat tahap. Model tersebut menyediakan model holistik dari proses pembelajaran dan disebut 'pembelajaran eksperimental' untuk menekankan peran penting yang dimainkan oleh pengalaman dalam proses

pembelajaran. Model empat tahap digunakan dengan baik dalam pendidikan kebidanan untuk menunjukkan pembelajaran dan refleksi selama penempatan klinis. Ini terdiri dari tahapan berikut:

- a. Pengalaman konkret: pelajar diberi tugas di mana keterlibatan aktif adalah kunci untuk belajar
- b. Pengamatan reflektif: pembelajar mengambil waktu dari tugas untuk meninjau apa yang telah dilakukan dan dialami
- c. Konseptualisasi abstrak: pembelajar mencoba memahami apa yang telah terjadi dan menafsirkan peristiwa untuk meningkatkan pemahaman
- d. Eksperimen aktif: pembelajar mempertimbangkan bagaimana mempraktikkan apa yang telah dipelajari.



Gambar 16.2: Siklus Kolb (Sumber: britishjournalofmidwifery.com)

4. John's Model (2000)

Model tersebut terdiri dari pertanyaan-pertanyaan berikut:

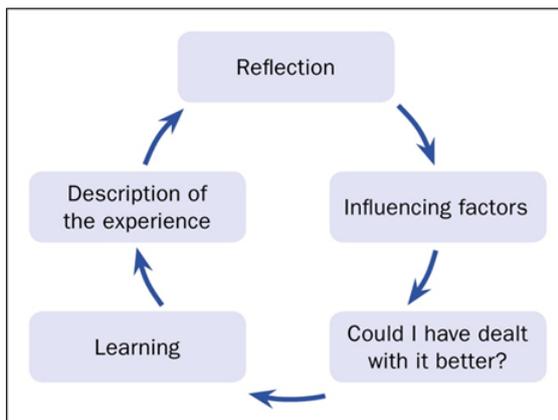
- a. Deskripsi: menggambarkan peristiwa dan faktor-faktor penting
- b. Refleksi: apa yang ingin Anda capai dan apa konsekuensinya?
- c. Faktor yang memengaruhi: faktor apa yang memengaruhi pengambilan keputusan (internal, eksternal, pengetahuan yang ada)?
- d. Evaluasi: bisakah Anda menghadapinya dengan lebih baik? Pilihan apa yang Anda miliki, dan apa konsekuensinya?

- e. Belajar: apa yang akan berubah karena pengalaman dan bagaimana perasaan Anda tentangnya? Apakah itu akan mengubah cara Anda mengetahuib?

Looking in	Looking out
Find a space to focus on self	Write a description of the situation surrounding your thoughts and feelings
Pay attention to your thought and emotions	What issues seemed significant?
Write down these thoughts and emotions that seem significant in realising desirable work	Aesthetics What was I trying to achieve? Why did I respond as I did? What were the consequences of that for the patient/others? How were others feeling? How did I know this?
	Personal How did I feel in this situation What internal factors were influencing me?
	Ethics - moral knowledge How did my actions match my beliefs? What factors made me act in an incongruent way?
	Empirics - scientific What knowledge did or should have informed me?

Gambar 16.3: Looking In and Looking Out (Sumber: britishjournalofmidwifery.com)

Model Johns dikembangkan untuk praktisi keperawatan meskipun dapat juga diterapkan pada kebidanan. 'Melihat ke Dalam' dan 'Melihat ke Luar'



Gambar 16.4: John's Model (Sumber: britishjournalofmidwifery.com)

16.3 Refleksi dalam Pendidikan Kebidanan

Pendidikan kebidanan mengikuti teori model andragogi dan berusaha untuk menginspirasi keterampilan berpikir kritis untuk mempromosikan penerapan teori ke praktik melalui penelitian berbasis bukti, disampaikan dalam berbagai pengaturan dan dinilai dengan banyak metode berbeda. Andragogi adalah istilah yang lebih disukai untuk menggambarkan pengajaran dan pembelajaran orang dewasa dan termasuk dalam pedagogi humanistik, yang berpusat di sekitar pembelajaran seumur hidup, motivasi diri dan aktualisasi diri, di mana siswa memiliki keinginan untuk belajar untuk memenuhi potensi mereka sendiri.

Pendidikan kebidanan mengikuti teori model andragogi dan berusaha untuk menginspirasi keterampilan berpikir kritis untuk mempromosikan penerapan teori ke praktik melalui penelitian berbasis bukti, disampaikan dalam berbagai pengaturan dan dinilai dengan banyak metode berbeda. Andragogi adalah istilah yang lebih disukai untuk menggambarkan pengajaran dan pembelajaran orang dewasa dan termasuk dalam pedagogi humanistik, yang berpusat di sekitar pembelajaran seumur hidup, motivasi diri, dan komponen prinsip andragogi:

1. Konsep diri: tanggung jawab untuk belajar berpindah dari ketergantungan guru ke orang dewasa yang bertanggung jawab atas pembelajaran mereka
2. Pengalaman: orang dewasa menggunakan pengalaman hidup mereka sebagai sumber untuk mengarahkan pembelajaran mereka
3. Orientasi pembelajaran: orang dewasa menghubungkan pembelajaran dengan situasi kehidupan nyata, sehingga pembelajaran menjadi terfokus pada masalah dan termotivasi
4. Kesiapan untuk belajar: pelajar dewasa bersifat sukarela dengan kemauan untuk belajar.

Refleksi merupakan elemen penting dari pendidikan kebidanan, dan mahasiswa didorong untuk menggunakan model refleksi untuk menunjukkan kemampuan mereka untuk merefleksikan dan pengalaman mereka selama praktek klinis. Siswa memberikan bukti reflektif tertulis tentang pengalaman

penempatan mereka, yang kemudian menjadi bagian dari tinjauan tripartit sumatif yang diperlukan untuk penilaian praktik. Setelah setiap penempatan, siswa juga memiliki diskusi reflektif untuk memungkinkan mereka mempertimbangkan, berbagi, dan mengevaluasi pengalaman klinis mereka dalam lingkungan yang aman dan rahasia di mana mereka didorong untuk berpikir tentang bagaimana peristiwa dapat membentuk dan menginformasikan masa depan dan tindakan aktualisasi diri, di mana siswa memiliki keinginan untuk belajar untuk memenuhi potensi mereka sendiri (Fenech, 2016).

Namun, kegiatan pengungkapan, unsur-unsur praktik, pemikiran dan ide mungkin tampak menakutkan atau menakutkan pada awalnya, sehingga fasilitator perlu mengembangkan metode pengajaran mereka sendiri untuk mendorong siswa berbagi pengalaman. Latihan reflektif dapat memungkinkan para profesional untuk menggunakan pengalaman untuk belajar tentang diri mereka sendiri, pekerjaan mereka, hubungan antara pribadi dan profesional, dan masyarakat dan budaya yang lebih luas.

Profesional kebidanan menghadapi situasi yang menantang, kompleks dan tak terduga yang membutuhkan proses reflektif dan reflektif yang tepat. Refleksivitas adalah proses memahami dan mempertanyakan sikap, nilai, asumsi, dan prasangka untuk memahami peran dalam hubungannya dengan orang lain. Ini memungkinkan tindakan hati-hati dan etis dan mengembangkan kesadaran diri tentang bagaimana pandangan ditentukan tergantung pada norma budaya atau sosial. Mampu secara kritis merefleksikan pengalaman memungkinkan praktisi untuk mengeksplorasi situasi sulit dan memungkinkan penyelidikan ke dalam pikiran, perasaan, keyakinan, nilai-nilai. Berpikir kritis memberikan pengetahuan dan pemahaman untuk menarik kesimpulan tentang suatu pengalaman, untuk belajar dari peristiwa tersebut dan membentuk rencana tindakan untuk praktik di masa depan (Haora, 2020).

Para siswa bekerja secara individu, berpasangan atau dalam kelompok, untuk membangun model yang mewakili aspek tertentu dari praktik klinis, dan untuk menjelaskan fitur-fiturnya. Verbalisasi ini merupakan tahap yang diperlukan dari proses refleksi, karena makna atau fitur tertentu melekat pada model. Dengan bekerja dengan metafora dan simbol dengan cara ini, aktivitas reflektif memungkinkan tingkat keterlibatan yang lebih dalam dengan peristiwa tertentu. Siswa menggunakan gambar atau model mereka untuk merefleksikan pengalaman mereka dan proses refleksi itu sendiri, memperoleh wawasan lebih lanjut dan memungkinkan pemahaman yang lebih dalam. Sesi tersebut

penting untuk memungkinkan siswa mengembangkan keterampilan berpikir kritis untuk mempersiapkan mereka belajar seumur hidup dan refleksi selama karir profesional mereka(Odendaal & Baldwin, 2015).

Laporan tentang asuhan kebidanan sering menyoroti tantangan yang dihadapi mahasiswa dan bidan saat memenuhi tuntutan praktik kontemporer. Pembelajaran berkelanjutan dan pengembangan profesional diperlukan untuk memungkinkan para profesional beradaptasi dengan perubahan lanskap asuhan kebidanan, dan refleksi (dan pengembangan keterampilan reflektif) merupakan bagian dari kemajuan ini untuk menunjukkan pendidikan berkelanjutan. Refleksi dapat memberdayakan bidan untuk membuat keputusan tentang kebutuhan pembelajaran individu, dan dengan menjadi praktisi reflektif, ini pada akhirnya meningkatkan kesadaran diri, identitas diri, dan pertumbuhan pribadi, yang mengarah pada kepuasan kerja dan pemenuhan profesional yang lebih besar (Bass, Sidebotham, Creedy, & Sweet, 2020).

Bab 17

Model Asuhan dan Peran Profesional Kesehatan Lain dalam Memberikan Asuhan yang Berkualitas

17.1 Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang masih tinggi di Indonesia menjadi dasar upaya Pemerintah untuk menyediakan pelayanan kebidanan yang berkualitas. Dalam hal ini bidan memiliki peran yang sangat besar dalam memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas.

Kemenkes 320 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Bidan, menyebutkan bahwa pelayanan kebidanan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan. Pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh bidan tidak terlepas dari filosofi kebidanan. Filosofi kebidanan merupakan suatu keyakinan yang dimiliki oleh setiap bidan, yang digunakan sebagai kerangka berpikir untuk memberikan asuhan kebidanan.

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. Asuhan kebidanan diberikan oleh bidan dengan beberapa model yang dapat membantu bidan untuk memberikan asuhan yang tepat kepada pasien. Model asuhan kebidanan adalah suatu bentuk pedoman / acuan yang merupakan kerangka kerja seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan dipengaruhi oleh filosofi yang dianut bidan (filosofi asuhan kebidanan) meliputi unsur-unsur yang terdapat dalam paradigma kesehatan (manusia-perilaku, lingkungan dan pelayanan kesehatan).

17.2 Model Asuhan Kebidanan

Model asuhan kebidanan adalah berdasarkan filosofi bahwa kehamilan dan persalinan merupakan peristiwa fisiologis yang dialami oleh perempuan. Beberapa model asuhan kebidanan tersebut adalah:

1. Women Centered Care

Model asuhan kebidanan women centered care merupakan model asuhan dengan berpegang pada suatu filosofi dan pendekatan praktis, yang dipilih secara sadar untuk mengelola asuhan pada perempuan di usia reproduksinya. Model asuhan yang berorientasi pada perempuan ini menjadikan bidan bertugas sebagai pemberi dukungan dalam upaya perempuan mendapatkan hak yang sama di masyarakat terkait kondisi kesehatannya sendiri, untuk dapat memilih dan memutuskan perawatan kesehatannya sendiri.

Model asuhan ini merupakan kolaborasi antara bidan dan perempuan, yang dibangun dengan proses interaksi antara kedua belah pihak tersebut dan adanya keterbukaan untuk meningkatkan rasa saling percaya. Baik bidan dan perempuan akan mengakui keahlian dan saling menghormati kemampuan masing-masing, berdasarkan pengalaman yang telah diperoleh sebelumnya. Bidan akan memberikan perhatian yang seimbang antara pengalaman yang

sebelumnya telah diperoleh perempuan dengan kebutuhan atau kondisi kesehatan serta kesejahteraan ibu dan bayinya saat ini.

Prinsip model asuhan kebidanan *women centered care* adalah:

a. Pilihan

Perempuan memiliki hak untuk mempertimbangan sebelum memutuskan segala sesuatu yang berhubungan dengan asuhan kebidanan yang akan diperolehnya. Hal ini berarti bidan wajib memberikan informasi yang lengkap mengenai kondisinya sampai dengan penatalaksanaan dari kondisinya sampai dengan efek yang mungkin akan terjadi apabila perempuan menyetujui atau menolak asuhan tersebut. Contoh pilihan disini adalah kehamilan, kontrasepsi, tempat pelayanan kesehatan dan lain sebagainya.

b. Akses

Perempuan berhak untuk mendapatkan kemudahan akses mengenai asuhan yang akan diperolehnya. Kemudahan dalam menjangkau atau kemudahan akses ini meliputi kemudahan untuk menjangkau tempat pelayanan kebidanan, pelayanan kebidanan yang dapat dijangkau sewaktu-waktu ketika dibutuhkan, terjangkau biaya untuk mendapatkan pelayanan kebidanan.

c. Kualitas

Asuhan yang diberikan oleh bidan sesuai dengan harapan dan kebutuhan perempuan. Asuhan yang diberikan bermutu sesuai dengan standar, berdasarkan keilmuan terbaru, nyaman dan aman. Perempuan sebagai pasien merasa dihargai dan terjaga kerahasiaannya.

Berdasarkan prinsip tersebut bidan akan melakukan pendekatan yang positif kepada pasiennya dengan menjaga komunikasi dan interaksi. Dalam proses tersebut bidan akan selalu menunjukkan empati, sehingga perempuan tidak memiliki rasa khawatir akan dihakimi mengenai kondisinya. Bidan akan memberikan penjelasan yang terbuka, lengkap dan akurat, memberikan kesempatan pada pasien untuk mengajukan pertanyaan, serta memastikan bahwa

kerahasiaannya akan terjaga. Hal ini akan mendorong perempuan secara suka rela untuk bercerita mengenai kondisi dan perasaannya dengan lebih nyaman. Kondisi inilah yang menciptakan suasana dukungan kepada perempuan untuk dapat membuat pilihannya sendiri. Model asuhan kebidanan *women centered care* juga melibatkan peran serta masyarakat. Selain itu, model asuhan ini juga melibatkan profesional kesehatan lainnya apabila diperlukan.

2. Primary Care

Model asuhan yang mengemban fungsi promotif dan preventif untuk menjamin status kesehatan dalam tingkat masyarakat, secara adil dan merata. *Primary care* merupakan pintu masuk dari pelayanan kesehatan dengan fungsi kuratif. Model ini memiliki fokus pada kesehatan individu dan asuhan yang berkesinambungan. Penerapan model merupakan strategi untuk mencapai kesehatan untuk semua (*health for all*) dengan tujuan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan dapat menurunkan angka rawat inap dan kunjungan gawat darurat.

Primary care diselenggarakan dengan partisipasi masyarakat dan juga kerjasama dari sektor-sektor lain yang terkait. Sehingga dapat dikatakan bahwa seluruh lapisan masyarakat memiliki peran dalam mengembangkan kesehatan di komunitas.

Bidan merupakan *primary care giver*, yaitu praktisi kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dalam bentuk asuhan kebidanan pada tingkat awal atau dasar kepada perempuan di komunitas. Asuhan kebidanan yang diberikan kepada perempuan adalah asuhan kebidanan sepanjang daur kehidupannya dan harus sesuai dengan kewenangan yang dimiliki oleh bidan.

Primary care ini terwujud dalam *primary health care*, yaitu pelayanan kesehatan dasar yang diakses oleh setiap individu dan atau keluarga di masyarakat atau komunitas. Pelayanan tersebut dapat dilakukan di Puskesmas beserta jejaringnya (posyantu, pustu, polindes, dan sebagainya), serta Praktik Mandiri Bidan (PMB).

