

Konsep Kebidanan

Konsep normal dalam asuhan kebidanan di asumsikan sebagai hal yang tidak perlu dijelaskan kembali karena konsep tersebut sudah baku dan ada dari dahulu. Bidan sebagai profesi mempunyai suatu pandangan, nilai, keyakinan yang disebut sebagai filosofi yang mengandung konsep normal dalam pelayanan yang diberikannya yaitu menganggap bahwa kehamilan, persalinan, nifas dan sekarang meluas pada wanita selama siklus hidupnya merupakan hal yang normal dan alami. Materi yang ada didalam buku ini adalah :

- Bab 1 Filosofi Kebidanan
- Bab 2 Sejarah Perkembangan Pendidikan Bidan Dan Pelayanan Kebidanan Di Dalam Dan Luar Negeri
- Bab 3 Paradigma Kebidanan
- Bab 4 Kebidanan Sebagai Profesi
- Bab 5 Peran Fungsi Bidan
- Bab 6 Dasar Pemikiran, Fokus dan Tujuan dalam Teori Kebidanan Teori dan Konseptual Praktek Kebidanan
- Bab 7 Manajemen Kebidanan
- Bab 8 Pemasaran Sosial
- Bab 9 Body of Knowledge Ilmu Kebidanan (*Midwifery*)
- Bab 10 Model praktik bidan

KONSEP KEBIDANAN

KONSEP KEBIDANAN

KONSEP KEBIDANAN

Yulizawati, SST., M.Keb



Edisi Asli

Hak Cipta © 2021 pada penulis

Griya Kebonagung 2, Blok I2, No.14

Kebonagung, Sukodono, Sidoarjo

Telp. : 0812-3250-3457

Website : www.indomediapustaka.com

E-mail : indomediapustaka.sby@gmail.com

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama **7 (tujuh) tahun** dan/atau denda paling banyak **Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)**.
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama **5 (lima) tahun** dan/atau denda paling banyak **Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)**.

Yulizawati

Konsep Kebidanan/Yulizawati
—Sidoarjo: Indomedia Pustaka, 2021
Anggota IKAPI No. 195/JTI/2018
1 jil., 17 × 24 cm, 124 hal.

ISBN: 978-623-6133-35-4

1. Kebidanan 2. Konsep Kebidanan
I. Judul II. Yulizawati

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya yang tak terhingga penulis dapat menyelesaikan Buku Teks dengan Judul “Konsep Kebidanan”. Penulisan Buku teks ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran baik bagi dosen maupun mahasiswa. Dengan adanya Buku teks ini diharapkan dapat menjadi referensi, meningkatkan motivasi dan suasana akademik yang menyenangkan bagi mahasiswa.

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

1. Rektor Universitas Andalas Prof. Dr. Yuliandri, SH., MH yang selalu memberikan kesempatan pengembangan bagi dosen dalam pelaksanaan tri dharma perguruan tinggi.
2. Ketua LPPM Universitas Andalas Dr.-Ing. *Uyung Gatot S. Dinata.* yang telah memberikan dorongan dan kesempatan kepada penulis
3. Dekan Fakultas Kedokteran Dr. dr. Afriwardi, SH., SpKO., MA yang selalu memberikan motivasi dan arahan bagi penulis.
4. Bapak Ibu Dosen dan tenaga kependidikan di Prodi S1 Kebidanan dan di Fakultas Kedokteran yang telah banyak memberikan inspirasi kepada penulis.
5. Bapak Heru Dibyo Laksono, ST., MT yang selalu memberikan motivasi kepada penulis.

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

Padang, 24 Mei 2021
Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi.....	v
BAB I Filosofi Kebidanan.....	1
1.1 Konsep normal dan filosofi bidan	1
1.2 Aplikasi dan konsekuensi konsep normal dalam pelayanan kebidanan.....	2
BAB II Sejarah Perkembangan Pendidikan Bidan Dan Pelayanan Kebidanan Di Dalam Dan Luar Negeri	5
2.1 Sejarah perkembangan pendidikan kebidanan di luar negeri	10
2.2 Sejarah perkembangan pelayanan kebidanan di luar negeri.....	17
2.3 Sejarah perkembangan pendidikan dan pelayanan kebidanan dalam negeri	21
BAB III Paradigma Kebidanan.....	25
BAB IV Kebidanan Sebagai Profesi	30
4.1 Definisi profesi	30
4.2 Ciri-ciri profesi.....	30
4.3 Profesional	30
4.4 Karakteristik profesional	31
4.5 Bidan adalah jabatan professional.....	32
4.6 Perilaku professional bidan.....	33

BAB V Peran Fungsi Bidan.....	35
5.1. Peran bidan	36
5.2. Fungsi bidan.....	39
BAB VI Dasar Pemikiran, Fokus dan Tujuan dalam Teori Kebidanan Teori dan Konseptual Praktek Kebidanan.....	41
6.1. Teori dalam praktik kebidanan	41
6.2. Teori revarubin : pencapaian peran ibu	42
6.3. Teori ramona t. Mercer : teori stres antepartum dan pencapaian peran ibu	43
6.4. Teori ela joy lehrman : komponen dari praktek kebidanan	45
6.5. Ernestine widenbach : kebutuhan akan bantuan.....	46
6.6. Jean ball : teori kursi malas dari kesejahteraan emosional ibu	46
BAB VII Manajemen Kebidanan	47
BAB VIII Pemasaran Sosial.....	71
BAB IX Body of Knowledge Ilmu Kebidanan (Midwifery)	81
BAB X Model praktik bidan.....	87
DAFTAR PUSTAKA.....	117

Bab 1

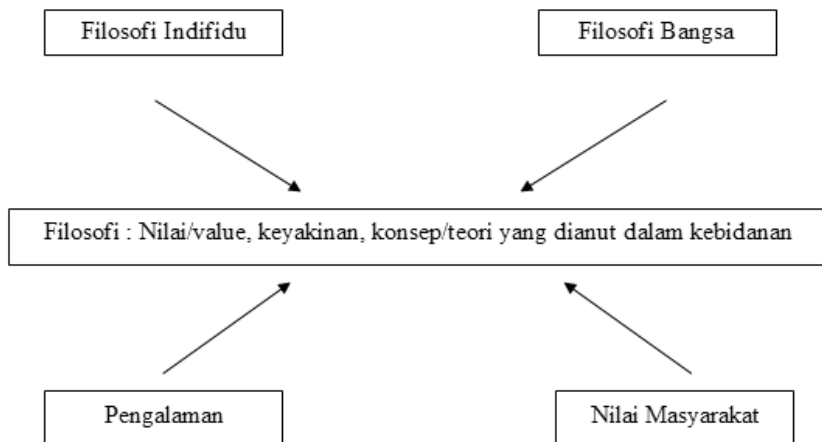
FILOSOFI KEBIDANAN

1.1. KONSEP NORMAL DAN FILOSOFI BIDAN

Konsep normal dalam asuhan kebidanan di asumsikan sebagai hal yang tidak perlu dijelaskan kembali karena konsep tersebut sudah baku dan ada dari dahulu. Bidan sebagai profesi mempunyai suatu pandangan, nilai, keyakinan yang disebut sebagai filosofi yang mengandung konsep normal dalam pelayanan yang diberikannya yaitu menganggap bahwa kehamilan, persalinan, nifas dan sekarang meluas pada wanita selama siklus hidupnya merupakan hal yang normal dan alami.

Oleh karena itulah konsep normal ini tidak diasumsikan tidak memerlukan penjelasan karena bidan sudah mempunyai pola fikir dan keyakinan yang universal dalam memberikan asuhan kepada wanita sepanjang siklus hidupnya.

Filosofi kebidanan dalam implementasinya di dalam pelayanan kebidanan atau asuhan kebidanan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, sehingga dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 1.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi filosofi kebidanan

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

1.2. APLIKASI DAN KONSEKUENSI KONSEP NORMAL DALAM PELAYANAN KEBIDANAN

Aplikasi konsep normal dalam asuhan kebidanan bukan merupakan ketetapan karena dapat berubah dari waktu ke waktu sehingga sesuatu yang dulu dianggap normal sekarang dapat dianggap tidak normal lagi. Perubahan ini dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti dibawah ini yaitu :

1. Regulasi
2. Tempat dan waktu yang mempengaruhi kompetensi dan ruang lingkup praktik bidan
3. Ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK)

Untuk contoh nyata aplikasi konsep normal yaitu :

1. Berkembangnya dan dianutnya konsep penilaian risiko yang memilih dan menseleksi ibu dengan penilaian risiko tinggi dan tidak berisiko (normal) dalam kehamilan yang berakibat adanya ketimpangan asuhan dan bahkan menunjukkan tingkat kejadian komplikasi lebih besar pada ibu yang diprediksi normal sehingga konsep ini sekarang dirubah menjadi “menganggap normal sehingga konsep itu berisiko”. Hal

ini bertujuan agar bidan dalam memberikan asuhan tidak bersifat prediktif tetapi dengan tepat mengidentifikasi dan mendeteksi dini komplikasi pada ibu sehingga dapat diantisipasi atau ditangani baik secara mandiri, kolaborasi ataupun rujukan.