Bentuk pelayanan yang diberikan bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

3. Continuity of Care (CoC)

Continuity of Care (CoC) adalah model asuhan kebidanan dengan memberikan pelayanan kebidanan terpadu secara berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, pasca salin sampai dengan KB, serta neonatus dan bayi. Tujuan CoC adalah untuk memberikan asuhan kebidanan yang holistik pada perempuan. Keyakinan mengenai proses kehamilan, persalinan dan nifas adalah suatu proses biologis yang normal dialami oleh perempuan selama masa reproduksinya, sehingga asuhan ditekankan pada minimnya intervensi. Penerapan model ini dilakukan dengan membangun kemitraan melalui komunikasi dan interaksi, untuk membina hubungan saling percaya, serta memberikan pendampingan dan dukungan kepada pasien. CoC menitikberatkan pada kualitas pelayanan.

Asuhan kebidanan yang dilakukan secara kontinyu membuat bidan akan lebih mengetahui riwayat dan kondisi pasien sekarang. Hal ini yang akan digunakan oleh bidan sebagai dasar untuk mengambil tindakan yang efisien sesuai dengan kondisi pasien. Asuhan kebidanan berkelanjutan ini dilakukan secara kerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan dipimpin oleh bidan. Asuhan berkesinambungan ini dilakukan secara terhubung di rumah, masyarakat dan sarana kesehatan.

Komponen utama dalam CoC terdiri dari: (1) manajemen, (2) informasi, dan (3) hubungan. Dalam kontinuitas manajemen terdapat keterlibatan komunikasi antara fakta dan penilaian dari tim pemberi asuhan, batasan institusional dan profesional, serta antara pemberi asuhan dengan pasien. Kontinuitas informasi berhubungan dengan ketersediaan waktu yang relevan dari informasi yang tepat. Yang mana kedua hal ini penting bagi pihak manajemen dan pasien. Kontinuitas hubungan menandakan bahwa setiap saat terjadi hubungan yang bersifat terapeutik antara satu atau beberapa bidan

dengan pasien. Hubungan antara bidan dan pasien yang terjadi secara kontinyu ini ditemukan memiliki efek dalam pencapaian hasil asuhan yang optimal.

17.3 Peran Profesional Kesehatan Lainnya

Berdasarkan SUPAS pada Tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia adalah sebanyak 305 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan data dari SDKI, Angka Kematian Bayi (AKB) sebanyak 24 per 1000 kelahiran hidup. Kedua angka ini menunjukkan bahwa masih ada pekerjaan rumah yang belum terselesaikan mengenai Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Penyebab dari kematian ibu di antaranya adalah hipertensi, pre-eklamsi atau eklamsi, perdarahan, infeksi, serta komplikasi lainnya.

Upaya Pemerintah untuk menurunkan AKI dan AKB ini adalah dengan memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas. Pelayanan kebidanan yang berkualitas adalah pelayanan komprehensif yang diberikan oleh bidan, sesuai dengan kewenangannya, baik secara mandiri, kolaborasi maupun rujukan, dalam rangka peningkatan kesehatan ibu, anak, keluarga dan masyarakat dengan memuaskan.

Dalam Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan menyebutkan bahwa peran profesional bidan lainnya dalam memberikan asuhan yang berkualitas adalah:

1. Pemberi pelayanan kebidanan

Bidan berperan untuk memberikan pelayanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Bidan memberikan asuhan kepada perempuan sepanjang daur kehidupannya, yaitu mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, KB, gangguan reproduksi sampai dengan masa menopause, serta memberikan asuhan pada bayi baru lahir. Asuhan dilakukan dengan menerapkan manajemen asuhan kebidanan, yang melibatkan pasien dan keluarga, yang diakhiri dengan membuat laporan sebagai bukti dokumentasi. Secara mandiri

asuhan itu dilakukan pada pasien dengan kondisi normal. Sedangkan secara kolaboratif, asuhan dilakukan pada pasien dengan risiko tinggi dan mengalami komplikasi, atau mengalami kegawatan yang memerlukan pertolongan pertama, yang dilakukan secara kolaboratif bersama tenaga medis dan atau tenaga kesehatan lainnya. Rujukan dilakukan oleh bidan pada pasien dengan kondisi penyulit tertentu yang tidak termasuk dalam kewenangan bidan.

2. Pengelola pelayanan kebidanan

Bersama dengan masyarakat, bidan mengelola pelayanan kebidanan dengan mengembangkan pelayanan kesehatan dasar terutama pelayanan kebidanan, dengan sasaran individu, keluarga maupun kelompok masyarakat. Bidan bersama-sama dengan tim menjalankan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerjanya.

3. Penyuluh dan konselor

Bidan berperan memberikan penyuluhan dan bertindak sebagai konselor mengenai masalah kesehatan terutama kesehatan perempuan dan anak, dengan sasaran individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Penyuluhan dan konseling dilakukan dengan mengkaji kebutuhan, kemudian merencanakan dan melaksanakan penyuluhan dan konseling tersebut.

4. Pendidik, pembimbing dan fasilitator klinik

Bidan melatih dan membimbing kader kesehatan, dan mahasiswa kesehatan (bidan, perawat dan lainnya), serta membina dukun yang masih ada di wilayahnya, berdasarkan keilmuan yang up to date dalam rangka peningkatan pengetahuan dan keterampilan yang menunjang terlaksananya pelayanan kebidanan yang berkualitas.

5. Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan

Salah satu strategi dalam upaya penurunan AKI dan AKB dilakukan dengan pendekatan yang terintegrasi. Pendekatan yang dilakukan oleh bidan adalah dengan pemberdayaan perempuan dan keluarga. Pemberdayaan dilakukan dengan meningkatkan akses pendidikan bagi perempuan. Dengan meningkatkan akses pendidikan dapat memberikan kesempatan pada perempuan untuk mengembangkan

potensinya sebagai sumber daya manusia di masyarakat, sehingga dapat meningkatkan kesempatan dan peran perempuan dalam kemitraan lintas sektor. Bidan juga mendorong peningkatan keterlibatan keluarga dan masyarakat dalam upaya mendukung kesejahteraan dan kesehatan ibu dan anak.

6. Peneliti

Bidan secara mandiri maupun bersama dengan tim melakukan penyelidikan terkait kesehatan terutama kesehatan ibu dan anak di wilayahnya. Penyelidikan ini bertujuan untuk mengidentifikasi permasalahan yang ada di wilayahnya, kemudian menyusun rencana penyelesaian masalahnya. Kegiatan ini dilakukan untuk menunjang program kerja dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, serta meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.

Bab 18

Pengembangan Profesional Berkelanjutan Dan Pentingnya Belajar Sepanjang Hayat

18.1 Konsep Profesionalisme

Profesionalisme merupakan kondisi yang dimiliki oleh sekelompok orang yang memiliki keunggulan dibidang pengetahuan tertentu dengan memiliki keahlian, ketrampilan ilmu pengetahuan serta memiliki kemandirian dalam melaksanakan tugas profesi sesuai keilmuan. Bidan merupakan profesi yang anggotanya telah menjalankan tugasnya secara professional. Undang-undang yang berhubungan dengan profesionalisme bidan telah di atur dan terus dilengkapi dan disempurnakan. Beberapa Undang-Undang yang telah diterbitkan mulai adanya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369/Menkes /SK/III/2007 tentang standar profesi bidan. Dilengkapi dengan Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan serta disempurnakan dalam Undang-Undang nomor 4 tahun 2019 tentang kebidanan. Dengan undang-undang yang telah di keluarkan pemerintah memberikan ruang adalah leluasa untuk bidan dalam menjalankan tugasnya secara professional. Tanggung jawab yang dimiliki bidan secara professional dapat di lihat dari tersusnya

kode etik, system yang mengatur praktik kebidanan serta terus meningkatkan kesadaran bidan untuk dapat melaksanakan tugas tanggung jawabnya sebagai seorang tenaga Kesehatan yang sesuai dengan peraturan perundangan sebagai kebijakan yang telah di tetapkan pemerintah.

Bidan dalam menjalankan tugas dan praktik kebidanan selalu memperhatikan standar yang telah ditetapkan bagi organisasi bidan. Pelayanan profesi seorang bidan sangat penting dalam menentukan kualitas pelayanan Kesehatan secara umum. Indikator keberhasilan Kesehatan adalah merupakan bagian tanggung jawab bidan yaitu menurunkan Angka kematian ibu dan bayi (AKI atau AKB). Berbagai upaya telah dilaksanakan untuk menekan AKI dan AKB namun sampai saat ini belum mencapai harapan yang dibutuhkan. Faktor penyebab AKI didominasi adanya penyakit penyerta yang dialami. ruang lingkup pelayanan profesionalisme bidan meliputi: ibu selama masa kehamilan dan persalinan serta bayi baru lahir dan seluruh siklus kehidupan seorang wanita yang memerlukan peningkatan standar profesionalisme bidan.

18.1.1 Profesi bidan

Pengertian profesi secara umum yaitu sesuatu pekerjaan adalah memiliki lingkup pengetahuan khusus dalam menjalankan tugas profesi telah disepakati ditetapkan sebagai pandangan hidup serta adanya keterikatan semua anggotanya untuk mentaati semua peraturan adalah telah ditetapkan setelah dilakukan kajian secara akademisi. Profesi juga merupakan wujud pekerjaan adalah dilaksanakan sesuai dengan Teknik dan prosedur dengan penuh dedikasi serta tetap memberikan peluang untuk bekerja sesuai kode etik profesi. Pemahaman tentang profesi juga dapat berhubungan dengan suatu jabatan dalam pekerjaan bidan adalah di dalam melaksanakan tugasnya seluruh anggota bidan melaksanakan tugas sesuai keahlian dalam bentuk keunikan profesi melalui Pendidikan formal dan non formal untuk terus meningkatkan kualitas bidan. (Djam'an Satori,dkk. 2009)

18.1.2 Profesionalisme bidan

Profesionalisme seorang bidan sangat penting untuk menilai dan memahami factor dalam menilai kualitas pelayanan adalah diberikan bidan. Profesionalisme bidan berhubungan dengan keahlian yang dimiliki oleh anggotanya dan dinilai baik atau buruknya sebagai seorang tenaga ahli. Dalam melaksanakan pelayanan professional bidan harus mengacu pada eksistensi adalah harus di miliki serta sikap dan komitmen adalah dimiliki seluruh

anggota bidan. Profesionalisme yang dimiliki bidan perlu secara berkesinambungan ditingkatkan dalam memberikan pelayanan kebidanan secara prima agar pelayanan berkualitas diberikan oleh semua bidan.

Profesionalisme bidan Indonesia telah mendapatkan pengakuan baik dari dalam negeri maupun luar negeri secara internasional dan dilakukan oleh organisasi bidan di seluruh dunia. Profesionalisme bidan tampak dalam bentuk tanggung jawab bidan dalam menjalankan tugasnya. Kualitas pelayanan kebidanan terus ditingkatkan dalam memberikan asuhan kepada ibu dan anak dalam siklus kehidupan Wanita. Dengan profesionalisme bidan dapat dirasakan oleh pasien, keluarga dan masyarakat penerima jasa pelayanan yang diberikan oleh bidan. Masyarakat pengguna jasa kebidanan selalu mengharapkan bidan dapat memenuhi kepuasan serta diharapkan diterima oleh masyarakat sebagai pengguna. Bidan diharapkan dapat menampakkan sifat yang ramah tamah, didasari oleh pengetahuan ketrampilan dan perilaku yang baik (Yuningsih, R.2016)

18.2 Pendidikan Berkelanjutan Bagi Bidan

Pendidikan bagi bidan Indonesia memiliki beberapa jalur Pendidikan formal adalah saat ini bisa di pilih oleh bidan. Jalur Pendidikan tersebut yaitu Pendidikan jalur vokasi, profesi dan jalur akedemisi. Dengan adanya pilihan jalur Pendidikan formal bidan dapat terus meningkatkan jenjang pendidikan lebih tinggi adalah sangat bermanfaat dalam memberikan pelayanan maupun kepangkatan dan jabatan dalam mengembangkan karir bidan. Bila ditinjau dari jenjang Pendidikan formal adalah dapat dilakukan bidan yaitu jenjang akademi atau diploma dan Pendidikan program sarjana serta program pasca sarjana kebidanan. Bidan dapat pula mengembangkan Pendidikan berkelanjutan dengan mengikuti berbagai pelatihan baik pelatihan teknis maupun program sesuai dengan kebutuhan pengguna. Berbagai pelatihan telah disediakan oleh institusi Pendidikan, pemerintah serta organisasi bidan (IBI) di semua tingkatan terdekat. (Yuningsih, R.2016).

Selain Pendidikan formal bidan dapat meningkatkan kualitasnya melalui berbagai Kerjasama dalam melaksanakan pengabdian kepada masyarakat serta

penelitian adalah akan memberikan kontribusi informasi keadaan bidan adalah saat ini ada serta kebutuhan pelatihan adalah diperlukan. Bersama organisasi profesi bidan (IBI) kebijakan serta berbagai solusi di pilih agar semua bidan Indonesia memiliki kesempatan untuk mengikuti Pendidikan berkelanjutan. (Erawati, Rinayati and Wahyuning, 2019).

18.2.1 Pendidikan

Periodesasi sistem pendidikan di tiap negara memiliki ciri khas khusus tergantung dari kondisi politik sosial budaya serta kebijakan yang telah ditetapkan pemerintah pada suatu masa tertentu. Secara umum periode perkembangan pendidikan dibagi dalam 4 periode yaitu: 1) Periode observasi: periode yang berhubungan dengan sistem kehidupan di negara lain secara umum, 2) Periode observasi; periode pendidikan lebih menekankan penelitian dan penyelenggaraan pendidikan di suatu tempat untuk terus mengembangkan sistem pendidikan. 3) periode studi atau periode ekspansi: periode adalah mempertimbangkan hubungan dalam sistem pendidikan adalah ada dengan masyarakat, ekspansi dari pengaruh kemajuan IT dapat terjadi pertukaran informasi tentang sistem pendidikan. 4) periode membandingkan aspek kehidupan manusia di antara bangsa adalah menuntut kualitas manusia adalah seimbang antara intelektual dan spritual serta aspek sosial dan moral adalah berlaku. Dalam mempersiapkan pendidikan adalah berkualitas dibutuhkan komponen adalah mendukung termasuk para tenaga pendidik adalah harus juga mempersiapkan kurikulum pendidikan serta metode pembelajaran adalah sesuai dengan kebutuhan adalah ada. Metode dalam memberikan pendidikan tidak hanya berfokus pada kontekstual namun juga menyelaraskan dengan fakta faktual adalah ada di sekitar kehidupan sosial untuk memahami karkater utama kultur budaya adalah ada di masyarakat (Pendidikan, 2020).

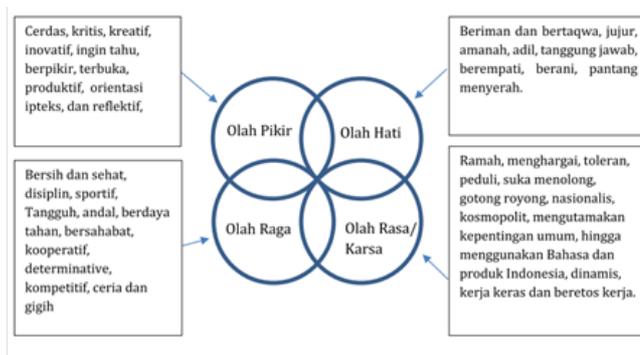
Dalam Undang-Undang Dasar 1945 pada pasal 31 disebutkan bahwa tiap-tiap warga negara Indonesia memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pengajaran. Pendidikan adalah diselenggarakan untuk seluruh warga negara Indonesia memiliki tujuan untuk meningkatkan kecerdasan serta membentuk manusia adalah lebih berkualitas. Hasil akhir dari pendidikan yaitu terciptanya masyarakat adalah memiliki kemandirian, ketrampilan serta terus mengembangkan inovasi dengan dilandasi iman dan ketaqwaan. Dalam mencapai tujuan pendidikan manusia Indonesia selalu menempatkan diri sebagai makhluk individu sosial adalah memiliki agama. Pembangunan Pendidikan nasional mengarahkan pada pemanfaatan potensi dan budaya

adalah ada di masyarakat. Berbagai dimensi adalah terkait dengan pendidikan nasional yaitudimensi sosial, ekonomi budaya serta politik sehingga perlu terus dipupuk etos adalah kuat di kalangan masyarakat terpelajar. Warga negara adalah berpendidikan hendaknya memiliki dimensi hulum adalah baik (good citizen), di mana warga pembelajar memiliki motivasi tentang cara memenuhi segala kewajiban disamping mendapatkan hak dalam kehidupan berbangsa bernegara di dalam masyarakat adalah penuh dengan keberagaman. Permasalahan adalah masih dijumpai dalam pendidikan yaitumasih belum meratanya akses pendidikan bagi seluruh bangsa, kurangnya relevansi dan dayasaing dalam peningkatan mutu pendidikan, penataan serta pembentukan citra publik adalah perlu terus dibenahi serta pemenuhan pembiayaan pendidikan adalah telah dianggarkan sesuai dengan perundangan adalah berlaku. Sementara di kancah Internasional persaingan dunia pendidikan akan selaras dengan pemenuhan tuntutan dunia usaha adalah semakin cepat terjadi perubahan dan perkembangan. Sehingga dalam dunia pendidik perlu membuka carawala melihat perkembangan pendidikan di internasional dan memilih metode adalah tepat untuk mensejajarkan bangsa Indonesia dengan masyarakat lain. Pendidikan yang berlangsung di Indonesia terus dilaksanakan dengan memperhatikan adanya kesetaraan gender adalah memberikan kesempatan adalah sama bagi wanita dan pria. Terutama pendidikan bidang yang menurut definisi bidang Indonesia adalah seorang perempuan sehingga kesempatan pendidikan kebidanan merupakan suatu bentuk kesetaraan gender yang di fasilitasi pemerintah. Pendidikan berkelanjutan perlu memperhatikan beberapa hal antara lain: kesadaran dan informasi yang cepat berubah, sitem pengetahuan yang berkembang, perlindungan dan melaksanakan manajemen lingkungan sekitar tempat pendidikan, rasa perdamaian dan keadilan, kondisi setempat, keragaman dan kearifan budaya,kesehatan isu yang berkembang serta pentingnya menjalin kemitraan bagi dunia pendidikan dengan sektor lain. Sehingga semua warga negara berhak mendapatkan kesempatan yang sama untuk menempuh pendidikan setinggi mungkin sepanjang hayatnya (Suryana, 2020).

Kualitas sumberdaya manusia dan pendidikan bila dipandang dari laporan UNESCO menunjukkan hal memprihatinkan karena di bidang pendidikan Indonesia berada di peringkat ke 62 dari 130 negara. Mutu pendidikan Indonesia dapat dilihat dari banyaknya jumlah lulusan sekolah adalah tidak dapat bekerja. Sementara bila dilihat dari daya saing sesama negara di ASEAN menurut versi *world economic* forum Indonesia masih berada di urutan 54 dari 131 negara. Rendahnya kualitas pendidikan di Indonesia di pengaruhi oleh

kondisi infrastruktur dan geografis negara Indonesia adalah sangat beragam. Upaya pemerataan akses dan peningkatan kualitas pendidikan dilakukan melalui kesempatan pendidikan formal maupun pendidikan non formal melalui pelatihan dan pendampingan bimbingan teknis serta terus berupaya memnuhi sarana prasarana dasar adalah dibutuhkan. Kualitas pendidikan dapat dilihat dari mutu pendidikan adalah merupakan gambaran dari segi ekomomi, sosiologi dan kemajuan pendidikan tersebut. Semakin baik mutu pendidikan memiliki dampak ekonomi karena banyaknya tenaga kerja adalah diserap dari tiap lulusan adalah akan meningkatkan perekonomian masyarakat. Pendidikan bermutu dapat meningkatkan status sosial dan perkembangan kesejahteraan serta budaya suatu bangsa (Sumiati and Ahmad, 2021).

Pendidikan kebidanan di Indonesia memiliki tujuan untuk meningkatkan profesionalisme para bidan dengan tetap memperhatikan nilai kebangsaan, agama serta lainnya. Beberapa model pembelajaran yang dapat ditingkatkan antara lain dengan pendekatan problem based learning. *Cooperative learning* dan *reflective learning*, pendidikan dengan memperhatikan pendidikan yang dibentuk melalui pemahaman budi perkerti akan terlihat dalam perilaku keseharian antara lain bentuk tanggung jawab, kejujuran serta saling menghormati hak manusia serta terus membangun kerjasama untuk mencapai tujuan pendidikan. Pendidikan karakter adalah dikembangkan dalam pendidikan kebidanan yaitumerupakan upaya membentuk mabusia seutuhnya adalah peduli memiliki nilai etis serta berakhal mulia. Standar kompetensi lulusan yang ditentukan dalam pendidikan kebidanan juga merupakan tujuan pendidikan karakter dengan meningkatkan pengetahuan, mengkaji dan menginternalisasi perilaku terpuji bidan dalam melayani pasien dan dalam kehidupan sehari-hari. Menurut kementerian pendidikan Grand desain pembentukan karakter individu sangat di pengaruhi oleh kondisi psikologis dan kultural tiap individu. Pendidikan karakter bidan terkait dengan berbagai aspek antara lain kognitif afektif dan konatif serta psikomotor adalah terus berlangsung sepanjang hayat. Sesuai dengan peran fungsi bidan maka asuhan kebidanan dalam memberikan pelayanan dalam siklus kehidupan manusia terbagi dalam beberapa kelompok yaitu: kelompok spiritual and emosional *development* (olah hati) *intelectual development* (olah pikir) serta *psysical and kinestetik* olah raga serta affective and creativity (olah karsa dan rasa adalah salaing berkaitan. Dan saling melengkapi. Sehingga pendidikan karekter dipilih untuk dikembangkan secara koherensi serta proses totalitas dalam ranah psikososial.



Gambar 18.1: Koherensi Karakter dalam Konteks Totalitas Proses psiko Sosial (Gunawan, 2012)

Kebijakan adalah diambil dalam menerapkan pendidikan nilai dan karakter bidang dilaksanakan mengacu dari UU RI no 20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional. khususnya pada pasal 1 ayat 1 di mana pendidikan yaitumerupakan suatu usaha adalah dilaksanakan secara sadar dan terencana untuk mendukung terwujudnya suasana belajar sehingga peserta didik dapat secara aktif untuk terus mengembangkan potensi adalah ada dalam dirinya dengan terus meningkatkan spiritual sesuai dengan nilai agama dan kepercayaan adalah dianut , melakukan penguendalian diri meningkatkan kecerdasan mencerminkan akhlak adalah mulia serta mampu melakukan pelayanan dengan memiliki ketrampilan adalah dibutuhkan oleh rakyat agar seluruh rakyat Indonesia dapat menikmati pelayanan kebidanan adalah bermutu dan memiliki karakter bangsa (Handayani, 2021)

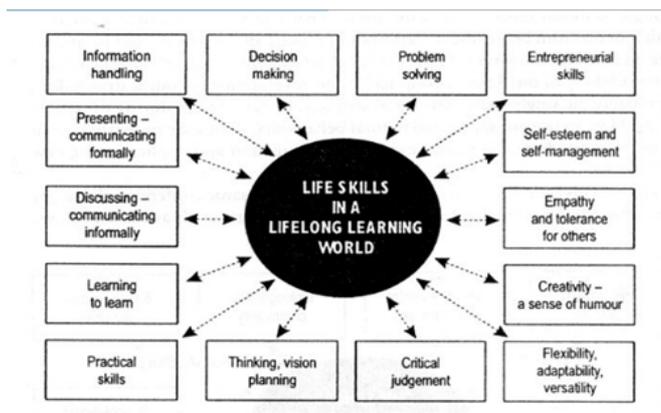
18.3 Pendidikan Sepanjang Hayat

Long life education atau pendidikan sepanjang hayat merupakan sistem pendidikan yang dapat dilakukan oleh semua manusia sejak lahir hingga akhir hayatnya. Pendidikan dapat dilaksanakan dengan memperhatikan kondisi dan peristiwa yang dialami masing-masing individu. Pendidikan sepanjang hayat tidak dibatasi oleh usia dan pelaksanaan pendidikan sangat bervariasi baik secara tempat waktu maupun metode pembelajaran. Tiap individu dapat menjadi sumber belajar dalam segala kesempatan yang di jumpai dalam perjalanan kehidupan. Jangka waktu dan tempat untuk mengikuti pembelajaran tidak ada

pembatasan secara spesifik. Pendidikan sepanjang hayat dapat dilaksanakan dengan memadukan antara bentuk tempat dan waktu serta tahap belajar yang ingin di capai oleh tiap individu termasuk kebidanan (abdul hamid isa, 2019). Pendidikan sepanjang hayat dapat dilaksanakan diluar sekolah dengan merancang tujuan pembelajaran dengan baik. Pendidikan sepanjang hayat bermanfaat untuk mengembangkan potensi manusia melalui semua proses yang dilaksanakan secara terus menerus agar semua pengetahuan nilai ketrampilan dan pemahaman dapat didapatkan selama proses kehidupan. Melalui pendidikan sepanjang hayat tiap individu dapat menstimulasi dan terus memberdayakan semua pengetahuan potensi, nilai luhur yang telah dimiliki serta terus meningkatkan ketrampilan yang sangat berperan dalam memberikan pelayanan kebidanan. Dalam proses pendidikan sepanjang hayat tiap individu dapat meningkatkan rasa percaya diri serta meningkatkan kemampuannya mengembangkan kreativitas yang dimiliki dalam proses yang menyenangkan. Pendidikan sepanjang hayat merupakan suatu konsep yang terus direkomendasikan menjadi induk dari upaya meningkatkan inovasi pendidikan yang tertuang dalam UU sisdiknas no 20 tahun 2003. Pendidikan sepanjang hayat dapat dijadikan sebagai landasan dalam mengembangkan pendidikan di satuan pendidikan maupun jalur pendidikan yang sudah ada sebelumnya.

Jalur pendidikan nasional yang telah ada yaitu: pendidikan formal, non formal dan pendidikan informal. Sedangkan cakupan pendidikan sepanjang hayat sangat luas meliputi interaksi yang terjadi selama proses belajar mengajar, cara menentukan bahan ajar yang akan digunakan lembaga penyelenggara pendidikan serta metode dan organisasi penyelenggara disesuaikan dengan fasilitas yang telah dimiliki. Pada jalur program pendidikan non formal bisa merupakan bagian dari pendidikan sepanjang hayat melalui pembelajaran bersama dengan model peer group, belajar dengan meningkatkan fungsi perpustakaan serta bekerjasama dengan lembaga pendidikan maupun sektor lain. Proses yang terjadi dalam pendidikan sepanjang hayat adalah proses yang berjalan secara terus menerus dan saling terkait antar masing-masing sistem yang ada sesuai dengan kebutuhan masing-masing individu. Berbagai cara untuk mengikuti pendidikan sepanjang hayat antara lain meningkatkan ketrampilan dengan memanfaatkan sumber alam yang telah tersedia disekitarnya melalui proses berbagai cara. Melalui pendidikan sepanjang hayat seseorang dapat terus meningkatkan pengetahuan, ketrampilan serta sikap serta indikator ketercapaian tujuan yang ditetapkan. Indikator mutu pendidikan sepanjang hayat adalah tercapainya tingkat kepuasan seseorang dalam

meningkatkan diri kearah yang lebih baik. Nilai kecakapan hidup atau life skill merupakan bagian strategis dari materi pendidikan sepanjang hayat. Sementara kecapan sosial perlu terus dikembangkan denganmelakukan sistem kemitraan atau pathnership yang melibatkan seluruh lingkungan dan komponen pembelajaran sepanjang hayat.



Gambar 18.2: Kecakapan Hidup dalam Dunia Belajar Sepanjang Hayat (Longworth, W.K., 1996)

18.3.1 Pentingnya Belajar dari dan dalam Dunia Kehidupan

Pendidikan san proses belajar merupakan hal yang nyata dan tidak terbatas pada upaya untuk memiliki dan meningkatkan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan aspirasi saja. Kegiatan belajar meliputi nilai agama, hubungan sosial, adat istiadat yang berlaku serta menjunjung norma yang berlaku dalam masyarakat setempat. Pendidikan harus juga selalu memperhatikan kebutuhan yang ada dimasyarakat dserta adanya adaptasi dengan menutamakan prinsip eficeinsi, efektivitas, produktivitas serta kepuasan pengguna dari pendidikan kebidanan (Yuhety, Miarso and Baslemah, 2008).

Bab 19

Kepemimpinan Dalam Kebidanan

19.1 Pendahuluan

Pemimpin adalah suatu lakon/peran dalam sistem tertentu, karenanya seseorang dalam peran formal belum tentu memiliki keterampilan kepemimpinan dan belum tentu mampu memimpin. Istilah kepemimpinan pada dasarnya berhubungan dengan keterampilan, kecakapan, dan tingkat pengaruh yang dimiliki seseorang, oleh sebab itu kepemimpinan bisa dimiliki oleh orang yang bukan pemimpin. Kepemimpinan adalah proses memengaruhi atau memberi contoh oleh pemimpin kepada pengikutnya dalam upaya mencapai tujuan organisasi. Kepemimpinan atau leadership merupakan ilmu terapan dari ilmu-ilmu sosial, sebab prinsip-prinsip dan rumusnya diharapkan dapat mendatangkan manfaat bagi kesejahteraan manusia (Duryat, 2021). Pengertian kepemimpinan banyak dikemukakan oleh:

Menurut Wahjosumidjo (2010), kepemimpinan di terjemahkan kedalam istilah sifat- sifat, perilaku pribadi, pengaruh terhadap orang lain, pola- pola, interaksi, hubungan kerjasama antar peran, kedudukan dari satu jabatan administratif, dan persuasif, dan persepsi dari lain- lain tentang legitimasi pengaruh. (Thoha, 2001) kepemimpinan adalah kegiatan untuk memengaruhi perilaku orang lain,

atau seni memengaruhi perilaku manusia baik perorangan maupun kelompok. Kepemimpinan bahwa Kepemimpinan adalah aktivitas untuk memengaruhi orang-orang supaya diarahkan mencapai tujuan organisasi. Kepemimpinan meliputi proses memengaruhi dalam menentukan tujuan organisasi, memotivasi perilaku pengikut untuk mencapai tujuan, memengaruhi untuk memperbaiki kelompok dan budayanya.

Menurut Dale (2000), mengartikan Kepemimpinan adalah proses pengaruh sosial di dalam mana manajer mencari keikutsertaan sukarela dari bawahan dalam usaha mencapai tujuan organisasi. Dengan kepemimpinan yang dilakukan seorang pemimpin juga menggambarkan arah dan tujuan yang akan dicapai dari sebuah organisasi. Sehingga dapat dikatakan kepemimpinan sangat berpengaruh bagi nama besar organisasi.

Menurut Yamin and Maisah (2010), kepemimpinan adalah suatu proses memengaruhi yang dilakukan oleh seseorang dalam mengelola anggota kelompoknya untuk mencapai tujuan organisasi. Kepemimpinan merupakan bentuk strategi atau teori memimpin yang tentunya dilakukan oleh orang yang biasa kita sebut sebagai pemimpin. Pemimpin adalah seseorang dengan wewenang kepemimpinannya mengarahkan bawahannya untuk mengerjakan sebagian dari pekerjaannya dalam mencapai tujuan.

Dari pendapat di atas dapat disimpulkan kepemimpinan merupakan Suatu cara bagi pemimpin untuk memengaruhi bawahan dengan karakteristik tertentu sehingga mereka dapat mencapai tujuan mereka. Dengan kata lain, efektif atau tidaknya seorang pemimpin tergantung dari bagaimana kemampuannya dalam mengelola dan menerapkan pola kepemimpinannya sesuai dengan situasi dan kondisi organisasi tersebut

19.2 Tujuan dan Ciri Kepemimpinan

Adapun tujuan leadership adalah sebagai berikut (Usman, 2013):

1. Sarana untuk mencapai tujuan

Kepemimpinan adalah sarana penting untuk mencapai tujuan. Dengan memperhatikan apakah tujuan tercapai atau tidak dan bagaimana cara mencapai tujuan tersebut, maka kita bisa mengetahui jiwa kepemimpinan dari seseorang.