2. Suatu tindakan menurut waktu dan tempat dapat dinilai berbeda dalam penerapan konsep normalnya, sebagai contoh yaitu: persalinan sungsang letak bokong murni di Indonesia dulu dianggap normal, tetapi sekarang setelah diketahui bahwa persalinan sungsang itu banyak sekali komplikasinya, maka di dalam praktiknya pun tidak termasuk ke dalam kewenangan bidan lagi kecuali dalam keadaan darurat ataupun berada di tempat yang jauh dan tidak mungkin dilakukan rujukan dengan alasan kondisi demografi yang harus dilalui dan memakan waktu yang sangat lama. Sehingga secara etik, bidan harus memberi pelayanan ANC yang akurat agar kondisi ibu dan bayi dapat diketahui dengan jelas dan dapat di beri asuhan yang sesuai kebutuhan.
3. Adanya model asuhan kebidanan yaitu:
 - Meminimalkan penggunaan intervensi teknologi
 - Adanya dukungan di setiap fase kehidupan wanita secara berkelanjutan
 - Mengidentifikasi komplikasi sehingga dapat tertangani dengan tepat

Bab 2

SEJARAH PERKEMBANGAN PENDIDIKAN BIDAN DAN PELAYANAN KEBIDANAN DI DALAM DAN LUAR NEGERI

2.1. SEJARAH PERKEMBANGAN PENDIDIKAN KEBIDANAN DI LUAR NEGERI

2.1.1. Malaysia

Perkembangan kebidanan di Malaysia bertujuan untuk menurunkan MMR dan IMR dengan menempatkan bidan desa. Mereka memiliki basic SMP + juru rawat + 1 tahun sekolah bidan.

2.1.2. Jepang

Sekolah bidan di Jepang dimulai pada tahun 1912 pendidikan bidan disini dengan basic sekolah perawat selama 3 tahun + 6 bulan pendidikan bidan. Tujuan pelaksanaan pendidikan ini adalah untuk meningkatkan pelayanan kebidanan dan neonatus tapi pada masa itu timbul masalah karena masih kurangnya tenaga bidan dan bidan hanya mampu melakukan pertolongan persalinan yang normal saja, tidak siap jika terdapat kegawat daruratan sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas bidan masih kurang memuaskan. Pada tahun 1987 ada upaya untuk meningkatkan pelayanan dan pendidikan bidan, menata dan mulai merubah situasi.

2.1.3. Belanda

Negara Belanda merupakan Negara Eropa yang teguh berpendapat bahwa pendidikan bidan harus dilakukan secara terpisah dari pendidikan perawat. Menurut Belanda disiplin kedua bidang ini memerlukan sikap dan keterampilan yang berbeda. Perawatan

umumnya bekerja secara hirarki di RS dibawah pengawasan sedangkan bidan diharapkan dapat bekerja secara mandiri di tengah masyarakat. Akademi pendidikan bidan yang pertama pada tahun 1861 di RS Universitas Amsterdam. Akademi ke dua dibuka pada tahun 1882 di Rotterdam dan yang ketiga pada tahun 1913 di Heerlen. Pada awalnya pendidikan bidan adalah 2 tahun, kemudian menjadi 3 tahun dan sejak 1994 menjadi 4 tahun. Pendidikannya dengan dasar SMA. Tugas pokok bidan di belanda adalah keadaan normal dan merujuk keadaan yang abnormal ke dokter ahli kebidanan.

2.1.4. Inggris

Pada tahun 1902 pelatihan dan registrasi bidan mulai diteraturkan. Selama tahun 1930 banyak perawat yang teregistrasi masuk kebidanan karena dari tahun 1916 mereka melaksanakan kursus-kursus kebidanan lebih singkat dari pada perempuan tanpa kualifikasi keperawatan. Tahun 1936 kebanyakan siswa-siswa kebidanan teregistrasi sebagai perawat. Pelayanan kebidanan di Inggris banyak dilakukan oleh bidan praktek swasta. Semenjak pertengahan 1980 kurang lebih 10 orang bidan melaksanakan praktek mandiri. Tahun 1990 bertambah sekitar 32 bidan, 1991 menjadi 44 bidan, dan 1994 sekitar 100 orang bidan dengan 80 bidan masuk dalam independent Midwives Assosiation.

Alasan bidan di Inggris melakukan praktek mandiri :

1. Penolakan terhadap model medis dalam kelahiran (Medicalisasi)
2. Ketidakmampuan menyediakan perawatan yang memuaskan dalam NHS (National Health Servis)
3. Untuk mengurus status bidan sebagai praktisi
4. Untuk memberikan kelangsungan perawatan dan kemampuan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan di rumah sebagai pilihan mereka.

Pendidikan kebidanan di inggris :

1. High School + 3 tahun
2. Nurse + 18 bulan

Mayoritas bidan di Inggris adalah lulusan diploma. Sejak tahun 1995 sudah ada lulusan S1 kebidanan dengan dasar SMU + 3-4 tahun.

2.1.5. Australia

Australia sedang pada titik perubahan terbesar dalam pendidikan kebidanan. Sistem ini menunjukkan bahwa seorang bidan adalah seorang perawat yang terlegislasi dengan kualifikasi kebidanan. Konsekwensinya banyak bidan-bidan yang telah mengikuti pelatihan di Amerika dan Eropa tidak dapat mendaftar tanpa pelatihan perawatan.

Siswa-siswa yang mengikuti pelatihan kebidanan pertama kali harus terdaftar sebagai perawat. Kebidanan swasta di Australia berada pada poin kritis pada awal tahun 1990, berjuang untuk bertahan pada waktu perubahan besar.

3 faktor yang bekerja melawan kebidanan

1. Medical yang dominan
2. Berlawanan dengan profesi keperawatan
3. Tidak mengabaikan komunitas peran bidan

Medicalisasi telah dibawa sebagian oleh dokter, melalui pelatihan melebihi dari yang diperlukan ini adalah gambaran dari perjuangan bidan-bidan di Negara lain. Profesi keperawatan di Australia menolak hak bidan sebagai identitas profesi yang terpisah. Dengan kekuatan penuh bidan-bidan yang sedikit militant tersupport untuk mencapai kembali hak-hak dan kewenangan mereka dalam menolong persalinan

Pendidikan bidan dengan basic perawat + 2 tahun. Sejak tahun 2000 telah dibuka University of Technology of Sydney yaitu S2 (Doctor Of Midwifery)

2.1.6. Spanyol

Spanyol merupakan salah satu Negara di benua Eropa yang telah lama mengenal profesi bidan. Dalam tahun 1752 persyaratan bahwa bidan harus lulus ujian, dimana materi ujiannya adalah dari sebuah buku kebidanan “ A Short Treatise on the Art Of Midwifery) pendidikan bidan di ibu kota Madrid dimulai pada tahun 1789. Bidan disiapkan untuk bekerja secara mandiri di masyarakat terutama dikalangan petani dan buruh tingkat menengah kebawah. Bidan tidak boleh mandiri memberikan obat-obatan , melakukan tindakan yang menggunakan alat-alat kedokteran.

Pada tahun 1942 sebuah RS Santa Cristina menerima ibu-ibu yang hendak bersalin. Untuk itu dibutuhkan tenaga bidan lebih banyak. Pada tahun 1932 pendidikan bidan disini secara resmi menjadi School of Midwife. Antara tahun 1987-1988 pendidikan bidan untuk sementara ditutup karena diadakan penyesuaian kurikulum bidan menurut ketentuan Negara-negara masyarakat Eropa, bagi mereka yang telah lulus sebelum itu, penyesuaian pada akhir 1992.

2.1.7. Ontario Canada

Mulai tahun 1978 wanita dan keluarga tidak puas dengan system perawatan maternity di Ontario. Bidan di Ontario memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda-beda yang terbanyak adalah berasal dari pendidikan kebidanan di Britain, beberapa memiliki pendidikan bidan formal di Belanda, Jerman dan beberapa memiliki latar belakang perawat. Selain itu di Canada pada umumnya tenaga bidan datang dari luar. Mereka

datang sebagai tenaga perawat dan pelayanan kebidanannya disebut Maternity Nursing. Di Canada tidak ada peraturan atau izin praktek bidan, pada tahun 1991 keberadaan bidan diakui di Canada. Di Ontario dimulai secara resmi pendidikan di university Based, Direc Entry dan lama pendidikan 3 tahun. Dan mereka telah mempunyai ijazah bidan diberi kesempatan untuk registrasi dan di beri izin praktek.

2.1.8. Denmark

Merupakan Negara Eropa lainnya yang berpendapat bahwa profesi bidan tersendiri. Pendidikan bidan disini mulai pada tahun 1787 dan pada tahun 1987 yang lalu merayakan 200 tahun berdirinya sekolah bidan. Kini ada 2 pendidikan bidan di Denmark.

Setiap tahun menerima 40 siswa dengan lama pendidikan 3 tahun direct entry. Mereka yang menjadi perawat maka pendidikan ditempuh 2 tahun. Hal ini menimbulkan berbagai kontroversi dikalangan bidan sendiri, apakah tidak sebaiknya pendidikan bidan didirikan atas dasar perawat sebagian besar berpendapat tidak.