2. Memotivasi orang lain

Tujuan kepemimpinan yang lain adalah untuk membantu orang lain menjadi termotivasi, mempertahankan serta meningkatkan motivasi di dalam diri mereka. Dengan kata lain, pemimpin yang baik adalah pemimpin yang bisa memotivasi pengikut atau bawahan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

Menurut (Rivai and Bachtiar, 2013) dalam buku pemimpin dan kepemimpinan dalam organisasi mengatakan seorang pemimpin dalam suatu organisasi harus memiliki kriteria tertentu layaknya seorang pemimpin yang sejati kriteria tersebut, yaitu:

1. Pengaruh

Seorang pemimpin adalah seorang yang memiliki orang-orang yang mendukungnya yang turut membesarkan nama sang pimpinan. Pengaruh itu menjadikan sang pemimpin diikuti dan membuat orang lain tunduk pada apa yang dikatakan sang pemimpin.

2. Kemampuan

Kemampuan adalah sumber daya kekuatan, kesanggupan dan kecakapan secara teknis maupun sosial, yang melebihi dari anggota biasa. Sementara itu Stodgill yang dikutip James A. Lee menyatakan pemimpin itu harus mempunyai kelebihan sebagai persyaratan, antara lain:

- a. Kepastian, kecerdasan, kewaspadaan, kemampuan berbicara, kemampuan menilai.
- b. Prestasi, ilmu pengetahuan dalam bidang tertentu.
- c. Tanggungjawab, berani, tekun, mandiri, kreatif, ulet, percaya diri, agresif.
- d. Partisipasi aktif, memiliki stabilitas tinggi, kooperatif, mampu bergaul.

3. Kekuasaan/power

Seorang pemimpin umumnya diikuti oleh orang lain karena ia memiliki kekuasaan yang membuat orang lain menghargai keberadaannya. Tanpa kekuasaan atau kekuatan yang dimiliki sang pemimpin tentunya tidak ada orang yang mau menjadi

pendukungnya. Kekuasaan dan kekuatan yang dimiliki seorang pemimpin ini menjadikan orang lain akan tergantung pada apa yang dimiliki seorang pemimpin, tanpa itu ia tidak akan bisa berbuat apa-apa. Hubungan ini menjadikan hubungan yang bersifat simbiosis mutualisme, di mana kedua belah pihak merasa saling diuntungkan. Kekuasaan adalah otorisasi dan legalitas yang memberikan wewenang kepada pemimpin untuk memengaruhi dan menggerakkan bawahan untuk berbuat sesuatu dalam rangka penyelesaian tugas tertentu.

4. Wewenang

Wewenang disini dapat diartikan sebagai hak yang diberikan kepada pemimpin untuk menetapkan sebuah keputusan dalam melaksanakan suatu hal/ kebijakan. Wewenang disini juga dapat dialihkan kepada karyawan oleh pimpinan apabila pemimpin percaya bahwa karyawan tersebut mampu melaksanakan tugas dan tanggung jawab dengan baik, sehingga karyawan diberi kepercayaan untuk melaksanakan tanpa perlu campur tangan dari segi sang pemimpin.

5. Kewibawaan

Kewibawaan merupakan keunggulan, kelebihan, keutamaan sehingga pemimpin mampu mengatur orang lain dan patuh padanya.

6. Pengikut

Seorang pemimpin yang memiliki pengaruh, kekuasaan /power dan wewenang tidak dapat dikatakan sebagai pemimpin apabila dia tidak memiliki pengikut yang berada dibelakangnya yang memberi dukungan mengikuti apa yang dikatakan pemimpin.

19.3 Jenis-Jenis Gaya Kepemimpinan

(Reksohadiprodjo and Handoko, 2001) mengemukakan tiga (3) gaya kepemimpinan yaitu demokratis, otoriter, dan bebas. Berikut ini merupakan penjelasan dari ketiga gaya kepemimpinan tersebut:

1. Gaya Kepemimpinan Demokratis

Kepemimpinan demokratis ditandai dengan adanya suatu struktur yang pengembangannya menggunakan pendekatan pengambilan keputusan yang kooperatif yang artinya atasan menolak segala bentuk persaingan dan atasan dapat bekerjasama dengan karyawan dalam mengambil keputusan. Dibawah kepemimpinan demokratis bawahan cenderung bermoral tinggi, dapat bekerja sama, mengutamakan mutu kerja dan dapat mengarahkan diri sendiri. Kepemimpinan demokratis ialah kepemimpinan yang aktif, dinamis dan terarah. Aktif dalam menggerakkan dan memotivasi (Rivai and Sagala, 2010). Seorang pemimpin yang memiliki karakteristik gaya kepemimpinan demokratis selalu akan memotivasi para karyawan untuk dapat meningkatkan kinerja dari karyawan tersebut. Dinamis dalam mengembangkan dan memajukan organisasi. Terarah pada tujuan bersama yang jelas. Pada gaya kepemimpinan ini memungkinkan setiap anggota untuk berpartisipasi secara aktif dalam pertukaran pendapat, gagasan dan pandangan untuk dapat memecahkan suatu permasalahan yang terjadi pada organisasi. Dalam gaya kepemimpinan demokratis pemimpin mengutamakan hubungan antar manusia yaitu hubungan antara bawahan dan atasan yang memiliki tujuan untuk meningkatkan produktivitas pegawai dengan sering mendorong bawahan untuk ikut andil dalam menentukan pengambilan keputusan yang tepat. Penerapan gaya kepemimpinan demokratis ini dapat mempererat hubungan antar atasan dan bawahan, tumbuhnya rasa saling memiliki dan terbinanya moral yang tinggi. Selain itu dalam gaya kepemimpinan ini komunikasi dan koordinasi sangatlah penting untuk dapat menentukan sebuah keputusan. Pada gaya kepemimpinan demokratis ini proses pengambilan keputusan membutuhkan waktu yang relatif lama karena harus menentukan titik temu dari ide atau gagasan yang diajukan dan diperlukan adanya toleransi yang tinggi agar tidak terjadi perselisihan pemahaman.

2. Gaya kepemimpinan Otoriter (otokratis)

Menurut (Rivai and Sagala, 2010), kepemimpinan otoriter adalah gaya kepemimpinan yang menggunakan metode pendekatan kekuasaan dalam mencapai keputusan dan pengembangan strukturnya, sehingga kekuasaanlah yang paling diuntungkan dalam organisasi. Kepemimpinan otoriter ialah kepemimpinan yang memusatkan kuasa dan pengambilan keputusan ditetapkan oleh pemimpin sendiri tanpa adanya diskusi maupun pertukaran pendapat dengan bawahan. Dalam kepemimpinan otoriter ini pemimpin sebagai pemikul tanggung jawab penuh atas keputusan yang telah diambilnya. Bawahan hanya bertugas sebagai pelaksana atas keputusan yang telah ditetapkan pemimpin. Penerapan gaya kepemimpinan ini dapat menjadikan karyawan untuk lebih disiplin, dan tidak bergantung terhadap atasan kerja. Selain itu, pada gaya kepemimpinan ini keputusan dapat diambil secara cepat karena tidak melalui proses diskusi terlebih dahulu. Dengan tidak diikutsertakan bawahan dalam pengambilan keputusan maka bawahan tidak akan dapat belajar mengenai hal tersebut sehingga produktivitas karyawan tidak akan cepat meningkat. Pada gaya kepemimpinan ini, pemimpin sering bersikap individualis di mana pemimpin tersebut sangat jarang untuk berkomunikasi dengan bawahan sehingga hubungan antara pemimpin dan bawahan kurang akrab. Gaya kepemimpinan itu sangat sesuai diterapkan jika organisasi menghadapi keadaan darurat sehingga kinerja karyawan dapat naik.

3. Gaya Kepemimpinan Bebas (*Laissez faire*)

Gaya kepemimpinan bebas (*Laissez faire*) adalah cara seorang pimpinan dalam menghadapi bawahannya dengan memakai metode pemberian keleluasaan pada bawahan. Pada gaya kepemimpinan bebas ini pemimpin memberikan kebebasan secara mutlak kepada bawahannya sedangkan pemimpin sendiri hanya memainkan peranan kecil, pemimpin memfungsikan dirinya sebagai penasihat yang dilakukan dengan memberi kesempatan berkompromi atau bertanya bagi anggota kelompok yang memerlukan. Bawahan memiliki

kebebasan penuh untuk proses pengambilan keputusan dan menyelesaikan pekerjaan dengan cara yang menurut karyawan paling sesuai dengan partisipasi minimal dari pemimpin. Pemimpin tidak pernah melakukan pengawasan terhadap sikap, tingkah laku perbuatan dan kegiatan bawahan karena pemimpin telah percaya dan menyerahkan sepenuhnya wewenang kepada bawahan sehingga pemimpin tidak mengambil andil dalam proses kepemimpinannya. Gaya kepemimpinan ini dapat mengembangkan dan meningkatkan kemampuan karyawan dalam pengambilan keputusan yang tepat serta kreativitas untuk memecahkan suatu permasalahan. Dengan adanya kepemimpinan yang bebas ini para karyawan dapat menunjukkan persoalan yang dianggap penting di dalam organisasi dan tidak selalu bergantung pada atasan. Gaya kepemimpinan ini juga memiliki sisi negatif yaitu, jika karyawan terlalu bebas tanpa ada pengawasan yang kuat dari atasan, ada kemungkinan penyimpangan dari peraturan dan prosedur yang ada dapat terjadi. Pengambilan keputusan yang dapat memakan banyak waktu bila karyawan kurang berpengalaman dan dapat terjadi salah tindak.

19.4 Kepemimpinan dalam Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan merupakan salah satu kegiatan dalam pembangunan kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan, hidup sehat dan mengambil bagian dalam pelayanan kesehatan masyarakat, serta membantu menghasilkan generasi bangsa yang cerdas. Pelayanan yang demikian karena pelayanan kebidanan ditujukan kepada perempuan sejak masa sebelum konsepsi, masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan balita. Pelayanan kebidanan yang berkualitas akan memberi hasil yang berkualitas, yaitu kepuasan pelanggan maupun provider dan pelayanan yang bermutu. Untuk pelayanan yang berkualitas tersebut diperlukan seorang pemimpin yang dapat meningkatkan terus mutu pelayanan kebidanan yang

diberikan oleh organisasinya dan pelayanan yang diberikan harus berorientasi pada mutu.

Bidan dituntut harus mampu menerapkan aspek kepemimpinan dalam organisasi dan manajemen pelayanan kebidanan (KIA/KB), kesehatan reproduksi dan kesehatan masyarakat di komunitas dalam praktik kebidanan (Permenkes 149 pasal 8).

1. Peran Bidan Sebagai Leadership

Bidan sebagai seorang pemimpin harus mampu:

- a. Berperan serta dalam perencanaan pengembangan dan evaluasi kebijakan kesehatan.
- b. Melaksanakan tanggung jawab kepemimpinan dalam praktik kebidanan di masyarakat.
- c. Mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan data serta mengimplementasikan upaya perbaikan atau perubahan untuk meningkatkan mutu pelayanan kebidanan di masyarakat.
- d. Mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah secara proaktif, dengan perspektif luas dan kritis.
- e. Menginisiasi dan berpartisipasi dalam proses perubahan dan pembaharuan praktik kebidanan.

Dalam pelayanan kebidanan banyak harapan yang difokuskan oleh orang yang berbeda dan bekerja sama dalam pelayanan kebidanan dan kepada bidan itu sendiri. Klien atau pasien menginginkan bidan dapat memberi pelayanan yang berkualitas. Selain keterampilan dan pengetahuan diperlukan kematangan pribadi bidan dalam memberi pelayanan karena bidan juga menjadi tokoh masyarakat dan panutan bagi kaum wanita. Bidan harus menjalankan tugas dengan tanggung jawab moral karena pelayanan yang diberikan menyangkut kehidupan ibu dan anak, pencapaian kesejahteraan ibu, anak, dan keluarga, serta menurunkan angka kematian ibu dan anak. Untuk itu bidan perlu memperhatikan poin-poin berikut ini untuk mengembangkan kematangan dirinya:

- a. Teliti
- b. Bertanggungjawab

- c. Jujur
- d. Disiplin tinggi
- e. Hubungan manusia yang efektif
- f. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa
- g. Memahami standar profesi kebidanan
- h. Mengerti asas dan tujuan penyelenggaraan praktek kebidanan
- i. Bekerja berdasarkan ketentuan dan landasan hukum pelayanan kebidanan.

Bidan adalah profesi yang sangat menuntut tanggung jawab, selain itu bidan akan menjadi pemimpin di tengah masyarakat. Bidan adalah orang yang berperan penting dalam kesehatan ibu dan anak yang sehat dan keluarga bahagia serta generasi bangsa yang sehat. Oleh karena itu dalam menjalankan tugasnya, bidan harus mempunyai prinsip sebagai berikut (Notoatmodjo, 2003):

- a. Cintai pekerjaan yang dilakukan, lakukan yang anda cintai (love your do, do your love)

Profesi bidan harus dihayati, banyak orang yang memilih bidan karena dorongan orangtua, dengan harapan cepat bekerja dengan masa pendidikan yang singkat dan dapat membuka praktek mandiri. Oleh karena itu terlepas dari apapun motivasi seseorang menjadi bidan, setiap bidan harus mencintai pekerjaannya.

- b. Tidak membuat kesalahan (don't make mistake)

Dalam memberi asuhan, usahakan tidak ada kesalahan. Bidan harus bertindak sesuai dengan standar profesinya. Untuk itu bidan harus terus menerus belajar dan meningkatkan keterampilan. Kesalahan yang dilakukan memberi dampak sangat fatal. Jangan pernah berhenti mengasah keterampilan yang telah dimiliki saat ini, terus meningkatkan diri, dan mau belajar karena ilmu selalu terus berkembang. Keinginan untuk terus belajar dan kemauan untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan akan sangat membantu menghindari kesalahan.

- c. Orientasi kepada klien (customer oriented)
Apapun yang dilakukan harus tetap berfokus pada pelanggan. Siapa yang akan diberikan pelayanan, bagaimana karakter klien, bagaimana pelayanan yang akan berikan dapat diterima dan dapat memberi kepuasan sehingga bidan tetap dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan harapan dan keinginan klien.
- d. Meningkatkan mutu pelayanan (improved your service quality)
Bidan harus terus menerus meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan kepada kliennya. Dalam memberi pelayanan, jangan pernah merasa puas. Oleh karena itu, bidan harus terus menerus meningkatkan diri, mengembangkan kemampuan kognitif dengan mengikuti pelatihan, mempelajari dan menguasai perkembangan ilmu yang ada saat ini, keinginan untuk menjadi lebih baik, dengan dapat menerima perubahan pelayanan di bidang kebidanan yang telah dibuktikan lebih bermanfaat secara ilmiah (ilmu yang terupdate). Bidan yang terus berpraktek, keterampilannya akan terus bertambah dalam memberi asuhan dan melakukan pertolongan persalinan, KB, maupun dalam hal memberi pelayanan kebidanan lainnya. Dengan demikian diharapkan kualitas personal bidan meningkat sehingga akan meningkatkan mutu pelayanan yang diberikannya.
- e. Lakukan yang terbaik (do the best)
Jangan pernah memandang klien atau pelanggan sebagai individu yang ‘tidak penting’ atau mengklasifikasikan pelayanan yang bidan berikan kepada pelanggan dengan memandang status ekonomi, kondisi fisik, dan lain-lain. Setiap klien berhak mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa diskriminasi. Bidan harus memberi pelayanan, pemikiran, konseling, tenaga, dan juga fasilitas yang terbaik bagi kliennya.
- f. Menyertakan Tuhan (doa) dalam setiap memberikan pelayanan (work with reverence for the Lord)
Sebagai bangsa Indonesia yang hidup majemuk dan beragama, bidan harus menghormati setiap kliennya sebagai makhluk

ciptaan Tuhan. Bidan juga harus percaya segala yang dilakukan dipertanggungjawabkan kepada Sang pencipta. Oleh karena itu, bidan harus memperhatikan kaidah atau norma yang berlaku di masyarakat, menjunjung tinggi moral dan etika, taat dan sadar hukum, menghargai pelanggan dan teman sejawat, bekerja sesuai dengan standar profesi.