Pendidikan post gradua terbagi bidan selama 9 bulan dalam bidang pendidikan dan pengelola. Tahun 1973 disusun rangkaian pedoman bagi bidan yang mengelompokkan klien dari berbagai resiko yang terjadi. Hal ini menimbulkan masalah kerana tidak jelas batasan mana yang resiko rendah dan tinggi. Pada tahun 1990 diadakan perubahan pedoman baru yang isinya sama sekali tidak menyinggung masalah resiko. Penekanan pelayanan adalah pada kesehatan non invansi care.

2.1.9. New Zealand

Selama 50 tahun masalah kebidanan hanya terpaku pada medicalisasi kelahiran bayi yang progresif. Wanita tukang sihir telah dikenal sebagai bagian dari maternal sejak tahun 1904. Tindakan keperawatan mulai dari tahun 1971 mulai diterapkan pada setiap ibu hamil, hal ini menjadikan bidan sebagai perawat spesialis kandungan.

Pada tahun 1970 Selandia Baru telah menerapkan medicalisasi kehamilan. Ini didasarkan pada pendekatan mahasiswa pasca sarjana ilmu kebidanan dari universitas Aukland untuk terjun ke rumah sakit pemerintah khusus wanita. Salah satu konsekuensi dari pendekatan ini dalah regional jasa. Inia dalah efek dari sentralisasi yang mengakibatkan penutupan runah sakit pedesaan dan wilayah kota.

Dengan adanya dukungan yang kuat terhadap gerakan feminis, banyak wanita yang berjuang untuk meningkatkan medicalisasi dan memilih persalinan di rumah. Dengan adanya dukungan yang kuat terhadap gerakan feminis, banyak wanita yang berjuang untuk meningkatkan medicalisasi dan memilih persalinan di rumah. Kumpulan Homebirth di Aukland dibentuk tahun 1978. dimulai dengan keanggotaan 150 orang dan menjadi organisasi nasional selama 2 tahun yaitu NZNA (New Zaeland Nurses

Association). Perkumpulan ini didukung oleh para langganan, donator dan tenaga kerja suka rela atau fakultatif yang bertanggung jawab atas banyaknya perubahan positif dalam system RS. Tahun 1986 homebirth sangat berpengaruh dalam kemajuan melawan penetapan yang dibuat oleh medis, akhirnya menteri pelayanan kesehatan secara resmi mengakui homebirth tahun 1986.

Pada tahun 1980 NZNA membuat garig besar mengenai statemen kebijakan atas pembatasan rumah hal ini disampaikan olah penasehat panitia meternal jasa kepada jawatan kesehatan. Panitia meternal jasa adalah suatu panitia dimana dokter kandungan menyatakan peraturan mengenai survey maternal terutama dalam hal memperdulikan rumah

Sekarang NZNA telah membuat kemajuan yang patut dipertimbangkan dalam menetapkan konsep general perawat kesehatan keluarga secara berkesinambungan menyediakan pelayanan mulai dari kelahiran sampai meninggal. Sejak tahun 1904 RS St. Hellen mengadakan pelatihan kebidanan selama 6 bulan dan ditutup tahun 1979. sebagi penggantinya sejak tahun 1978 beberapa politeknik keperawatan berdiri, selain itu ada yang melanjutkan pendidikan di Australia untuk memperoleh keahlian kebidanan. Tercatat 177 (86 %) bidan telah memperoleh pendidikan kebidanan di luar negeri pada tahun 1986 dari 206 bidan yang ada, dan hanya 29 orang lulusan kebidanan Selandia Baru tahun 1987.

Tahun 1981 sebagian besar RS memasukkan bidan keperkumpulan perawat, para bidan mengalami krisis untuk membentuk organisasi dan pemimpin dari mereka. Kemudian muncul perkumpulan bidan yang menentang NZNA untuk mendapatkan rekomendasi lebih lanjut langsung di bawah RS atau dibawah dokter kandungan.

2.1.10. Amerika Serikat

Mengenai kemajuan kebidanan dapat diceritakan sebagai berikut. Setelah Amerika Serikat mengalami kamajuan maka Negara-negara lain menyusulnya terutama setelah buku tentang kebidanan dicetak dan diedarkan. Yang memajukan kebidanan itu antara lain ialah mereka yang di sebut dibawah ini :

1. William Harley (1578-1657)
Menyelidiki fisiologi dari plasenta dan selaput janin, sehingga ditemukan fungus plasenta dan selaput janin seperti yang kita ketahui sekarang ini.
2. Arantius
Seorang guru besar dari Italia menemukan suatu ductus/pembuluh darah sementara pada janin yang menghubungkan vena umbilicalis dan vena cava inferior. Ductus itu tertutup bila anak sudah lahir dan kemudian menjadi jaringan. Ductus itu bernama sesuai dengan yang menemukannya yaitu Ductus Arabtii/ ductus yang ditemukan oleh Arantius

3. Fallopius

Juga seorang guru besar dari Italia. Menemukan saluran sel telur yang terletak antara uterus dan ovarium. Saluran itu dinamakan Tuba Fallopii

4. Boudelocque dar Perancis (1745-1810)

Beliau mempelajari mengenai panggul dan menemukan ukuran-ukuran panggul, serta memberi banyak sekali pelajaran tentang panggul. Salah seorang muridnya adalah William Potts Dewees yang hidup antara tahun 1768-1841. mula-mula beliau mengikuti James Llyod sebagai professor Kebidanan di Universitas Pennsylvania Amerika Serikat, kemudian belajar ke Perancis kepada Boudelocque, terutama mempelajari panggul. Sekembalinya di Amerika Serikat beliau memberikan pelajaran tentang panggul, hingga mendapat sebutan Boudelocque Amerika.

Kecuali itu beliau menerbitkan buku pada tahun 1824, denan pelajaran antara lain sebagai berikut :

- Pengertian tentang panggul sebagai basis dalam kebidanan
- Persalinan dapat diperlakukan dengan tidur telentang dan kaki dibengkokkan / sikap *dorsal recumbent*, kecuali tidur miring yang biasa dilakukan.
- Pemasangan forcep bila perlu jangan di tunda karena dapat membahayakan ibu dan anak. Ketentuan pemasangan forcep : kepala jangan lebih 6 jam di dasar panggul.

5. Hugh L. Hodge

Menemukan bidang-bidang dalam panggul untuk mengetahui sampai dimana turunnya kepala anak, bidang itu juga dinamkan bidang Hodge, kecuali itu beliau juga memberikan pelajaran kebidanan yang antara lain sebagai berikut :

- Letak vertex/ belakang kepala anak, di belakang bisa disebabkan kerana putaran yang salah
- Mekanisme letak sungsang sesuai dengan yang diajarkan sekarang
- Pemasangan forcep harus disamping kepala anak, kecuali bila kepala masih tinggi atau bila anak melintang
- Mengubah letak kepala dengan tangan (*inwendige correctie*) sebelum memasang cunam
- Membagi turunnya kepala dengan bidang-bidang dalam panggul.

2.2. SEJARAH PERKEMBANGAN PENDIDIKAN KEBIDANAN DI DALAM NEGERI

Perkembangan pendidikan bidan berhubungan dengan perkembangan pelayanan kebidanan. Keduanya berjalan seiring untuk menjawab kebutuhan tuntutan masyarakat

akan pelayanan kebidanan. Yang dimaksud dengan pendidikan ini adalah pendidikan formal dan non formal.

1. Tahun 1851

Pendidikan bidan dimulai pada masa penjajahan hindia belanda. Seorang dokter militer Belanda (DR. W. Bosch) membuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia. Pendidikan ini tidak berlangsung lama karena kurangnya peserta didik karena adanya larangan bagi wanita untuk keluar rumah.

2. Tahun 1902

Pendidikan bidan dibuka kembali bagi wanita pribumi di Rumah Sakit militer di Batavia dan tahun 1904 pendidikan bidan bagi wanita Indo dibuka di Makasar. Lulusan dari pendidikan ini harus bersedia ditempatkan dimana saja tenaganya dibutuhkan dan mau menolong masyarakat yang tidak/kurang mampu secara cuma-cuma. Lulusan ini mendapat tunjangan dari pemerintah kurang lebih 15-25 Gulden per bulan. Kemudian dinaikkan menjadi 40 Gulden perbulan (tahun 1922).

3. Tahun 1911/1912

Dimulai pendidikan tenaga keperawatan secara terencana di CBZ (RSUP) Semarang dan Batavia. Calon yang diterima dari HIS (SD 7 Tahun) dengan pendidikan keperawatan 4 tahun dan pada awalnya hanya menerima peserta didik pria pada tahun 1914 telah diterima juga peserta didik wanita pertama , bagi perawat wanita yang lulus bisa melanjutkan kependidikan bidan selama 2 tahun. Untuk perawat pria dapat meneruskan pendidikan keperawatan lanjutan selama dua tahun juga.

4. Tahun 1935-1938

Pemerintah colonial Belanda mulai mendidik bidan lulusan Mulo (setingkat SLTP bagian B) dan hampir bersamaan di buka sekolah bidan di beberapa kota besar antara lain : di Jakarta di Rumah Sakit BersalinBudi Kemulyaan, RSB Palang Dua, dan RSB mardi Waluyo di Semarang. Pada tahun itu dikeluarkan peraturan yang membedakan lulusan bidan berdasarkan latar belakang pendidikan.