- g. Berterima kasih kepada setiap masalah (say thanks to the problem)

Bidan dalam menjalankan tugas, baik secara individual (mandiri) sebagai manajer maupun dalam kelompok (rumah sakit, puskesmas, di desa) tentu saja menghadapi dan melihat banyak masalah pada proses pelaksanaan pelayanan kebidanan. Setiap masalah yang dihadapi akan menjadi pengalaman dan guru yang paling berharga. Bidan dapat juga belajar dari pengalaman bidan lainnya dan masalah yang mereka hadapi serta bagaimana mereka mengatasinya. Setiap masalah, baik masalah manajemen maupun asuhan yang diberikan, membuat bidan dapat belajar lebih baik lagi di waktu yang akan datang. Selain itu masalah juga membuat seseorang mencapai kedewasaan dan kematangan.

- h. Perubahan perilaku (behavior change)

Mengubah perilaku sangat sulit dilakukan. H. L. Blum mengatakan bahwa ada empat faktor yang memengaruhi derajat kesehatan yaitu tenaga kesehatan, lingkungan, keturunan, dan perilaku. Hal yang paling sulit dilakukan adalah perubahan perilaku. Akan tetapi, jika bidan sebagai tenaga kesehatan yang mengemban tanggung jawab moral selalu meningkatkan diri, menerima perubahan yang positif dan baik untuk pelayanan kebidanan, meninggalkan praktik yang tidak lagi didukung secara ilmiah, dan mengarahkan diri selalu pada pencapaian kualitas pelayanan, berorientasi pada tugas dan pelanggan, turut serta ambil bagian dalam peningkatan kualitas pelayanan kebidanan, mau memberi dan menerima saran atau kritik dari teman sejawat dan organisasi profesi untuk memperbaiki diri, menyadari batas-

batas wewenang dan tanggung jawabnya sebagai bidan, diharapkan angka kematian ibu dan anak dapat diturunkan. Bidan juga harus terus melibatkan dirinya dalam perbaikan mutu pelayanan sehingga bidan selalu berada dalam lingkaran mutu dan memberi pengaruh bagi perbaikan kualitas pelayanan kebidanan masa depan.

- i. Kepemimpinan dalam kebidanan secara garis besar memfokuskan diri pada sifat, perilaku, etika dan hukum, tanggung jawab, keterampilan serta bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Menurut pengalaman bidan yang berhasil mengelola praktik kebidanannya dari organisasi sederhana berkembang menjadi organisasi yang besar atau rumah sakit, dapat disimpulkan mereka berhasil menjadi manajer yang mampu meningkatkan pelayanannya. Mereka mengembangkan organisasinya dengan dasar ketekunan, keuletan, kerja keras, dan mau berubah ke arah yang lebih baik serta bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Selain itu, mereka mampu merebut pasar serta memenuhi kebutuhan pelanggan. Organisasi yang dikembangkan harus tetap difokuskan pada peningkatan kualitas yang terus-menerus, memperhatikan kepuasan pelanggan eksternal dan internal, serta menerapkan manajemen mutu terpadu.

2. Keterampilan Bidan Sebagai Leadership

Adapun keterampilan bidan sebagai leadership adalah sebagai berikut:

- a. Mengenali keterbatasan pengetahuan dan keterampilan dan menolak setiap tugas atau tanggung jawab diluar wewenang dan tanggung jawab bidan.
- b. Menerima tanggung jawab kepemimpinan dalam praktik kebidanan.
- c. Menggunakan kemampuan untuk berpikir secara proaktif, perspektif luas dan kritis dalam konteks penyelesaian masalah.

3. Penerapan Ilmu Kepemimpinan Bagi Bidan

Banyak teori maupun konsep yang dibahas oleh para pakar atau ahli mengenai pemimpin atau kepemimpinan. Serta banyak teori-teori tentang kepemimpinan modern yang ditawarkan untuk diterapkan agar berhasil dan sukses dalam memimpin, terutama dalam menciptakan praktek bidan yang sukses. Namun keberhasilannya dalam memimpin belum baik. Terbukti banyak bidan di Indonesia yang belum bisa menjadi bidan yang sukses, karena konsep kepemimpinan yang diterapkan tidak cocok atau ada konsep yang lebih baik, berikut ini adalah beberapa hal yang harus diterapkan agar menjadi bidan yang sukses:

- a. Memiliki karakter yang kuat
Pemimpin yang sukses memiliki karakter yang kuat. Selalu berani mengambil tantangan, dan yakin bahwa risiko yang diambalnya akan memberikan keuntungan bagi orang lain.
- b. Sigap dan selalu fokus
Bidan yang sukses akan cepat bertindak dalam segala hal, baik dalam kondisi mendesak maupun kondisi normal, seorang pemimpin harus bisa mengambil keputusan dengan tepat dan cepat.
- c. Rendah hati
Menumbuhkan sikap rendah hati agar orang lain bisa menyenangi sikap kita, jika menjadi pemimpin, dan mempunyai bawahan maka meluangkan waktu untuk dapat mengontrol pekerjaan bawahan.

Bab 20

Prinsip Partnership dalam Promosi Kesehatan

20.1 Konsep Partnership

Partnership atau dalam bahasa Indonesia diartikan Kemitraan saat ini sudah menjadi topik yang dibahas secara global. Dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) periode 2015 s/d 2030, dalam tujuannya yang ke-17 menyatakan Kemitraan untuk mencapai Tujuan, yang dalam pelaksanaannya memiliki 19 target yang harus dicapai secara global. Inti dari target tersebut adalah untuk menguatkan sarana pelaksanaan atau merevitalisasi kemitraan global untuk pembangunan berkelanjutan (SDGs, 2022). Istilah Partnership atau dalam bahasa Indonesia diartikan dengan Kemitraan secara etimologis berasal dari kata mitra (partner), yang berarti "pasangan, jodoh, sekutu atau kompanyon". Sedangkan partnership diterjemahkan menjadi persekutuan atau perkongsian (Pendidikan Masyarakat (Bp-PAUD dan Dikmas), 2018). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), Kemitraan diartikan perihal hubungan (jalanan kerja sama dan sebagainya) sebagai mitra (Depdikbud, 1989). Menurut Collins English Dictionary (1991). Kemitraan adalah Komitmen yang sama, keadaan sebagai mitra.

Beberapa ahli mendefinisikan Kemitraan atau Patnership ini sebagai berikut:

Dalam bidang administrasi publik Brinkerhoff (2002), memberikan kutipan definisi ‘tipe kemitraan ideal’: yaitu hubungan dinamis di antara para pelaku yang beragam berdasarkan tujuan bersama, dan diupayakan melalui pemahaman bersama tentang pembagian kerja yang paling rasional berdasarkan keunggulan komparatif masing-masing dari masing-masing pasangan. Kemitraan mencakup pengaruh timbal balik, dengan keseimbangan yang cermat antara sinergi dan otonomi masing-masing, yang menggabungkan rasa saling menghormati, partisipasi yang setara dalam pengambilan keputusan, akuntabilitas bersama, dan transparansi (Brinkerhoff, 2002). World Bank dalam (Axelrod, 2001), mendefinisikan kemitraan adalah “hubungan kolaboratif antara entitas untuk bekerja menuju tujuan yang bersama melalui pembagian kerja yang telah di sepakati bersama”. Dalam konteks penelitian pertanian internasional untuk pembangunan, kemitraan diartikan sebagai hubungan multi organisasi yang berkelanjutan sebagai hubungan dengan tujuan yang disepakati bersama dan pertukaran atau berbagi sumber daya atau pengetahuan untuk tujuan yang disepakati bersama tujuan menghasilkan keluaran penelitian (baru, pengetahuan atau teknologi) atau mendorong inovasi (penggunaan ide atau teknologi baru) untuk praktis berakhir (Wolffers et al., 1997)

Kementrian Kesehatan RI mendefinisikan kemitraan yaitu kerjasama antar dua pihak atau lebih untuk mencapai tujuan bersama, di mana masing-masing pihak memiliki hak dan tanggung jawab sesuai dengan kesepakatan (Kemenkes RI, 2019). Soekidjo Notoadmojo menuliskan definisi Kemitraan yaitu suatu kerjasama formal antar individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat dan saling berbagi baik dalam risiko maupun keuntungan yang diperoleh (Notoatmodjo, 2012).

Dari beberapa definisi oleh para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa kemitraan itu adalah bentuk kerjasama atau aliansi di mana setiap pihak yang terlibat di dalamnya harus ada kerelaan diri untuk bekerja sama dan melepaskan kepentingan-kepentingan bersama. Kemitraan terjadi bertujuan untuk, mencapai hasil yang lebih baik, dengan saling memberikan manfaat antar pihak yang bermitra, saling menutupi, saling menambah dan saling menguntungkan (Mutualisme). Manfaat dari melakukan patnership

(kemitraan) adalah 1. memberikan keuntungan kepada pihak-pihak yang bermitra, 2. Meningkatkan mutu dan keberlanjutan mulai dari penyedia, input, proses hingga out put yang dihasilkan. 3. Memberikan manfaat sosial, 4. Mendukung keberlangsungan program. 5. Mengembangkan kelembagaan pihak yang bermitra (Pendidikan Masyarakat (Bp-PAUD dan Dikmas), 2018). Kemitraan dapat dilakukan dengan:

1. Adanya dua pihak atau lebih
2. Memiliki Kesamaan visi dalam mencapai tujuan
3. Adanya kesepakatan
4. Saling membutuhkan (Pendidikan Masyarakat (Bp-PAUD dan Dikmas), 2018)

20.1.1 Prinsip Patnership (Kemitraan)

Menurut Global Humanitarian Platform (2006), *patnership* memiliki prinsip berdasarkan lima (5) hal yaitu, *Equality* (Persamaan), *Transparency* (transparan), *result oriented approach* (pendekatan dengan orientasi pada hasil), *responsibility* (tanggung jawab) dan *complementarity* (keragaman komunitas) (Platform, 2008).

Hemant Puthli (2011) mengemukakan kembali lima (5) prinsip fundamental dalam Patnership (Puthli, 2011) yaitu:

1. Two-way exchange, based on give and take
Seperti pepatah lama dibutuhkan dua tangan untuk bertepuk, jika kemitraan dilakukan tidak sejalan misalnya yang satu hanya menerima dan lainnya hanya memberi, maka kerjasama tidak akan bertahan lama, agar kemitraan bertahan lama memberi dan menerima harus sejalan.
2. Fair exchange of value
Pertukaran nilai yang adil: Persyaratan perikatan dalam kontrak kemitraan sosial atau hukm tersebut dipahami untuk mewakili pertukaran nilai yang adil pada Mitra.
3. Peer-to-peer, not master-slave
Patnership didasarkan dengan persyaratan keterlibatan dengan pertukaran nilai yang adil. Secara intrinsik dinyatakan kemitraan

adalah hubungan yang setara dan tidak ada pihak yang dapat dengan jujur mengklaim memiliki keunggulan diatas yang lain.

4. Commitment to continuity

Kemitraan dibangun diatas komitmen (oleh kedua mitra) untuk tujuan bersama dan kepentingan bersama dalam kerangka persyaratan keterlibatan. Kecuali secara eksplisit terikat waktu, komitmen tersebut dianggap berlanjut tanpa batas.

5. Enduring trust is built by fulfilling promises of mutually rewarding positive sum outcomes

Kepercayaan yang bertahan lama dibangun dengan memenuhi janji akan hasil positif yang saling menguntungkan. Sebelum terikat satu sama lain, dilakukan proses seleksi yang cermat dan memilih salah satu yang paling menjanjikan dan saling menguntungkan.

20.1.2 Membentuk Kemitraan

Ada tiga langkah penting dalam memulai kemitraan yaitu:

1. Mendefinisikan kebutuhan kemitraan

Tujuan kemitraan adalah mencapai hasil yang lebih maksimal dibandingkan dengan tujuan tanpa kemitraan. Kemitraan adalah sarana mencapai tujuan, karena itu menjalin kemitraan tidak selalu menjadi keputusan yang tepat (Publow, 2010)

2. Memulai Proses

Memulai proses kemitraan harus dikembangkan dan dipelihara dengan cara menghormati dan mengakui setiap individu. Proses membangun dan mengembangkan hubungan dalam kemitraan tidak hanya tanggung jawab pemimpin kelompok tetapi semua orang dalam kelompok itu. Tahapan pengembangan kemitraan terdiri atas 4 tahap yaitu: membentuk, mengatur, menyerbu dan melakukan (Publow, 2010)

3. Menyiapkan dan Memelihara kemitraan

Hasil penelitian ditemukan seringkali ada konflik mengenai pembagian tanggung jawab antara kemitraan dan Mitra Individu. Perbedaan dalam keputusan operasional seringkali paling sulit untuk

dilakukan. Prosedur yang jelas diperlukan bagi semua orang untuk memahami bagaimana kesepakatan tentang tindakan yang diambil dan untuk membantu menciptakan rasa tanggung jawab bersama atas pencapaian kemitraan dan kegagalan kemitraan. Perlu diingat mitra perlu terus-menerus meninjau tujuan sasaran dan targetnya, agar anggota kelompok memilih gagasan yang harus mereka lakukan. Program kerja yang disepakati harus diumumkan (Publow, 2010)

20.1.3 Model dan jenis Kemitraan

Dari berbagai pengalaman pengembangan kemitraan di sektor kesehatan yang ada, secara umum dikelompokkan menjadi dua yaitu:

1. Model I

Model kemitraan yang paling sederhana adalah dalam bentuk jaring kerja (networking) atau building linkages. Kemitraan ini berbentuk jaringan kerja saja. Masing-masing mitra atau intitusi telah memiliki program tersendiri mulai dari perencanaannya, pelaksanaannya hingga evaluasi. Jaringan tersebut terbentuk karena adanya persamaan pelayanan atau sasaran pelayanan atau karakteristik lainnya. Sifat kemitraan ini juga disebut koalisi. Contohnya Koalisi Indonesia Sehat.

2. Model II

Model kemitraan model II ini lebih baik dan solid dibandingkan model I. Hal ini karena setiap anggota mitra memiliki tanggung jawab yang lebih besar terhadap program atau kegiatan bersama. Oleh sebab itu visi, misi, dan kegiatan-kegiatan dalam mencapai tujuan kemitraan direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi bersama. Contohnya Gerakan Terpadu Nasional (GERDUNAS), Gebrak Malaria (Rollback Malaria).

Menurut Beryl Levinger dan Jean Mulroy (2004), ada empat (4) jenis atau tipe kemitraan yaitu:

1. Potential Partnership
Pada jenis kemitraan ini pelaku kemitraan saling peduli satu sama lain tetapi belum bekerja bersama secara lebih dekat.
2. Nascent Partnership
Kemitraan ini pelaku kemitraan adalah partner tetapi efisiensi kemitraan tidak maksimal.
3. Complementary Partnership
Pada kemitraan ini, partner/mitra mendapat keuntungan dan pertambahan pengaruh melalui perhatian yang besar pada ruang lingkup aktivitas yang tetap dan relatif terbatas seperti program delivery dan resource mobilization.
4. Synergistic Partnership
Kemitraan jenis ini memberikan mitra keuntungan dan pengaruh dengan masalah pengembangan sistemik melalui penambahan ruang lingkup aktivitas baru seperti advokasi dan penelitian.

20.2 Konsep Promosi Kesehatan

1. WHO berdasarkan Glosarium Promosi kesehatan 1998 mendefinisikan promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas, dan untuk meningkatkan kesehatan mereka (WHO, 2001).
2. Dalam ilmu kesehatan masyarakat promosi kesehatan di definisikan sebagai bagian dari Tingkat pencegahan penyakit dan sebagai upaya memasarkan, menyebarluaskan, mengenalkan atau menjual pesan-pesan kesehatan sehingga masyarakat menerima atau membeli perilaku kesehatan dan akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2005).
3. Menurut Kementerian Kesehatan RI yang tertuang dalam Kep.Menkes No 1114/Menkes/SK/VIII/2005. Promosi kesehatan adalah "Upaya

untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor kesehatan melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumberdaya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan berwawasan Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2007).