- Bidan dengan latar pendidikannya Mulo dan pendidikan kebidanan selam 3 tahun disebut bidan kelas satu.
- Bidan dari lulusan perawat (mantri) disebut bidan kelas dua
- Perbedaan ini menyangkut gaji pokok dan tunjangan bagi bidan.

5. Tahun 1950-1953

Dibuka sekolah bidan dari lulusan SMP dengan batasan usia minimal 17 tahun dan lama pendidikan 3 tahun. Mengingat tenaga untuk menolong persalinan cukup banyak maka dibuka pendidikan pembantu bidan disebut penjenang kesehatan E atau pembantu bidan. Pendidikan ini dilanjutkan sampai tahun 1976 dan sekolah itu ditutup. Peserta didik PK/E adalah lulusan SMP ditambah 2 tahun kebidanan

dasar. Lulusan PK/E sebagian besar melanjutkan ke pendidikan bidan selama 2 tahun.

6. Tahun 1953

Dibuka kursus tambahan bidan (KTB) di Yogyakarta. Lamanya kursus antara 7-12 minggu. Tahun 1960 KTB dipindahkan ke Jakarta. Tujuan KTB adalah untuk memperkenalkan kepada lulusan bidan mengenai perkembangan program KIA dalam pelayanan kesehatan masyarakat, sebelum lulusan memulai tugasnya sebagai bidan terutama menjadi bidan di BKIA. Tahun 1967 KTB ditutup.

7. Tahun 1954

Dibuka pendidikan guru bidan secara bersama-sama dengan guru perawat dan perawat kesehatan masyarakat di Bandung. Pada awalnya pendidikan ini berlangsung satu tahun kemudian menjadi 2 tahun dan terakhir berkembang menjadi 3 tahun. Pada awal tahun 1972, institusi pendidikan ini dilebur menjadi Sekolah Guru Perawat (SGP). Pendidikan ini menerima calon dari lulusan sekolah perawat dan sekolah bidan.

8. Tahun 1970

Dibuka program pendidikan bidan yang menerima lulusan dari sekolah pengatur rawat (SPR) ditambah dengan 2 tahun pendidikan bidan yang disebut Sekolah Pendidikan Lanjutan Jurusan Kebidanan (SPLJK) pendidikan ini tidak dilaksanakan merata di seluruh provinsi.

9. Tahun 1974

Mengingat jenis tenaga kesehatan menengah dan bawah sangat banyak (24 kategori), Depkes melakukan penyederhanaan pendidikan tenaga kesehatan non sarjana. Setelah bidan ditutup dan dibuka Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dengan tujuan adanya tenaga muti porpose dilapangan dimana salah satu tugasnya adalah menolong persalinan normal. Namun karena adanya perbedaan falsafah dan kurikulum terutama yang berkaitan dengan kemampuan seorang bidan, maka tujuan pemerintah agar SPK dapat menolong persalinan tidak tercapai atau terbukti tidak berhasil.

10. Tahun 1975-1984

Institusi pendidikan bidan ditutup, sehingga dalam 10 tahun tidak menghasilkan bidan. Namun organisasi profesi bidan (IBI) tetap ada dan hidup secara wajar

11. Tahun 1981

Untuk meningkatkan kemampuan perawat kesehatan (SPK) dalam pelayanan ibu dan anak termasuk kebidanan, dibuka pendidikan diploma I Kesehatan Ibu dan Anak. ini hanya berlangsung 1 tahun dan tidak diberlakukan oleh seluruh institusi.

11. Tahun 1985
Dibuka lagi program pendidikan bidan yang disebut dengan PPB yang menerima lulusan dari SPR dan SPK. Pada saat itu dibutuhkan bidan yang memiliki kewenangan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana di masyarakat. Lama pendidikan 1 tahun dan lulusannya dikembalikan kepada institusi yang mengirim.
12. Tahun 1989
Dibuka crash program pendidikan bidan secara nasional yang memperbolehkan lulusan SPK untuk langsung masuk program pendidikan bidan. Program ini dikenal sebagai program pendidikan bidan A (PPB/A). lama pendidikan 1 tahun dan lulusannya ditempatkan di desa-desa, dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan terutama pelayanan kesehatan terhadap ibu dan anak di daerah pedesaan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan keluarga dan menurunkan angka kematian ibu dan anak, untuk itu pemerintah menempatkan bidan di setiap desa sebagai PNS golongan II. Mulai tahun 1996 status bidan di desa sebagai pegawai tidak tetap (bidan PTT) dengan kontrak selama 3 tahun dengan pemerintah, yang kemudian dapat diperpanjang dua kali tiga tahun lagi.
13. Penempatan bidan ini menyebabkan orientasi sebagai tenaga kesehatan berubah. Bidan harus dipersiapkan dengan sebaik-baiknya tidak hanya kemampuan klinik sebagai bidan tapi juga kemampuan untuk berkomunikasi, konseling dan kemampuan untuk menggerakkan masyarakat desa dalam meningkatkan taraf kesehatan ibu dan anak. Program Pendidikan Bidan (A) diselenggarakan dengan peserta didik cukup besar. Diharapkan tahun 1996 sebagian besar desa sudah memiliki minimal seorang bidan. Lulusan pendidikan ini kenyataannya juga tidak memiliki kemampuan dan keterampilan yang diharapkan seorang bidan profesional, karena pendidikan terlalu singkat dan jumlah peserta didik terlalu besar dalam kurun waktu satu tahun akademik, sehingga kesempatan peserta didik untuk praktik klinik kebidanan sangat kurang, sehingga tingkat kemampuan yang dimiliki seorang bidan juga kurang.
14. Tahun 1993
Dibuka program pendidikan bidan B (PBB/B) yang peserta didiknya lulusan AKPER dengan lama pendidikan 1 tahun. Tujuan pendidikan ini adalah untuk mempersiapkan tenaga pengajaran pada PPB A. berdasarkan penelitian terhadap kemampuan klinik kebidanan dari lulusan ini tidak menunjukkan kompetensi yang diharapkan karena lama pendidikan yang hanya 1 tahun. Pendidikan ini hanya berlangsung 2 angkatan (1995 dan 1996) kemudian ditutup.

15. Tahun 1993 juga dibuka pendidikan bidan program C (PPB/C) yang menerima masukan dari lulusan SMP. Pendidikan ini dilakukan di 11 provinsi yaitu Aceh, Bengkulu, Lampung dan Riau (untuk wilayah Sumatra) Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, dan Kalimantan Selatan (wilayah selatan) Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Irian Jaya. Pendidikan ini memerlukan kurikulum 3700 jam dan dapat diselesaikan dalam 6 semester.

Selain pendidikan bidan diatas sejak tahun 1994-1995 pemerintah juga menyelenggarakan uji coba pendidikan bidan jarak jauh (Distance Learning) di tiga provinsi yaitu Jawa barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur. Kebijakan ini dilakukan untuk memperluas cakupan upaya peningkatan mutu tenaga kesehatan yang sangat diperlukan dalam pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Pengaturan penyelenggaraan ini telah diatur dalam SK Menkes No. 1247/Menkes/SK/XII/1994

Diklat jarak Jauh bidan (DJJ) adalah DJJ kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan bidan agar mampu melaksanakan tugasnya dan diharapkan berdampak pada penurunan AKI dan AKB. DJJ bidan dilaksanakan dengan menggunakan modul sebanyak 22 buah. Pendidikan ini dikoordinasikan oleh Pusdiklat Depkes dan dilaksanakan oleh Bapelkes di propinsi.

- DJJ I (1995-1996) dilaksanakan di 15 propinsi
 - DJJ II (1996-1997) dilaksanakan di 16 propinsi
 - DJJ III (1997-1998) dilaksanakan di 26 propinsi
- Secara kumulatif dari tahap I-III diikuti oleh 6.306 dan 3.439 (55%) dinyatakan lulus.
- DJJ tahap IV (1998-1999) dilaksanakan di 26 propinsi dengan jumlah setiap propinsinya adalah 60 orang kecuali Maluku, Irian Jaya dan Sulawesi Tengah masing-masing hanya 40 orang dan propinsi Jambi 50 orang.

Selain pelatihan DJJ tahun 1994 juga dilaksanakan pelatihan pelayanan kegawat daruratan maternal dan neonatal (LSS; Life Saving Skill) dengan materi pembelajaran berbentuk 10 modul. Ditinjau dari proses penyelenggaraan ini dinilai tidak efektif.

16. Tahun 1996

IBI bekerjasama dengan Depkes dan American College of Nursing Midwife (ANCM) dan Rumah Sakit swasta mengadakan training of trainer kepada anggota IBI sebanyak 8 orang untuk LSS yang kemudian menjadi tim pelatihan inti LSS di PP IBI. Tim pelatihan LSS ini mengadakan TOT dan pelatihan baik untuk bidan di

desa maupun bidan praktek swasta. Pelatihan praktek dilaksanakan di 14 propinsi dan selanjutnya melatih BPS secara swadaya, begitu juga guru atau dosen dari D3 kebidanan.