20.2.1 Tujuan Promosi kesehatan

Berikut adalah tujuan dari promosi kesehatan dari beberapa hal:

1. Menurut WHO

Tujuan umum adalah mengubah perilaku individu /masyarakat di bidang kesehatan.

Tujuan Khusus:

- a. Menjadikan kesehatan menjadi sesuatu yang bernilai bagi masyarakat.
- b. Menolong individu agar mampu secara mandiri dan berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai hidup sehat.
- c. Mendorong penggunaan dan pengembangan sarana pelayanan kesehatan yang ada (Susilowati, 2016).

Tujuan operasional:

- a. Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistim dalam pelayanan kesehatan, dan memanfaatkannya secara efisien dan efektif.
- b. Agar Klien/masyarakat memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan diri dan lingkungannya.
- c. Agar orang memiliki langkah-langkah yang positif dalam mencegah terjadinya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat karena penyakit.
- d. Agar orang mempelajari apa yang dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya tanpa meminta pertolongan kepada sistim pelayanan kesehatan (Susilowati, 2016).

2. Menurut Green

Terdiri atas 4 tujuan yaitu:

a. Tujuan Program

Merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan.

b. Tujuan pendidikan

Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada.

c. Tujuan perilaku

Merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus tercapai. Oleh karena itu tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap. (Susilowati, 2016)

d. Tujuan intervensi

- 1) Mengurangi perilaku negatip bagi kesehatan
- 2) (mis. Membuang sampah sembarangan)
- 3) Mencegah meningkatnya perilaku negatip bagi kesehatan
- 4) (mis. Mencegah meningkatnya perilaku seks bebas)
- 5) Meningkatkan perilaku positif bagi kesehatan
- 6) (mis, Mendorong kebiasaan olah raga)
- 7) Mencegah menurunnya perilaku positif bagi kesehatan.
- 8) (mis, mencegah menurunnya perilaku makan kaya serat)
(Susilowati, 2016)

20.3 Patnership dalam Berbagai Praktik Kesehatan

1. Kemitraan *United Nations International Children's Emergency Fund* (Unicef) dengan *Zurich Foundation* untuk promosi kesehatan mental anak muda. Kemitraan ini akan membekali 400 ribu remaja dan 150 ribu pengasuh ditujuh negara dengan informasi, keterampilan dan

strategi tentang cara merawat kesehatan mental mereka sendiri dan satu sama lain. Kemitraan ini juga mendukung kampanye komunikasi global yang bertujuan untuk menjangkau 30 juta orang dan mempromosikan percakapan dan koneksi positif yang meningkatkan kesadaran pengetahuan dan tindakan seputar kesehatan mental (Unicef, 2021).

2. *Partnership* Program posyandu dalam upaya memberdayakan masyarakat bidang kesehatan.

Partnership atau kemitraan dalam program posyandu adalah bentuk peran serta masyarakat dibidang kesehatan. Kader sebagai pengelola memiliki peran selain melaksanakan tugas di posyandu, juga mengembangkan tugasnya untuk menfokuskan pada deteksi dini tumbuh kembang balita. Dalam menjalankan program kesehatan di Posyandu yang efektif dan efisien perlu adanya dukungan baik dari Puskesmas selaku provide maupun dari masyarakat. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh (Rina, Abdulhak and Shantini, 2020) menyimpulkan upaya optimalisasi kemitraan dari peran masyarakat dibidang kesehatan dapat berupa ketersediaan waktu, dana, peningkatan pengetahuan serta keputusan masyarakat. Pemberdayaan menumbuh kembangkan potensi masyarakat secara bersama, kemitraan dan belum banyak disentuh oleh kader posyandu. Kegiatan yang terkait dengan upaya pemberdayaan yang dilakukan posyandu, antara lain memaksimalkan sumber daya potensial masyarakat. Ini dilakukan untuk pemberdayaan dan menggali potensi serta membuat masyarakat lebih berdaya melauai sumber yang ada. Secara keseluruhan keberhasilan dari pencapaian sasaran kegiatan tergantung pada komitmen yang kuat dari berbagai pihak, baik pemerintah, swasta atau dunia usaha. Menjalni kemitraan lebih baik lagi dengan sarana pelayanan kesehatan swasta dan organisasi masyarakat; serta meningkatkan gotong-royong. (Rina, Abdulhak and Shantini, 2020)

3. Bentuk kemitraan bidan dan dukun bayi dalam pelayanan kesehatan
Kemitraan bidan dan dukun menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalih fungsikan peran dukun sebagai mitra bidan dalam perawatan ibu dan bayi. Pola kemitraan bidan dengan dukun bertujuan untuk meningkatkan rujukan persalinan, pelayanan antenatal, nifas dan bayi oleh dukun ke tenaga kesehatan yang kompeten, meningkatkan alih peran dukun dari penolong persalinan menjadi mitra bidan dalam merawat nifas dan bayinya, dan meningkatkan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi bidan. Sebuah penelitian yang meneliti tentang bagaimana kemitraan bidan dan dukun menyimpulkan para bidan dan dukun bayi telah mengetahui tugas dan peran mereka dalam menyelamatkan ibu hamil dan bayinya. Sehingga keduanya dalam menjalankan tugasnya terjalin komunikasi yang harmonis. Bentuk kemitraan dukun dan bidan antara lain saling peduli antara satu sama lain seperti membantu meringankan beban serta tanggung jawab dalam proses kerjasama, saling menguntungkan dalam hal pengetahuan karena pengetahuan yang dimiliki oleh bidan belum tentu diketahui oleh dukun bayi dan sebaliknya, saling membutuhkan di mana dalam bekerjasama bidan dan dukun bayi sama-sama membutuhkan baik pengetahuan maupun secara teknis. Pelayanan kesehatan yang dilakukan yaitu pada tahap pra persalinan bidan berperan memberikan pelayanan di polindes atau puskesmas dan menyuruh ibu hamil untuk memeriksa kehamilannya secara rutin sesuai jadwal, memberikan vitamin K1, dan memberitahu keadaan janin menjaga kebersihan ibu dan memberitahu tanda-tanda persalinan. Sedangkan dukun menyuruh dan memotivasi ibu hamil untuk memeriksa kehamilan dan bersalin di Bidan (Ervina, Moita and Sarpin, 2018).
4. Kemitraan Pemerintah Swasta Dalam Sektor Kesehatan
Kebijakan yang jelas peran sektor swasta dalam kesehatan sampai saat ini belum ada. Kementerian kesehatan relatif buta terhadap informasi sektor swasta hingga pada awal tahun 2014 ketika presiden

meminta untuk mengontrak lebih banyak sektor swasta dalam JKN (jaminan kesehatan nasional). JKN adalah bentuk kemitraan yang pertama antara sektor swasta dan pemerintah. Pengaturan kemitraan ini antara lain, pemerintah menyediakan kredit pajak, subsidi dan bahkan menunjuk mitra swasta dalam membiayai pembangunan fasilitas kesehatan dan terkadang mengoperasikannya. Model kemitraan pemerintah dan swasta adalah berbagi risiko jangka panjang (misalnya, 25-30 tahun) antar pemerintah dan swasta, dengan tujuan memberikan hasil kebijakan publik dalam bentuk layanan yang diharapkan kendali mitra sektor publik/pemerintah secara keseluruhan, serta menghasilkan keuntungan bagi mitra (swasta). Kemitraan pemerintah swasta mengubah kepemilikan atas aset menjadi jasa. Pemerintah tidak lagi memiliki rumah sakit tetapi membeli akses secara berkelanjutan ke berbagai rumah sakit atau layanan lainnya, yang artinya ada perubahan dalam membuat keputusan dalam pengembangan proyek. Dari spesifikasi input (Klien/negara menetapkan ukuran fasilitas yang akan dibangun dan bagaimana fasilitas itu dikelola) ke basis output (jaminan akses ke aliran layanan tertentu dengan kualitas tertentu dengan cara apapun yang dipilih kontraktor swasta untuk menyelenggarakan layanan tersebut ((PERSI, 2019).

Daftar Pustaka

- Abdul Hamid Isa (2019) Pendidikan Sepanjang Hayat, Jurnal Pendidikan.
- Abdul Yusuf (2021). Poses Pengambilan Keputusan: Yogyakarta, Budi Utama
- Adnani, Q.E. & Nuraisya, W. (2013). *Filosofi Kebidanan*. Jakarta : TIM.
- Ahmed, H. M. (2020) 'Role of verbal and non-verbal communication of health care providers in general satisfaction with birth care: A cross-sectional study in government health settings of Erbil City, Iraq', *Reproductive Health*, 17(1), pp. 1–9. doi: 10.1186/s12978-020-0894-3.
- Aisyaroh, N. (2022) 'Efektifitas kunjungan nifas terhadap pengurangan ketidaknyamanan fisik yang terjadi pada ibu selama masa nifas', *Majalah Ilmiah Sultan Agung*, 50(127), pp. 67–81.
- Aktas, S. and Pasinlioğlu, T. (2021) 'The effect of empathy training given to midwives on the empathic communication skills of midwives and the birth satisfaction of mothers giving birth with the help of these midwives: A quasi-experimental study', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), pp. 858–867. doi: 10.1111/jep.13523.
- Amri, S. R. (2020) 'Etika Profesi dan Hukum Kesehatan Etika Profesi & Hukum Kesehatan', (April).
- Anggraini, D. D., M. H. N. Sari, F. Ritonga, M. Yuliani, Wahyuni, R. Amalia, D. R. Yuliani, S. Sitorus, D. H. Purba, Sulfianti, dan P. S. Winarso. (2020). *Konsep Kebidanan Memahami Dasar-Dasar Konsep Kebidanan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Anis. (2011). *Profesionalisme Bidan dalam Meningkatkan Kualitas Layanan*. Bidan Delima.

- Asrinah, Shinta Siswoyo, Dewie, Irna Syamrotul, Dian Nirmala. (2010) Konsep kebidanan. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Astuti E.W. (2016). Konsep Kebidanan dan Etikolegal dalam Praktik Kebidanan. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Astuti, S., Susanti, S.I. & Mandiri, A. (2017). Pemberdayaan Perempuan untuk Meningkatkan Kesehatan Ibu Hamil di Desa Cipacing Kecamatan Jatinangor Kabupaten Sumedang. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*. 1(5). Hal : 288-291.
- Attarha, M. et al. (2016) 'The Outcome of Midwife-Mother Relationship in Delivery Room: A Qualitative Content Analysis', *Health*, 08(04), pp. 336–343. doi: 10.4236/health.2016.84035.
- Axelrod, R. (2001) 'Theoretical foundation of partnerships for economic development', *World Bank Conference on Evaluation and Development—The Partnership Dimension*, p. 12. Available at: <http://www.worldbank.org/html/oed/partnershipconference/images/robert-axelrod.pdf>.
- Ayu, N. (2016). Patologi dan Patofisiologi Kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Azizah, N. (2022) 'Kepuasan Ibu Hamil terhadap peran Bidan dalam Pelayanan Antenatal Care di Masa Pandemi', *Journal for Quality in Women's Health*, 5(1), pp. 76–81.
- Bahiyatun. (2015). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. Jakarta: EGC.
- Departement of Health. 2017. *The Pregnancy Book*. UK: COI. Depkes RI. 2016. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019*. Jakarta:
- Bass, J., Sidebotham, M., Creedy, D., & Sweet, L. (2020). Midwifery students' experiences and expectations of using a model of holistic reflection. *Women and Birth*, 33(4), 383–392. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.020>
- Brinkerhoff, J. M. (2002) 'Government-nonprofit partnership: A defining framework', *Public Administration and Development*, 22(1), pp. 19–30. doi: 10.1002/pad.203.
- Buchbinder, Sharon B. (2014). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : EGC

- Bunton, R. (1992). More than a woolly jumper health promotion as social regulation. *Critical Public Health* 3: 4-11
- Clark, Leavel. (2005). *Health Promosion*, Jakarta: Salemba Medika
- Dahlan, A. and Syahminan, T.V. (2017) 'Pengaruh terapi kompres hangat terhadap nyeri haid (Dismenorea) pada siswi smk perbankan simpang haru padang', *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 2(1), pp. 37-44.
- Dale, T.A. (2000) 'Seri Manajemen Sumber Daya Manusia, Kepemimpinan', Gramedia. Jakarta [Preprint].
- Depdikbud (1989) 'Kamus Besar Bahasa Indonesia', p. 589.
- Depkes RI. (1994). *Pedoman Pencatatan Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit Di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes, R.I. (2007) Keputusan Menteri Kesehatan RI No: 900. MENKES/VII/2007. *Konsep Asuhan Kebidanan*. Jakarta.
- Dewi dan Sunarsih. (2014) ... (Doctoral dissertation, STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN).
- Drucker, P., F. (1967). The effective decision. Retrieved from <https://hbr.org/1967/01/the-effective-decision>
- Dubois & Miley. (2005). *Pelayanan Kesehatan Edisi terjemahan*. Jakarta : EGC
- Duryat, H.M. (2021) *Kepemimpinan Pendidikan: Meneguhkan Legitimasi Dalam Berkontestasi Di Bidang Pendidikan*. Penerbit Alfabeta.
- E-cert Healthcare Training Limited (2018). "Record Manual Keeping"
- Erawati, A. D., Rinayati, R. and Wahyuning, S. (2019) 'Persepsi Bidan Terhadap Kualifikasi Pendidikan Bidan Dalam Undang - Undang No.4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan', *Jurnal SMART Kebidanan*, 6(2), p. 114. doi: 10.34310/sjkb.v6i2.275.
- Ervina, Moita, S. and Sarpin (2018) 'Bentuk kemitraan bidan dan dukun bayi dalam pelayanan kesehatan (studi di Kecamatan Wawonii Utara Kabupaten Konawe Kepulauan)', *Neo Societal*, 3(2), pp. 467-475.
- Erwin. (2015). *Peran dan Fungsi Bidan Dalam Promkes*. https://www.academia.edu/9417834/PERAN_DAN_FUNGSI_BIDAN_DALAM_PR_OMKES. (Diakses tanggal 4 Agustus 2022)

- Fadhil, Sahabat (2021). "Quantum Quotient (Kecerdasan Emosional) Pada Manusia". PMII
- Fadilah, L. N., Husin, F., Nurihsan, J., & Ramdani, T. G. (2020). REFLECTIVE LEARNING IN CHILDBIRTH CARE TO IMPROVE SELF-CONFIDENCE OF MIDWIFERY STUDENTS. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia: The Indonesian Journal of Medical Education*, 9(3), 269. <https://doi.org/10.22146/jpki.37925>
- Fahrozy, A. (2017). Hubungan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Dengan Kepuasan Pasien Pengguna BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Universitas mulawarman.
- Fauzi, M. (1995) 'Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan', Universitas Indonesia, Jakarta [Preprint].
- Fenech, G. (2016). Critical reflection in midwifery practice: the protection motivation theory. *Reflective Practice*, 17(3), 308–316. <https://doi.org/10.1080/14623943.2016.1164680>
- FITRI, R. (2019). Arfiana dan Lusiana. 2016. Asuhan Neonatus Bayi Balita dan Anak Pra Sekolah. Jakarta: Trans Medika.
- Fitriani, Wa Ode. (2015). Bidan dalam Sistem Pelayanan Kesehatan. https://www.academia.edu/12142373/Bidan_dalam_Sistem_Pelayanan (Diakses tanggal 4 Agustus 2022)
- French, J. (1990). Boundaries and horizons, the role of health education within healthpromotion. *Health Education Journal* 49: 7-10
- Garratt, R. A. (2001) 'The midwife as healer', *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 7(4), pp. 197–201. doi: 10.1054/ctnm.2001.0573.
- Goleman Daniel (2018), Emotional Intellence. Jakarta. Gramedia Pustaka Utama.
- Green, L & Kreuter, M.W. (2005). *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*, Second Edition, Mayfield Publishing Company.
- Hadisusanto, E., Hariyanti, T., Widyaningrum, K. (2018) "Faktor determinan yang berpengaruh terhadap keputusan bidan merujuk pasien dengan kehamilan risiko tinggi" *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 5 (1), hal. 1-12

- Handayani, D. S. (2021) 'Model Value Clarification Technique Pada Pendidikan Bidan Dalam Mewujudkan Pendidikan Indonesia Emas 2045', *Sapientia Humana: Jurnal Sosial Humaniora.*, 1(01), pp. 15–28. doi: 10.26593/jsh.v1i01.4969.
- Haora, P. (2020). Learning through reflection-enhancing culturally proficient learning communities in midwifery practice and education: An experience-based learning journey in London, UK. In *Cultural Competence and the Higher Education Sector: Australian Perspectives, Policies and Practice* (pp. 309–330). https://doi.org/10.1007/978-981-15-5362-2_17
- Hartini, H. (2017) 'Perkembangan Fisik Dan Body Image Remaja', *Islamic Counseling: Jurnal Bimbingan Dan Konseling Islam*, 1(2), pp. 27–54.
- Helyer, R. (2015). Learning through reflection: the critical role of reflection in work-based learning (WBL). *Journal of Work-Applied Management*, 7(1), 15–27. <https://doi.org/10.1108/JWAM-10-2015-003>
- Hermastutik, K dan Ahmad,N. (2015). Hubungan Pelayanan Keperawatan Dengan Kepuasan Pasien Pengguna Kartu BPJS Kesehatan Di Puskesmas Mojowarno Kabupaten Jombang. *STIKES Pemkab jombang*.
- Hidayat, Asri. (2009). Catatan kuliah konsep kebidanan plus materi bidan delima. Yogyakarta : Mitra Cendekia Press.
- ICM. (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice 2019 Update*. Den Haag: International Confederation of Midwives. Von <https://www.internationalmidwives.org/> abgerufen
- IDI, (2016) "Penataan Sistem Pelayanan Kesehatan Rujukan". Jakarta : IDI, hal6-13.
- Iqbal Mubarak, W. (2012). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsep dan Aplikasi dalam Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- JNPK-KR, (2014) "Asuhan Persalinan Normal". Jakarta: Asosiasi Unit Pelatihan Klinik Organisasi Profesi
- Karina, A. N., & Warsito, B. E. (2012). Pengetahuan ibu tentang imunisasi dasar balita. *Jurnal Keperawatan Diponegoro*, 1(1), 30-35.
- Kemendes RI (2016) 'Modul Konsep kebidanan dan etikolegal'.

- Kemenkes RI (2019) Panduan Menggalang Kemitraan di Bidang Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Gerakan Masyarakat Hidup Bersih dan Sehat (GERMAS).
- Kemenkes, R. I. (2012). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif. Jakarta. Tersedia pada: www.hukumonline.com (Diakses: 28 Desember 2018).
- Kemenkes, R.I. (2014) 'Profil kesehatan indonesia', Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia [Preprint].
- Kementerian Kesehatan RI (2007) 'Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/ SK/ VIII/ 2007 Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah', Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas.
- Kementrian Kesehatan RI.. (2016). Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kepmenkes. No 871/Menkes/SK/VIII/1994 tentang petunjuk teknis pelaksanaan pengangkatan bidan sebagai pegawai tidak tetap (1994).
- Kepmenkes. No.822/Menkes/SK/IX/1993 Pasal 1 butir 1 tentang penyelenggaraan program pendidikan Bidan (1993).
- Keputusan Presiden (Keppres). No. 23 Pasal 1 butir 1 tentang pengangkatan bidan sebagai pegawai tidak tetap (1994).
- Khadivzadeh, T. et al. (2015) 'Assessment of Midwives' Communication Skills at the Maternity Wards of Mashhad Teaching Hospitals in 2014', *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(3), pp. 394–400. doi: 10.22038/jmrh.2015.4409.
- Kusuma, R. (2018). HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU HAMIL TENTANG ANTENATAL CARE DENGAN KUNJUNGAN K4: THE CORRELATION OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF PREGNANT WOMEN ABOUT ANTENATAL CARE WITH K4 VISIT. *Jurnal Psikologi Jambi*, 3(1), 24-24.
- Labonte R. (1993). *Health Promotion and Empowerment: Practice Frameworks*. Issues in Health Promotion no 3. Centre for Health Promotion. University of Toronto

- Listyorini, P.I dan Wijananto, D.A, (2019) “Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Jayengan Kota Surakarta” *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan*, 9 (1), hal 10-23
- Lusiana, N. (2012) ‘Faktor-faktor yang berhubungan dengan Usia Menarche Siswi SMP PGRI Pekanbaru Factors Associated with Age of Menarche Junior High School Student PGRI Pekanbaru’, *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(1), pp. 40–44.
- Lutfiya, I. (2016) ‘Analisis Kesiapan Siswi Sekolah Dasar dalam Menghadapi Menarche’, *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 5(2), pp. 135–145.
- M. Fais S, Sitti S. (2009). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Serta Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika
- Maharani. (2021). *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Jakarta: Media Sains Indonesia.
- Malinda, N.T., Damajanti, M.N. and Muljosumarto, C. (2017) ‘Perancangan Buku Interaktif Tentang Menstruasi Pertama Untuk Anak Perempuan Usia 9-12 Tahun’, *Jurnal DKV Adiwarna*, 1(10), p. 10.
- Marmot, M., McEwen, B.S. & Stewart, J. (Eds.) (1999). *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological and Biological Pathways*. New York Academy of Science. 896
- Megasari, M., J. S. Yanti, E. Husanah, dan N. Lusiana. (2015). *Rujukan Lengkap Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2002) ‘Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 900/Menkes/Sk/Vii/2002 Tentang Registrasi Dan Praktik Bidan’, *Arsyad, Azhar*, (25), p. 34.
- Moses, P. (2017). 7 best tools to help entrepreneurs to take decisions. Retrieved from <https://medium.com/tools-for-entrepreneurs/7-best-tools-to-help-entrepreneurs-to-take-decisions-844da2445ccb>
- Muninjaya, A.A Gde. (2004). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Nababan, L., Kes, M. and Pengantar, K. (2021) ‘Modul Ajar Kebidanan Profesionalisme’, pp. 1–19. Available at: http://repository.stikessaptabakti.ac.id/162/1/MODUL_PROFESIONALISME_KEBIDANAN.pdf.

- Naidoo, J & Wills, J, (2000). Health Promotion, Foundation for Practice, Second Edition, Bailliere Tindall, Elsevier Limited.
- Nazriah. (2009). Konsep Dasar Kebidanan. Banda Aceh: Yayasan Pena.
- Niken Bayu Argaheni, Noviyati Rahardjo Putri, D. P. Y. et al. (2021) Konsep Dasar Kebidanan. me: yayaan kita menulis.
- Niken Bayu Argaheni, Yulinda Aswan, N. A. et al. (2022) Etika Profesi Praktik Kebidanan. Medan: Y.
- Ningsih, D.A. (2017). Continuity of Care Kebidanan. Jurnal Oksitosin. IV(2). Hal : 67-77.
- Normal, B.A.A.P. (2008) 'Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi', Jakarta: EGC [Preprint].
- Notoatmodjo, (2012) "Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan" Edisi Revisi. Jakarta : PT.Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2003) 'Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta (2005)', Metodologi Penelitian Kesehatan [Preprint].
- Notoatmodjo, S. (2005) PROMOSI KESEHATAN, Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012) PROMOSI KESEHATAN DAN PERILAKU KESEHATAN. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo.(2010). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Rineka Cipta : Jakarta.
- Novita, N., & Franciska, Y. (2011). Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
- Novita.R.V. (2011). Keperawatan Maternitas. Bogor: :Ghalia Indonesia.
- Nugrahaeni, A. (2018) Pengantar Ilmu Kebidanan dan Standar Profesi Kebidanan. Anak Hebat Indonesia.
- Nugraheni, Ardhina. (2020). Pengantar Ilmu Kebidanan dan Standar Profesi Kebidanan. Yogyakarta: Anak Hebat Indonesia.

- Nurjasmi, E. (2020) 'Situasi pelayanan kebidanan pada masa pandemi COVID-19 dan Memasuki era New-Normal', *Ikatan Bidan Indonesia* [Preprint].
- Odendaal, J.-A., & Baldwin, A. (2015). Through the looking glass – Learning to be a midwife through reflection. *Women and Birth*, 28, S3. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.019>
- Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). Health Promotion. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- Pendidikan Masyarakat (Bp-PAUD dan Dikmas), B. pengembangan pendidikan usia dini (2018) **BAHAN AJAR MEMBANGUN KEMITRAAN**. Kalimantan Selatan.
- Pendidikan, D. (2020) 'Perkembangan, Pendidikan, Periodesasi', 18(2), pp. 216–225. Available at: meindra15@gmail.com.
- Pengampu, T. and Kuliah, M. (2020) 'ASPEK LEGAL DAN LEGILASI Latar Belakang sistem legislasi'.
- Permenkes. No. 1464/Menkes/Per/IX/2010, pasal 1 ayat 1 tentang definisi bidan (2010).
- Permenkes. No. 572/Menkes/Per/VI/1996 Pasal 1 butir 1 tentang definisi bidan (1996).
- PERSI (2019) 'Kemitraan Pemerintah-Swasta Dalam Sektor Kesehatan? Kapan?', p. 2019.
- Persson, E. K., Kvist, L. J., & Ekelin, M. (2015). Analysis of midwifery students' written reflections to evaluate progression in learning during clinical practice at birthing units. *Nurse Education in Practice*, 15(2), 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.01.010>
- PJJ Kemenkes. (2014, November 20). slideshare. Retrieved from slideshare a scribd company: https://www.slideshare.net/pjj_kemenkes/cara-pendekatan-sosial-budaya-dalam-praktik-kebidanan/
- Platform, G. H. (2008) 'Principles of Partnership Principles of Partnership', (May), pp. 2007–2008.
- PMK RI, (2012) "Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan" Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

- Pohan, Imbalo S. (2016). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar – Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta : EGC
- Prawirohardjo, S. (2010). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Publow, M. (2010) ‘Partnerships : Frameworks for Working Together’, *Strengthening Nonprofits: A Capacity Builder’s Resource Library*, pp. 15–24.
- Purba , S., Astuti, Gulo Juniyanto, Hastuti, N. K., Boy, E., Mawati, A. T., et al. (2020). *Etika Profesi: Membangun Profesionalisme Diri*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Purwandari, Atik. (2008). *Konsep Kebidanan Sejarah dan Profesionalisme*. Jakarta: EGC.
- Purwoastuti, E. and Walyani, E.S. (2015) ‘Panduan materi kesehatan reproduksi dan keluarga berencana’.
- Puthli, H. (2011) *Sustainable Business Transformation Management Consulting Services* | Hemant Puthli Associates.
- Putra, D. M. and Aziz, N. (2019) ‘Pengaruh Komunikasi Efektif Terhadap Kepuasan Pelayanan Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang’, pp. 1–13.
- R Jerry. McMurtry, D Doris, Humphrey (2010) *Pengambilan Keputusan dan Pemecahan Masalah: Jakarta*
- Reksohadiprojdo, S. and Handoko, T.H. (2001) ‘Organisasi perusahaan: teori, struktur dan perilaku’, Yogyakarta: BPFE [Preprint].
- Ri, D. (2001) ‘Standar Pelayanan Kebidanan (buku 1)’. Jakarta: DepKes RI.
- RI, K. (2020) ‘kemenkes RI’, *Petunjuk Teknis Pelayanan Puskesmas Pada Masa Pandemi* [Preprint].
- Rina, B., Abdulhak, I. and Shantini, Y. (2020) ‘Jalinan Kemitraan Program Posyandu dalam Upaya Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan’, *Diklus: Jurnal Pendidikan Luar Sekolah*, 4(2), pp. 112–123. doi: 10.21831/diklus.v4i2.31620.
- Rina. (2018). *Gambaran Persepsi Masyarakat terhadap Peran dan Motivasi Bidan untuk Menurunkan Angka Kesakitan DBD di Desa Siaga Morgo Mulyo*. *Journal of Midwifery*, 6(1).

- Ririn Widyastuti. (2021). *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Media Sains Indonesia.
- Rivai, V. and Bachtiar, B.R.A. (2013) 'Pemimpin dan kepemimpinan dalam organisasi', Jakarta: Raja Grafindo Persada [Preprint].
- Rivai, V. and Sagala, E.J. (2010) 'Manajemen Sumber Daya Manusia. Cetakan ke tiga', Jakarta. PT. Raja Grafindo Persada [Preprint].
- Riyanti. (2018). *Buku Ajar Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan*. Malang: Wineka Media.
- Rowe, R. E. et al. (2002) 'Improving communication between health professionals and women in maternity care: A structured review', *Health Expectations*, 5(1), pp. 63–83. doi: 10.1046/j.1369-6513.2002.00159.x.
- Safitri, Y. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan perkembangan bahasa balita di UPTD kesehatan Baserah tahun 2016. *Jurnal Obsesi: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 1(2), 148-155.
- Safrudin, Mulyani Sri, Lubis Rosni (2021) *PENGEMBANGAN KEPERIBADIAN DAN PROFESIONALISME BIDAN*: Yogyakarta. Wineka Media
- Saifuddin, A. (2009). *Midwifery Science Sarwono Prawirohardjo*. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Saifuddin, A. B. (2010). *Buku Praktis Asuhan Pada Masa Persalinan*.
- Sandall, J. (2017). The Contribution of Continuity of Midwifery Care to High Quality Maternity Care. 12 Agustus 2022. <https://www.rcm.org.uk/media/2265/continuity-of-care.pdf>
- Sari, R.N. (2012) 'Konsep kebidanan', *Graha Ilmu*, Yogyakarta [Preprint].
- Sari, Rury Narulita. (2012). *Konsep kebidanan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Sarwono, P. (2010) 'Ilmu kebidanan Edisi 4 Cetakan 3', Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo [Preprint].
- Sarwono, S. W., & Meinarno, E. A. (2018). *Psikologi Sosial*. Jakarta: Salemba Humanika.
- SDGs (2022) *SUSTAINBLE DEVELOPMENT GOALS (SDGs)*.
- Siagian. (2012). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.

- Siddiqui, J. (1999) 'relationship in midwifery', *British Journal of Midwifery*, 7 No 2, pp. 111–114.
- Simarmata, J. (2020). *Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Jakarta : Yayasan Kita Menulis.
- Siwisan. (2010, September 28). wordpress.com. Retrieved from wordpress.com: <https://siwisan.wordpress.com/2010/09/28/kesehatan-ibu-dan-anak-persepsi-budaya-dan-dampak-kesehatannya/>
- Slamet Rara S. (2012). Hak dan Kewajiban Bidan.(<https://raraslamet.wordpress.com/2012/06/20/hak-dan-kewajiban-bidan/>). Diakses pada tanggal 4 Agustus 2022.
- Soekanto, S. (2017). *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Solehati, T., Salsabila, A., Nurafni, R., Millenika, V. T., Rindiarti, N. A., Adila, R., ... & Suzana, H. (2021). *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6(4), 714.
- Soumokil, M. (2020). Peran Bidan dalam Implementasi Women Centered Care (Asuhan yang Berpusat pada Perempuan). Disampaikan dalam IPAS Indonesia. Juni 2020.
- Sulaksono Hari (2016). *Teori Pengambilan Keputusan dan Kepemimpinan*. Yogyakarta
- Sulfianti. (2021). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis.
- Sumiati and Ahmad, A. (2021) 'Pengendalian Mutu Pendidikan: Konsep Dan Aplikasi', *Jurnal Administrasi Pendidikan*, 13(1), pp. 43–50.
- Supartiningsih, S. (2017). Kualitas Pelayanan Kepuasan Pasien Rumah Sakit : Kasus Pada Pasien Rawat Jalan. *Jurnal medicoeticolegal dan manajemen rumah sakit*, 6 (1) : 9-15
- Suryana, S. (2020) 'Permasalahan Mutu Pendidikan Dalam Perspektif Pembangunan Pendidikan', *Edukasi*, 14(1). doi: 10.15294/edukasi.v14i1.971.
- Susilowati, D. (2016) *BAHAN AJAR PROMOSI KESEHATAN*. Kemenkes RI. Available at: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Promkes-Komprehensif.pdf>.