17. Tahun 1995-1998

IBI bekerja langsung dengan Mother Care melakukan pelatihan dan peer review bagi bidan RS, bidan Puskesmas, dan bidan di desa di propinsi Kalimantan selatan.

18. Tahun 2000

Telah ada tim pelatih Asuhan Persalinan Normal (APN) yang dikoordinasikan oleh Maternal Neonatal Health (MNH) yang sampai saat ini telah melatih APN di beberapa propinsi/kabupaten. Pelatihan LSS dan APN tidak hanya untuk pelatihan pelayanan, tetapi juga guru, dosen-dosen dari Akademi Kebidanan.

Selain melalui pendidikan formal dan pelatihan, untuk meningkatkan kualitas pelayanan juga diadakan seminar dan lokakarya organisasi (Organization Development : OD) dilaksanakan setiap tahun sebanyak 2 kali mulai tahun 1996 sampai dengan 2000 dengan biaya dari UNICEF.

19. Perkembangan Pendidikan Bidan Sekarang

Mengingat besarnya tanggung jawab dan beban kerja bidan dalam melayani masyarakat, pemerintah bersama dengan IBI telah mengupayakan pendidikan bagi bidan agar dapat menghasilkan lulusan yang mampu memberikan pelayanan yang berkualitas dan dapat berperan sebagai tenaga kesehatan profesional.

20. Berdasarkan hal tersebut maka mulai tahun 1996 telah dibuka pendidikan diploma III kebidanan dengan menggunakan kurikulum nasional yang telah ditetapkan melalui surat keputusan menteri pendidikan dan kebudayaan RI No. 009/U/1996 di enam provinsi dengan menerima calon peserta didik dari SMA. Saat ini kurikulum D III Kebidanan telah direvisi mengacu pada Kep Mendiknas 232 tahun 2000 tentang pedoman penyusunan kurikulum pendidikan tinggi dan hasil revisi tersebut telah disahkan dengan keputusan menteri kesehatan RI No. HK.006.06.2.4.1583.

21. Pada tahun 2001 tercatat ada 65 institusi yang menyelenggarakan pendidikan diploma III kebidanan di seluruh Indonesia. Dalam tiga tahun terakhir minat masyarakat untuk berpartisipasi dalam pendidikan diploma III Kebidanan sangat tinggi. Hal ini terlihat sampai saat ini jumlah institusi penyelenggara D III Kebidanan sudah mencapai 147 dengan 44 milik Depkes dan sisanya kepemilikan pemerintah daerah, TNI dan swasta. Hal ini perlu kita cermati bersama bahwa apabila peluang seperti akan tetap dipertahankan maka tidak ditutup kemungkinan jumlah institusi DIII kebidanan sulit untuk dibendung karena adanya aturan yang memungkinkan untuk itu. Sekaitan dengan hal tersebut sebaiknya pihak-pihak terkait seperti IBI melakukan studi tentang hal ini dan menyampaikan kepada pihak terkait dan berwenang sebagai masukan untuk membatasi izin pendirian

Diploma kebidanan dan DIV Bidan pendidik. Dengan jumlah institusi yang cukup besar tersebut dihadapi berbagai masalah antara lain jumlah dosen serta sarana lahan praktik dan kasus yang terbatas. Untuk mengatasi kendala ini mulai tahun 2000 dibuka program diploma IV bidan pendidik yang diselenggarakan di fakultas kedokteran Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Pendidikan ini lamanya dua semester (satu tahun) dan saat ini telah berkembang program yang sama pada UNPAD(2001), USU(2004) dan STIKES Ngudi Waluyo Semarang, serta STIKIM Jakarta (2003). Akhir-akhir ini minat masyarakat untuk membuka program DIV bidan pendidik juga sudah mulai banyak seperti adanya beberapa usulan yang sudah masuk ke Pusdiknakes dari pemrakarsa program DIV bidan pendidik pada awalnya dilaksanakan dalam masa transisi dalam upaya pemenuhan kebutuhan dosen.

Apabila dianalisa lebih lanjut aturan yang berlaku pada Depdiknas adalah kualifikasi dosen minimal satu tingkat program yang dilaksanakan dengan program studi yang sesuai. Sebagaimana yang kita ketahui bahwa DIV bidan pendidik dengan masa studi satu tahun terdiri dari beban materi profesi kebidanan kurang lebih 60 % dan 40 % beban materi kependidikan. Hal ini sebenarnya belum memenuhi ketentuan yang ditetapkan Depdiknas bahwa kualifikasi dosen minimal DIV dan S1 Kebidanan dan untuk menjadi pendidik perlu ditambah dengan kemampuan kependidikan. Dengan memperhatikan permasalahan tersebut mungkin sudah waktunya untuk memikirkan dan membuat rancangan pendidikan DIV Kebidanan kilinis dan S1 Kebidanan. Tidak tertutup kemungkinan pula untuk mengembangkan pendidikan pada jenjang S2 maupun SP1 dan SP2, apabila diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dosen, peneliti dan menejer dalam bidang midwifery/kebidanan disamping tetap melaksanakan pemenuhan kebutuhan tenaga pelaksana pelayanan kebidanan oleh setiap tatanan pelayanan kesehatan. Tapi hal ini terlebih dahulu harus disusun dan ditetapkan kompetensi untuk masing-masing level/ jenjang pendidikan agar tidak terjadi kebingungan dikemudian hari. Penyusunan kompetensi ini dilakukan oleh IBI bersama-sama dengan unsure terkait lainnya seperti Depkes, organisasi profesi (POGI, IDAI, PERNASIA, dll). Adapun pembinaan dan pengawasan yang telah diupayakan oleh Pusdiknakes antara lain mulai dari penyusunan dan penetapan standar kompetensi bidan, penilaian ijin institusi baru, seleksi mahasiswa baru, penyusunan kurikulum, akreditasi dan ujian akhir program. Serta pengembangan beberapa standar pendidikan. Sampai saat ini dari 147 institusi telah terakreditasi sebanyak 26 dengan status sebagai berikut : A= 4, B = 18 dan C= 4. Sehubungan dengan hal tersebut diatas, ke depan kita sudah waktunya untuk meninjau ulang dan menata kembali pola pendidikan berjenjang dan berkelanjutan bagi bidan.

2.3. SEJARAH PERKEMBANGAN PELAYANAN KEBIDANAN DI LUAR NEGERI

2.3.1. Yunani

Hipocrates yang hidup antara tahun 460-370 sebelum masehi. Beliau mendapat sebutan *Bapak Pengobatan* karena selama hidupnya menaruh perhatian besar terhadap perawatan dan pengobatan serta kebidanan. Beliau menganjurkan ibu bersalin ditolong dengan perikemanusiaan dan mengurangi penderitaan ibu. Beliau menganjurkan agar ibu bersalin dirawat dengan selayaknya. Sehubungan dengan anjuran itu maka di negeri Yunani dan romawi terlebih dahulu merawat wanita nifas.

2.3.2. Roma

Soranus yang hidup pada tahun 98-138 sesudah masehi. Beliau disebut Bapak Kebidanan karena dari beliaulah pertama kali menaruh perhatian terhadap kebidanan setelah masa Hipocrates dan berpendapat bahwa seorang bidan hendaklah seorang ibu yang telah mengalami kelahiran bayi, ibu yang tidak takut akan hantu, setan, serta menjauhkan tahayul.

Disamping itu beliau pertama kali menemukan dan menulis tentang *Versi Podali*, tapi sayang tidak disertai keterangan yang lengkap. Setelah Soranus meninggal usahanya diteruskan oleh muridnya *Moscion*. Ia menulis buku yang merupakan pengajaran bagi bidan-bidan. Bidan-bidan dahulu seringkali tidak mendapatkan pengajaran, hanya bekerja berdasarkan pengalaman dan keberanian. Buku yang ditulisnya itu diberi judul *Katekismus* bagi bidan-bidan Roma. Dengan adanya buku itu majulah pengetahuan bidan.

Galen (129-201 Masehi) menulis beberapa teks tentang pengobatan termasuk Obstetri dan Gynekologi. Dia juga menggambarkan bagaimana bidan melakukan *Dilatasi Servik*.

2.3.3. Italia

Zaman setelah Moscion meninggal sampai abAd pertengahan merupakan zaman yang galau bagi bidang perawatan, dimana perawatan pada umumnya menjadi mundur. Pengobatan menjadi mundur sekali. Di Eropa ilmu pengobatan kuno menjadi satu dengan astrologi sedangkan yang mesih berusaha mempertahankan perkembangan pengobatan kebanyakan hanya tabib-tabib bangsa Arab, karena pada waktu itu pengobatan dan perawatan diabaikan tidak heranlah jika kebidanan juga dilalaikan, umumnya orang menganggap bahwa kebidanan adalah satu hal yang biasa.

Pada abad ke XV waktu sekolah Italia sudah banyak dan besar, pengobatan mulai maju lagi, terutama mengenai anatomi dan fisiologi tubuh manusia. Diantara guru-guru besar Itali yang terkenal dan berjasa adalah :

1. Vesalius
2. Fabricius
3. Eustachius yang menemukan tuba Eustachius (saluran yang menghubungkan hidung, telinga dan tenggorokan).
4. Fallopius menemukan Tuba Fallopii (saluran yang menghubungkan ovarium dan uterus)
5. Arantius menemukan Ductus Arantii (pembuluh darah sementara pada janin)

2.3.4. Perancis

Perkembangan yang diperoleh oleh guru besar Italia kemudian mempengaruhi pengobatan, perawatan dan kebidanan di Perancis. Setelah kebidanan dikenal, para wanita bangsawan mempelopori. Apabila wanita bangsawan itu akan bersalin, terutama yang tinggal di istana, mereka selalu memanggil Dokter atau Bidan, dicontoh oleh kaum terpelajar dan kemudian berkembang pula diantara wanita-wanita biasa.

Tokoh yang terkenal membawa perkembangan kebidanan di Perancis adalah :

1. *Amroise Pare* (1510-1590) beliau dikenal sebagai seorang ahli bedah, tetapi juga memberikan kontribusi dalam bidang Obstetri dan Gynekologi. Beliau menemukan ***Versi Podali*** < sebagai mana yang dikemukakan oleh Soranus dahulu, tetapi beliau memberikan cara-cara dengan lengkap. Perasad ini dikenal dengan ***Versi Ekstaksi*** (diputar) kemudian ditarik keluar.
2. *Grullemau*, beliau adalah murid dari Amroise Pare yang membantu dan meneruskan minat gurunya.
3. *Louise Bourgeois/ Boursie* (1563-1636) ia adalah seorang bidan yang cakap, juga murid dari Amroise Pare. Turut memperkenalkan versi ekstraksi pada persalinan sukar. Ia pertama kali menerbitkan buku tentang kebidanan
4. *Francois Mauriceau*
Menemukan suatu cara untuk melahirkan kepala pada letak sungsang agar lebih mudah yaitu dengan memasukkan dua jari ke dalam mulut bayi agar kepala bertambah fleksi. Cara ini hingga sekarang terkenal dengan istilah ***Cara Mauriceau*** atau ***Perasad Mauriceau***.

2.3.5. Inggris

1. William Smellie, (1697-1763)
Beliau mengubah bentuk cunam, serta menulis buku tentang pemasangan cunam dengan karangan yang lengkap, ukuran-ukuran panggul dan perbedaan panggul sempit dan biasa
2. William Hunter (1718-1783)
Murid dari Willian Smellie, yang memeruskan usahanya.

2.3.6. Amerika Serikat

Zaman dahulu kala di AS persalinan ditolong oleh dukun beranak yang tidak berpendidikan. Biasanya bila wanita sukar melahirkan, ahli obat menganjurkan agar wanita itu diusir serta ditakuti agar ras sakit bertambah dan kelahiran menjadi mudah karena kesakitan dan keseduhannya. Menurut catatan Thimas yang pertama kali praktek di AS adalah Samuel Fuller dan Istrinya. Kemudian menyusul Anne Hutchinson, ia menjadi bidan pada tahun 1634, pergi ke Boston dan melaporkan disana ia telah menolong persalinan dengan baik dan menghilangkan kepercayaan lama.

Kemudian nasib malang menimpa Anne Hutchinson ketika ia menolong sahabatnya bernama Marry Dyer, melahirkan anak dengan Anencephalus. Orang-orang mengecam Anne sebagai seorang ahli shir wanita. Akibat kecaman tu ia meninggalkan Boston dan pergi ke Long Island, kemudian ke Pelham, New York. Disana ia terbunuh waktu ada pemberontakan orang-orang Indian. Karena ia dianggap sebagai orang yang berjasa maka ia diperingati dengan nama *Hutchinson River Parkway*

Setelah orang Amerika mendengar perkembangan di Inggris beberapa orang Amerika terpengaruh dengan kemajuan di Inggris dan pergi kesana untuk memperdalam ilmunya. Antara lain :

1. Dr. James Lloyd (1728-1810).
Beliau berasal dari Boston, belajar di London di RS Guy dan RS Saint Thimas.
2. Dr. Willian Shippen (1736-1808)
Beliau berasal dari Philadelphia, belajar di Eropa selama lima tahun kemudian belajar pada Willian Smellie dan Jhon, William Hunter dan Mackenzie. Sekembalinya di AS mengembangkan kebidanan di Amerika. Pada tahun 1762 Dr. W. Shippen diizinkan mendirikan kursus kebidanan di Philadelphia Gazette. Masyarakat banyak menaruh minat, pria maupun wanitanya , sehingga kursusnya terdiri dari dari murid-murid pria dan wanita. Dalam praktek kebidanan murid-murid dipisahkan, murid pria berpraktek pada praktek pratikulinnya sendiri. Kemudian didirikan rumah sakit bersalin yang khusus untuk latihan muridnya. Kursus ini berlangsung terus sampai tahun 1765, kemudian ditutup karena adanya

sekolah kedokteran dari Collage Philadelpjia. Dr. William Shippen diangkat menjadi professor Anatomi. Pembedahan dan kebidanan diajarkan bersama-sama pada tahun 1810 setelah ada pangangkatan dokter Thomas Chalkley James sebagai professor kebidanan. Ia menganjurkan partus buatan pada bayi premature bila pinggul ibu nya sempit.

3. *Dr. Samuel Brad yang hidup pada tahun 1742-1821.*

Setelah menamatkan pelajarannya beliau pergi ke Eropa belajar di Edenburgh hingga tamat. Kemudian meneruskan lagi ke London hingga pada tahun 1768 kembali ke Amerika Serikat pada umur 26 tahun.

Beliau terkenal dengan memajukan berdirinya bagian kedokteran di King College yang sekarang menjadi Universitas Columbia Dr. J.V.L. Tennet yang bekerja juga pada universitas itu menyebutnya sebagai professor kebidanan yang pertama di King College. Kemudian Dr Samuel Bard menulis buku kebidanan yang lain dan memuat pelajaran bagi dokter dan bidan.

Isi buku tersebut antara lain sebagai berikut :

- Cara pengukuran Conyungata diagonalis
- Kelainan-kelainan panggul
- Melarang pemeriksaan dalam bila tidak ada indikasi

4. Kala I, dari permulaan persalinan sampai pembukaan lengkap

5. Kala II, dari pembukaan lengkap sampai kepala kelihatan di atas perineum

6. Kala III, dari tampaknya kepala bayi diatas perineum sampai lahirnya seluruh tubuh bayi.

7. Kala IV, dari lahirnya anak sampai lahirnya plasenta.

- Menasehatkan jangan menarik tali pusat untuk mencegah terjadinya *inversion uteri*.
- Mengajarkan bahwa letak muka dapat lahir spontan
- Melarang pemakaian cunam yang berulang-ulang karena banyak menimbulkan kerugian.

8. Dr. Walter Channing (1786-1876)

Walter Channing mula-mula belajar kedokteran di universitas Pennsylvania, kemudian meneruskan ke Edenburgh dan London. Sekembalinya di Amerika Serikat beliau diangkat sebagai Profesor kebidanan di Sekolah Kedokteran Harvard, di mana sebelumnya diajarkan subjek kebidanan sebagai subjek tersendiri. Dr. Walter Channing juga seorang dokter yang pertama kali memperhatikan keadaan nifas di RSU Boston, Amerika Serikat.

2.4. SEJARAH PERKEMBANGAN PELAYANAN KEBIDANAN DALAM NEGERI

Perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan di Indonesia tidak terlepas dari masa penjajahan Belanda, era kemerdekaan, politik/kebijakan pemerintah dalam pelayanan dan pendidikan tenaga kesehatan, kebutuhan masyarakat serta kemajuan ilmu dan teknologi.

1. Pada tahun 1907 (Zaman Gubernur Jendral Hendrik William Deandels)
Pada zaman pemerintah Hindia Belanda. AKI dan AKB sangat tinggi, Tenaga penolong persalinan adalah dukun . Para dukun dilatih dalam pertolongan persalinan tapi keadaan ini tidak berlangsung lama karena tidak adanya pelatih kebidanan. Pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kebidanan hanya diperuntukan bagi orang Belanda yang ada di Indonesia.
2. Tahun 1849
Dibuka pendidikan dokter Jawa di Batavia (di RS Militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto), seiring dengan dibukanya pendidikan dokter tersebut pada tahun 1851 dibuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia oleh seorang dokter militer Belanda (Dr. W. Bosch) lulusan ini kemudian bekerja di RS dan di masyarakat. Mulai saat itu pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan oleh dukun dan bidan.
3. Tahun 1952
Mulai diadakan pelatihan bidan secara formal agar dapat meningkatkan kualitas pertolongan persalinan. Kursus untuk dukun masih berlangsung sampai dengan sekarang yang memberikan kursus adalah bidan. Perubahan pengetahuan dan keterampilan tentang pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh di msyarakat dilakukan dengan kursus tambahan yang dikenal dengan istilah kursus tambahan bidan (KTB) pada tahun 1953 di Yogyakarta yang akhirnya dilakukan pula di kota-kota besar lain. Seiring dengan pelatihan tersebut didirikanlah Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) dimana bidan sebagai penanggung jawab pelayanan kepada masyarakat. Pelayanan yang diberikan mencakup palayanan antenatal. Postnatal dan pemeriksaan bayi dan anak termasuk imunisasi dan penyuluhan gizi. Sedangkan diluar BKIA, bidan memberikan portolongan persalinan di rumah keluarga dan pergi melakukan kunjungan rumah sebagai upaya tindak lanjut dari pasca persalinan.
4. Dari BKIA inilah yang akhirnya menjadi suatu pelayanan yang terintegrasi kepada masyarakat yang dinamakan Puskesmas pada tahun 1957. Puskesmas memberikan pelayanan berorientasi pada wilayah kerja. Bidan yang bertugas di puskesmas barfungsi memberikan pelayan KIA termasuk pelayanan KB baik diluar gedung

maupun didalam gedung. Pelayanan kebidanan yang diberikan di luar gedung adalah pelayanan kesehatan keluarga dan pelayanan di Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Pelayanan di Posyandu mencakup empat kegiatan yaitu : pemeriksaan kehamilan, pelayanan KB, imunisasi, gizi dan kesehatan lingkungan.