- Sweet, L., Bass, J., Sidebotham, M., Fenwick, J., & Graham, K. (2019). Developing reflective capacities in midwifery students: Enhancing learning through reflective writing. *Women and Birth*, 32(2), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.004>
- Syafrudin dan Hamidah (2009) “Kebidanan Komunitas” Jakarta : EGC
- Tajmiati, A., Astuti, K. E., & Suryani, E. (2020). *Konsep Kebidanan Dan Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Thachuk, A. (2007) ‘Midwifery, informed choice, and reproductive autonomy: A relational approach’, *Feminism and Psychology*, 17(1), pp. 39–56. doi: 10.1177/0959353507072911.
- Thoha, M. (2001) ‘Kepemimpinan dalam Manajemen Suatu Pendekatan Perilaku’, Penerbit PT. RajaGrafindo Persada. Jakarta [Preprint].
- Thompson, J. B., Fullerton, J. T., & Sawyer, A. J. (2011). The international confederation of midwives: global standards for midwifery education (2010) with companion guidelines. *Midwifery*, 27(4), 409–416.
- Tones, K & Green, J. (2004). *Health Promotion: Planning and Strategies*. Sage Publications
- Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan. 15 Maret 2019. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 56. Jakarta.
- Unicef (2021) ‘Z Zurich Foundation dan UNICEF meluncurkan kemitraan global untuk mempromosikan kesehatan mental anak muda’.
- Unite the Union (2014) *Record Keeping and Documentation: A Guide for Health Professionals*. London, Unite the Union
- Usman, H. (2013) ‘Manajemen: teori, praktik, dan riset pendidikan’.
- Varney, Hellen. (2006). *Asuhan Kebidanan Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Wahjosumidjo, K.K.S. (2010) ‘Tinjauan Teoritik dan Permasalahannya, Jakarta: PT’, Grafindo Persada [Preprint].
- Wahyuni, Ninik Azizah, Hasliana Haslan, J. H. et al. (2022) *Pengantar Ilmu Kebidanan*. Medan: yayasan kita menulis.
- Wahyuningsih, Heni Puji. (2008). *Etika Profesi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.

- Wain, A. (2017). Learning through reflection. *British Journal of Midwifery*, 25(10), 662–666. <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.10.662>
- WHO (2001) ‘Health promotion.’, *Lancet*, p. 936. doi: 10.1016/S0140-6736(01)06034-2.
- WHO. (2013). WHO Recommendations: Postnatal Care of the Mother and Newborns. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2016). WHO Recommendations: Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2018). Primary Health Care: Closing The Gap Between Public Health and Primary Care Through Integration. 12 Agustus 2022. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/public-health.pdf>
- WHO. (2018). WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization.
- Widiyanto, S. (2009, 04 03). wordpress.com. Retrieved from wordpress.com: <https://shidiqwidiyanto.wordpress.com/2009/04/03/aspek-budaya-tentang-kesehatan-dan-penyakit/>
- WIJAYANTI, I. (2017). 21ASUHAN KEBIDANAN MULAI KEHAMILAN TM. III SAMPAI DENGAN NIFAS DAN KB PADA NY.” A” DI BPM DEWI EGA ANJARSARI, AMD. KEB DESA MANCAR KECAMATAN PETERONGAN KABUPATEN JOMBANG (Doctoral dissertation, Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum).
- Wijoyo D. (2000). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Wolffers, I. et al. (1997) ‘a Literature Review a Literature Review’, 17(1989), pp. 432–434.
- Yamin, M. and Maisah, M. (2010) ‘Standarisasi kinerja guru’, Jakarta: Gaung Persada, 14.
- Yanik, O., ; P. and Cholifah, S. (2019) *Buku Ajar Mata Kuliah KOMUNIKASI & KONSELING DALAM PRAKTIK KEBIDANAN* Diterbitkan oleh UMSIDA PRESS.
- Yanti, J.S. and Andriyani, F. (2019) ‘ASUHAN KEBIDANAN PADA REMAJA PUTRI DENGAN MENARCHE DI SD AZ-ZUHRAKOTA

- PEKANBARU TAHUN 2019', Prosiding Hang Tuah Pekanbaru, pp. 65–73.
- Yeh, J. and Nagel, E. E. (2010) 'Patient Satisfaction in Obstetrics and Gynecology: Individualized Patient-centered Communication', *Clinical Medicine Insights: Women's Health*, 3, p. CMWH.S5870. doi: 10.4137/cmwh.s5870.
- Yuhety, H., Miarso, Y. and Baslemah, A. (2008) 'Indikator Mutu Program Pendidikan Sepanjang Hayat', *JIV-Jurnal Ilmiah Visi*, 3(2), pp. 150–170. doi: 10.21009/jiv.0302.6.
- Yulizawati, D.I., El Sinta, L. and Insani, A.A. (2019) 'Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana', Sidoarjo: Indomedia Pustaka [Preprint].

Biodata Penulis



Dina Dewi Anggraini, S.S.T.Keb., M.Kes., lahir di Kediri pada tanggal 12 Agustus 1990. Menyelesaikan kuliah di Universitas Kediri dan mendapat gelar Ahli Madya Kebidanan pada tahun 2012, Sarjana Sains Terapan Kebidanan pada tahun 2013 dan Magister Kesehatan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Airlangga pada tahun 2016. Pada tahun 2017 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Swasta yaitu Universitas Kediri. Kemudian pada tahun 2019 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Negeri di Poltekkes

Kemenkes Semarang sampai sekarang.



Arkha Rosyaria Badrus, SST.,M.Kes., lahir di Sumenep, 27 Februari 1988. Penulis menempuh Pendidikan DIII Kebidanan di Stikes Artha Bodhi Iswara Suarabaya. Kemudian dilanjutkan di D4 kebidanan Klinik di Poltekkes kemenkes Malang dan menyelesaikan Pendidikan magister kedokteranm Keluarga di Universitas Sebelas Maret (UNS) Solo. Saat ini penulis merupakan dosen teap di fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Dr. Soetomo surabaya.



Ninik Azizah, SST., M.Kes. Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan di UNUSA Surabaya (2001), Diploma IV Bidan Pendidik di UNPAD Bandung (2004) dan S2 Pendidikan Kesehatan di UNS Solo (2012). Saat ini mengabdikan diri di Prodi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan UNIPDU Jombang.



Dewi Triloka Wulandari lahir di Probolinggo, 23 Mei 1988, tercatat sebagai lulusan Pascasarjana Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang Tahun 2019. Wanita yang kerap disapa Dewi ini adalah anak bungsu dari empat bersaudara. Sekarang mengabdikan sebagai pengajar di Prodi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang. Tahun 2020 s.d sekarang menjadi Kabid. Minat Bakat & Keorganisasian Biro Kemahasiswaan Unipdu Jombang. Menulis Buku Bersama dengan Judul Obstetri dan Kesehatan reproduksi dan Keluarga

Berencana



Megawati Sinambela lahir di Desa Simangulampe Kecamatan Baktiraja Kabupaten Humbang Hasundutan Sumatra Utara pada tanggal 16 November 1962. Anak dari Jaunggul Sinambela dan Rupina Sianturi, anak 1 dari 8 bersaudara. Menempuh pendidikan dari SDN lulus tahun 1976, SMPN lulus tahun 1979, Sekolah Perawat Kesehatan Medan lulus tahun 1983, Sekolah Guru Perawat Ujung Pandang lulus tahun 1986, Akademi Keperawatan Padjajaran Bandung lulus tahun 1995, Akta Mengajar III IKIP Bandung tahun 1995, Diploma IV Perawat Pendidik USU lulus tahun 1997, Akta Mengajar IV Medan

tahun 1998, Akademi Kebidanan Medan lulus tahun 2004, Sarjana

Keperawatan Medan lulus tahun 2007, Pendidikan Ners Medan lulus tahun 2008, Program Magister Kesehatan Masyarakat USU lulus tahun 2013 dan saat ini mengikuti Program Pendidikan Doktor Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang yang sedang proses pembuatan Disertasi. Penulis bekerja di Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua menjabat sebagai Dekan Fakultas Keperawatan.



Siti Roudhotul Jannah (Roudho) kelahiran Jombang, 26 April 1992 yang merupakan anak ketiga dari pasangan Muchtarom dan Nurlichah. Telah menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum (Unipdu) Jombang pada tahun 2013, dan melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan (Pendidik) di Stikes Karya Husada Semarang pada tahun 2014, terakhir penulis melanjutkan pendidikan di Magister Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang pada tahun 2018.



Sartini Bangun, S.Pd., M.Kes. Penulis sebelumnya dosen di Poltekkes Depkes Palu. Mengawali Pendidikan kejuruan dari Sekolah Perawat Kesehatan St.Borromeus Bandung tamat 1981, melanjutkan ke Akademi Keperawatan Depkes Ujung Pandang tamat tahun 1990. Melanjutkan ke Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan di Universitas Muhamaddyah Palu tamat 1994. Terus lanjut Program Pendidikan Bidan B di Ujung Pandang tamat tahun 1995. Tahun 2000 melanjutkan pendidikan ke Pasca Sarjana Kedokteran Klinik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tamat tahun 2002. Tahun 2003 ikut suami pindah ke Medan sebagai dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan Tahun 2015 bergabung di Direktorat Klinik Pratama Poltekkes sampai sekarang. Penulis dapat dihubungi melalui : sartinibangun1@gmail.com.



Maria Alia Rahayu, S.SiT., M.KM merupakan anak ke empat dari lima bersaudara. Maria lahir di Karawang pada tanggal 25 Oktober 1987. Maria menyelesaikan pendidikannya di SDN Pucung II, Kotabaru, SLTPN 1 Tirtamulya, dan SMAN 1 Cikampek. Maria menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Universitas Singaperbangsa Karawang pada Tahun 2008. Kemudian melanjutkan DIV Kebidanan di STIKES Mitra Ria Husada Jakarta, dan Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Prof. Hamka (UHAMKA). Saat ini Maria bekerja sebagai Dosen pada Program Studi DIII Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Singaperbangsa Karawang.



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



Lusiana Gultom lahir di Limapuluh pada 14 April 1974. penulis pernah bertugas sebagai bidan desa pada tahun 1994-1999 di kabupaten Asahan. Pada tahun 2004-sekarang, penulis berprofesi sebagai dosen di jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan.



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

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



Vivin Eka Rahmawati lahir di Sidoarjo, 23 April 1990, tamat dari Universitas Sebelas Maret Surakarta. Wanita yang kerap disapa Vivin ini adalah anak pertama dari tiga bersaudara. Sekarang mengabdikan sebagai pengajar di Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang.

Irma Hamdayani Pasaribu, lahir di Manduamas, Kabupaten Tapanuli Tengah, Sumatera Utara. Menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan di Akademi Kebidanan Sari Mutiara Medan tahun 2009. Melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan di STIKes Indonesia Maju Jakarta dan lulus pada tahun 2012. Kemudian pada tahun 2015 melanjutkan pendidikan jenjang magister di Universitas Brawijaya Malang dan menyelesaikan pendidikan S2 pada tahun 2017. Sejak tahun 2018 hingga saat ini menjadi dosen tetap program studi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Singaperbangsa Karawang.



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



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb., dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Founder dari Perempuan Berdaya. Penerima Hibah Penelitian dan Pengabdian Riset Group “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorea Primer di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Bimbingan Konseling Spiritual Bagi Pengasuh Dan Anak Asuh Panti Asuhan Anak Penderita HIV/AIDS Di Yayasan Lentera Surakarta (2021)”. Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com



Cahyaning Setyo Hutomo, lahir di Bojonegoro, Jawa Timur, pada tahun 1987, adalah alumni Diploma Empat Kebidanan Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2009. Penulis melanjutkan studi pada Program Studi Kedokteran Keluarga dengan peminatan Pendidikan Profesi Kesehatan di Universitas yang sama pada tahun 2010 dan lulus pada tahun 2012. Saat ini penulis berdomisili di Surakarta. Penulis pernah bekerja sebagai Tenaga Pendidik di Stikes AkbidYo pada tahun 2012-2015,

selain itu penulis juga pernah bekerja sebagai Kepala Ruang Bersalin di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret pada tahun 2016-2019 dan pada tahun 2018 sampai sekarang penulis menjadi bagian dari Tenaga Pendidik di Program Studi Kebidanan Diploma Tiga Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis merupakan bagian dari tim vaksinator dari kegiatan Serbuan Vaksinasi TNI-POLRI di Surakarta pada tahun 2021. Sebagai seorang tenaga pendidik, menulis buku merupakan salah satu bentuk aktualisasi diri dari penulis. Kritik dan saran mengenai buku yang telah ditulis dapat dikirimkan ke alamat email cahyaninghutomo@gmail.com.



Budi Astyandini, S.Si.T.M.Kes lahir di Semarang pada 23 Februari 1973. Tercatat tercatat sebagai lulusan D3 Kebidanan Poltekkes Semarang, D4 Pendidikan bidan pendidik serta S2 Kesehatan masyarakat Undip Semarang. Serta proses Studi lanjut S3 Manajemen Pendidikan di UNNES. Pekerjaan utama adalah dosen di Poltekkes Semarang, disamping aktif di organisasi bidan sebagai sekretaris IBI Cabang Kendal serta Fasilitator Nasional program ROOTS.



Maida Pardosi, SKM., M.Kes Lahir di Medan pada tanggal 19 Desember 1963. Menyelesaikan Studi Magister Kesehatan Masyarakat pada tahun 2021 dari Fakultas Kesehatan Masyarakat USU. Saat ini aktif melaksanakan tri dharma perguruan tinggi di Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan. Penulis dapat dihubungi melalui email : maidapardosi1963@gmail.com.



Renny Sinaga, lahir di Parapat pada 30 Oktober 1973. Lulusan S2 kesehatan Reproduksi Universitas Sumatera Utara. Saat ini bekerja sebagai Dosen di Poltekkes kemenkes Medan Prodi kebidanan P.Siantar. Status sudah menikah dan memiliki anak 2 orang. Beralamat di jalan Sisingamangaraja no 61, Kelurahan Kahean Kec. Siantar Utara Kota Pematang Siantar.

PROFESIONALISME KEBIDANAN

Buku Profesionalisme Kebidanan bertujuan untuk memberikan pengetahuan kepada pembaca agar dapat memahami tentang hal-hal yang terkait dengan profesionalisme kebidanan dan dapat menerapkannya pada kehidupan sehari-hari.

Cakupan materi ini diharapkan dapat membantu pembaca agar lebih mudah memahami materi tentang:

Bab 1 Filosofi Bidan dan Kebidanan yang Mendasari Profesionalisme

Bab 2 Peran dan Tanggung jawab Bidan Pada Berbagai Tatanan

Bab 3 Konsep Otonomi dan Prinsip Dalam Pelayanan Kebidanan

Bab 4 Pelayanan Kesehatan

Bab 5 Promosi Kesehatan

Bab 6 Peran Bidan di Kesehatan Masyarakat

Bab 7 Lingkup Praktik Bidan

Bab 8 Budaya/Tradisi Dalam Kebidanan

Bab 9 Kajian Gender Legislasi

Bab 10 Ilmu Kebidanan

Bab 11 Standar ICM

Bab 12 Hubungan Bidan-Ibu dan Komunikasi Efektif

Bab 13 Intelegensi Emosional & Pengambilan Keputusan

Bab 14 Rujukan dan Record Keeping

Bab 15 Etik Biomedis Dan Aplikasinya Dalam Praktik Kebidanan

Bab 16 Refleksi Dalam Praktik Kebidanan

Bab 17 Model Asuhan dan Peran Profesional Kesehatan Lain dalam Memberikan Asuhan yang Berkualitas

Bab 18 Pengembangan Profesional Berkelanjutan Dan Pentingnya Belajar Sepanjang Hayat

Bab 19 Kepemimpinan Dalam Kebidanan

Bab 20 Prinsip Partnership dalam Promosi Kesehatan



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

KEBIDANAN - Referensi

ISBN 978-623-342-591-9