6. Mulai tahun 1990

Mulai tahun 1990 Pelayanan kebidanan diberikan secara merata dan dekat masyarakat. Kebijakan ini melalui Inpres secara lisan pada sidang Kabinet tahun 1992 tentang perlunya mendidik bidan untuk penempatan bidan di desa. Adapun tugas pokok bidan di desa adalah sebagai pelaksana KIA khususnya dalam pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas serta pelayanan kesehatan BBL, termasuk pembinaan dukun bayi. Dalam melaksanakan tugas pokoknya bidan didesa melaksanakan kunjungan rumah pada ibu dan anak yang memerlukannya, mengadakan pembinaan pada Posyandu di wilayah kerjanya serta mengembangkan pondok bersalin sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.

Hal tersebut di atas adalah pelayanan yang diberikan oleh bidan di desa. Pelayanan yang diberikan berorientasi pada kesehatan masyarakat berbeda dengan halnya bidan yang bekerja di RS dimana pelayanan yang diberikan berorientasi pada individu. Bidan di RS memberikan pelayanan poliklinik antenatal, gangguan kesehatan reproduksi di klinik KB, senam hamil, pendidikan perinatal, kamar bersalin, kamar operasi kebidanan, ruang nifas dan ruang perinatal.

Bertitik tolak dari konferensi kependudukan dunia di Kairo pada tahun 1994 yang menekankan pada kespro, memerlukan area garapan pelayanan bidan. Area tersebut meliputi :

- Family Planning
- PMS termasuk infeksi saluran reproduksi
- Safe Motherhood termasuk bayi baru lahir dan perawatan abortus
- Kesehatan Reproduksi pada remaja
- Kesehatan Reproduksi pada orang tua

Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya didasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur melalui Permenkes. Permenkes yang menyangkut wewenang bidan selalu mengalami perubahan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masyarakat dan kebijakan pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Permenkes tersebut dimulai dari ; Permenkes No. 5380/IX/1963, wewenang bidan terbatas hanya pada pertolongan persalinan normal secara mandiri didampingi tugas lain

1. Permenkes No. 363/IX/1980, yang kemudian diubah menjadi Permenkes 623/1989.
2. Wewenang bidan dibagi dua yaitu wewenang umum dan wewenang khusus. Dalam wewenang khusus ditetapkan bila bidan melaksanakan tindakan khusus dibawah pengawasan dokter. Hal ini berarti bahwa bidan dalam melaksanakan tugasnya tidak bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas tindakan yang dilakukan. Pelaksanaan dari Permenkes ini, bidan dalam melaksanakan praktek perorangan dibawah pengawasan dokter.
3. Permenkes No. 572/VI/1996
Wewenang ini mengatur tentang registrasi dan praktek bidan. Bidan dalam melaksanakan prakteknya diberi kewenangan yang mandiri. Kewenangan tersebut disertai dengan kemampuan dalam melaksanakan tindakan. Dalam wewenang tersebut mencakup : pelayanan kebidanan yang meliputi :pelayanan ibu dan anak, pelayanan KB, pelayanan kesehatan masyarakat.
4. Kepmenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktek bidan revisi dari Permenkes 572/VI/1996
5. Kepmenkes No 1464 Tahun 2010
6. Kepmenkes No 28 Tahun 2017
7. UU No 4 Tahun 2020 tentang Kebidanan

Dalam melakukan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi dan merujuk sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya. Dalam keadaan keadaan darurat bidan juga diberi wewenang pelayanan kebidanan yang ditujukan untuk penyelamatan jiwa. Dalam aturan tersebut juga ditegaskan bahwa bidan dalam menjalankan praktek harus sesuai dengan kewenangan, kemampuan, pendidikan, pengalaman berdasarkan standar profesi.

Bab 3

PARADIGMA KEBIDANAN



Gambar 3.1. Faktor-faktor yang mempengaruhi paradigma kebidanan

3.1. PENGERTIAN PARADIGMA KEBIDANAN :

Suatu cara pandang bidan dalam memberikan pelayanan keberhasilan pelayanan tersebut di pengaruhi oleh pengetahuan dan cara pandang bidan dalam kaitan atau hubungan timbal balik antara manusia/wanita, lingkungan, perilaku, pelayanan kebidanan dan keturunan.

3.1.1. Wanita

Wanita/manusia adalah makhluk bio-psiko-sosial-kultural dan spiritual yang utuh dan unik, mempunyai kebutuhan dasar yang bermacam-macam sesuai dengan tingkat perkembangannya. Wanita/ibu adalah penerus generasi keluarga dan bangsa sehingga keberadaan wanita yang sehat jasmani rohani dan social sangat diperlukan. Wanita/ibu adalah pendidik pertama dan utama dalam keluarga. Kualitas manusia sangat ditentukan oleh keberadaan/kondisi dari wanita/ibu dalam keluarga. Para wanita dimasyarakat adalah penggerak dari peningkatan kesejahteraan keluarga.

3.1.2. Lingkungan

Merupakan semua yang ada di lingkungan dan terlibat dalam interaksi individu pada waktu melaksanakan aktivitasnya, meliputi lingkungan fisik, lingkungan psikososial meliputi keluarga, kelompok, komuniti dan masyarakat. Ibu selalu terlibat dalam interaksi antara keluarga, kelompok, komuniti dan masyarakat. Masyarakat merupakan kelompok sosial yang paling penting dan kompleks yang telah dibentuk manusia sebagai lingkungan sosial. Masyarakat adalah lingkungan pergaulan hidup manusia yang terdiri dari individu, kelompok dan komuniti yang mempunyai tujuan dan sistem nilai, ibu.wanita merupakan bagian dari anggota keluarga dan unit dari komuniti.

3.1.3. Perilaku

Perilaku merupakan hasil dari berbagai pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku manusia bersifat holistic(menyeluruh). Adapun perilaku profesional dari bidan mencakup hal-hal sebagai berikut:

1. Dalam melaksanakan tugasnya berpegang teguh pada filosofi etika profesi bidan dan aspek legal
2. Bertanggung jawab dan mempertanggungjawabkan keputusan klinis yang dibuatnya
3. Senantiasa mengikuti perkembangan pengetahuan dan keterampilan mutakhir secara berkala
4. Menggunakan cara pencegahan universal untuk mencegah penularan penyakit dan strategi pengendalian infeksi.
5. Menggunakan konsultasi dan rujukan yang tepat selama memberikan asuhan kebidanan
6. Menghargai dan memanfaatkan budaya setempat sehubungan dengan praktek kesehatan, kehamilan, kelahiran, periode pasca persalinan, bayi baru lahir dan anak.
7. Menggunakan model kemitraan dalam bekerjasama dengan kaum wanita/ibu agar mereka dapat menentukan pilihan yang telah dikonfirmasi tentang semua aspek

asuhan, meminta persetujuan secara tertulis supaya mereka bertanggung jawab atas kesehatan sendiri.

8. Menggunakan keterampilan komunikasi
9. Bekerjasama dengan petugas kesehatan lain untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan keluarga
10. Merupakan advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan.

Perilaku ibu selama kehamilan akan mempengaruhi kehamilannya, perilaku ibu dalam mencari penolong persalinan akan mempengaruhi kesejahteraan ibu dan janin yang dilahirkan, demikian pula perilaku ibu pada masa nifas akan mempengaruhi kesejahteraan ibu dan janin.

3.1.4. Keturunan

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga yang berkualitas. Pelayanan kebidanan merupakan layanan yang diberikan oleh bidan sesuai dengan kewenangan yang diberikannya dengan maksud meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka tercapainya keluarga berkualitas, bahagia dan sejahtera.

Sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga dan masyarakat, yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan penyembuhan dan pemulihan. Focus pada layanan kebidanan dapat dibedakan menjadi :

1. Layanan kebidanan primer, yaitu pelayanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan
2. Layanan kebidanan kolaborasi, yaitu Pelayanan Kebidanan kolaborasi, yaitu layanan yang dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan
3. layanan kebidanan rujukan, yaitu layanan yang diberikan bidan dalam rangka rujukan ke system pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan sewaktu menerimarujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan dilakukan bidan ke tempat/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertical atau profesi kesehatan lainnya.

3.1.5. Keturunan

Kualitas manusia diantaranya ditentukan oleh keturunan. Manusia yang sehat dilahirkan oleh ibu yang sehat. Hal ini menyangkut penyiapan perempuan sebelum perkawinan, sebelum kehamilan (pra konsepsi), masa kehamilan, masa kelahiran dan masa nifas.

Walaupun kehamilan, kelahiran dan nifas adalah proses fisiologis namun bila tidak ditangani secara akurat dan benar, keadaan fisiologis akan menjadi patologis. Hal ini akan berpengaruh pada bayi yang dilahirkannya. Oleh karena itu, layanan pra perkawinan, pra kehamilan dan nifas sangat penting dan mempunyai keterkaitan satu sama lain yang tidak dapat dipisahkan dariu semua tugas utama bidan.

Bab 4

KEBIDANAN SEBAGAI PROFESI

Bidan dinamakan midwife atau pendamping istri. Kata bidan berasal dari bahasa sansekerta yaitu *Wirdhan* yang artinya wanita bijaksana, namun ada pula yang mengatakan bahwa bidan adalah dukun yang terdidik.

Bidan merupakan profesi yang diakui secara nasional maupun internasional dengan sejumlah praktisi di seluruh dunia. Pengertian bidan dan bidang prakteknya secara internasional telah diakui oleh Internasional Confederation of Midwives (ICM) tahun 1972 dan International Federation of International Gynaecologist and Obstetritian (FIGO) tahun 1973.

Definisi bidan menurut ICM, *Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan Program Pendidikan Bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi izin untuk menjalankan praktik kebidanan di negeri itu. Dia harus mampu memberikan supervisi, asuhan dan memberikan nasehat yang dibutuhkan kepada wanita selama masa hamil, persalinan dan masa pasca persalinan (post partum period), memimpin persalinan atas tanggung jawabnya sendiri serta asuhan pada bayi baru lahir dan anak. Asuhan ini termasuk tindakan preventif, pendeteksian kondisi abnormal pada ibu dan bayi, dan mengupayakan bantuan medis serta melakukan tindakan pertolongan gawat darurat pada saat tidak hadirnya tenaga medik lainnya. Dia mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk wanita tersebut, tetapi juga termasuk keluarga dan komunitasnya. Pekerjaan itu termasuk pendidikan antenatal, dan persiapan untuk menjadi orang tua, dan meluas ke daerah tertentu dari ginekologi, keluarga berencana dan asuhan anak. Dia bisa berpraktek di rumah sakit, klinik, unit kesehatan, rumah perawatan atau tempat-tempat pelayanan lainnya.*

Sedangkan definisi bidan menurut UU No 4 tahun 2019 tentang kebidanan, Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan Kebidanan

baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi Kepmenkes nomor 900 tahun 2002 tentang registrasi dan praktik bidan. Bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku.

4.1. DEFINISI PROFESI.

1. Menurut Abraham Flexman (1915)
“ Profesi adalah aktifitas yang bersifat intelektual berdasarkan ilmu pengetahuan, digunakan untuk tujuan praktik pelayanan, dapat dipelajari, terorganisir secara internal dan aktristik, mendahulukan kepentingan orang lain.”
2. Menurut Mavis Kirkham (1996)
“ Profesi adalah suatu pekerjaan yang membutuhkan pelatihan khusus dalam ilmu atau seni khususnya dan hal yang dipelajari dalam profesi yaitu hukum, ilmu agama atau pengobatan. Namun dalam kenyataannya sosial sangat kompleks”
3. Menurut Suessman (1997)
“ Profesi berorientasi kepada pelayanan, memiliki ilmu pengetahuan teoritik dengan otonomi dari kelompok pelaksana.”

4.2. CIRI-CIRI PROFESI.

Bidan sebagai profesi memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

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

4.3. PROFESIONAL

Profesional berarti memiliki sifat professional (professional = ahli). Secara popular seorang pekerja apapun sering dikatakan professional. Seorang professional dalam bahasa kesehariannya adalah seseorang pekerja yang terampil atau cakap dalam kerjanya, biarpun ketrampilan tersebut produk dari fungsi minat dan belajar dari kebiasaan.

Dalam hal ini pengertian professional perlu dibedakan dari jenis pekerjaan yang menuntut dan dapat dipenuhi melalui kebiasaan melakukan ketrampilan tertentu (magang, terlibat langsung bekerjadalam situasi dilingkungannya dan ketrampilan sebagai warisan orang tuanya atau pendahulunya). Seorang pekerja professional perlu dibedakan dengan seorang pekerja teknisi. Keduanya (pekerja professional dan teknisi) dapat saja terampil dalam unsure kerja yang sama (misalnya: mengatasi prosedur kerja yang sama, dapat memecahkan masalah teknis dalam kerjanya), tetapi seorang pekerja professional dituntut menguasai visi yang mendasari ketrampilan yang menyangkut wawasan filosofi, pertimbangan rasional, dan memiliki sikap yang positif dalam melaksanakan dan mengembangkan mutu kerja (T. Raka Joni, 1980 : 6).

C.V. Good menjelaskan bahwa pekerjaan yang berkualitas professional memiliki cirri-ciri tertentu, yaitu : memerlukan persiapan dan pendidikan khusus bagi calon pelakunya (membutuhkan pra jabatan yang relevan dengan kecakapan seorang pekerja). Profesional memerlukan persyaratan yang telah dilakukan oleh pihak yang berwenang (misalnya : pemerintah, organisasi profesi atau konsorsium) dan jabatan professional tersebut mendapat pengakuan dari masyarakat dan pemerintah.

Dari kesimpulan diatas dapatlah ditarik kesimpulan bahwa bidang tergolong jabatan professional karena memenuhi ketiga macam persyaratan.

4.4. KARAKTERISTIK PROFESIONAL

Karakteristik profesionalisasi yang melandasi dan tercermin pada praktik professional adalah sebagai berikut :

1. Terbuka terhadap perubahan
2. Menguasai dan menggunakan pengetahuan teoritis
3. Mampu menyelesaikan masalah
4. Mengembangkan diri secara terus menerus
5. Mempunyai pendidikan formal
6. Ada system pengesahan terhadap kompetensi
7. Legalisasi standar praktik professional
8. Melakukan praktik dengan memperhatikan etika
9. Mempunyai sangsi hukum terhadap malpraktik
10. Memberikan pelayanan kepada masyarakat
11. Memperbolehkan praktik otonomi

Karakteristik profesional menurut Scum. E.H (dalam makalah Ma'arifin Husen) adalah :

1. Profesional berbeda dengan amatir, terikat pekerjaan seumur hidup yang merupakan sumber penghasilan utama.
2. Profesional mempunyai pilihan kuat untuk pemilihan karir profesionalnya, dan mempunyai komitmen seumur hidup yang mantap terhadap karirnya.
3. Profesional memiliki kelompok ilmu pengetahuan dan ketrampilan khusus melalui pendidikan dan pelatihan yang lama
4. Profesional mengambil keputusan demi kliennya, berdasarkan prinsip-prinsip dan teori
5. Profesional berorientasi pada pelayanan yang menggunakan keahlian demi kebutuhan khusus klien
6. Pelayanan yang diberikan kepada klien berdasarkan kebutuhan klien
7. Profesional mempunyai otonomi dalam mempertahankan tindakannya
8. Profesional membuat perkumpulan untuk profesi dan batasan peraturan untuk profesi
9. Profesional mempunyai kekuatan dan status dalam bidang keahliannya dan pengetahuan mereka dianggap khusus
10. Profesional biasanya dalam memberikan pelayanan tidak boleh mengadakan advertensi dalam mencari klien.

Sehubungan dengan profesionalisme jabatan bidan, perlu dibahas bahwa bidan tergolong jabatan profesional. Jabatan dapat ditinjau dari dua aspek, yaitu jabatan structural dan jabatan fungsional. Jabatan structural adalah jabatan yang secara tegas ada dan diatur berjenjang dalam suatu organisasi, sedangkan jabatan fungsional adalah jabatan yang ditinjau serta dihargai dari aspek fungsinya yang vital dalam kehidupan masyarakat dan negara. Selain fungsi dan perannya yang vital dalam kehidupan masyarakat, jabatan fungsional yang berorientasi kualitatif. Dalam konteks inilah jabatan bidan adalah jabatan fungsional profesional, dan wajarlah apabila bidan tersebut mendapat tunjangan fungsional.

4.5. BIDAN ADALAH JABATAN PROFESSIONAL

Disebut jabatan profesional karena :

1. Disiapkan melalui pendidikan agar lulusannya dapat mengerjakan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya, dan kemampuannya diperoleh melalui jenjang pendidikan

2. Dalam menjalankan tugasnya bidan mempunyai alat yang dinamakan kode etik dan etika bidan
3. Bidan memiliki kelompok pengetahuan yang jelas dalam menjalankan profesinya
4. Memiliki kewenangan dalam menjalankan tugasnya (Kepmenkes 900/VII/2002)
5. Memiliki organisasi profesi
6. Memiliki karakteristik khusus, dan dikenal serta dibutuhkan masyarakat
7. Menjadikan bidan sebagai sumber utama kehidupan

4.6. PERILAKU PROFESSIONAL BIDAN

1. Dalam melaksanakan tugas berpegang teguh dan filosofi, etika profesi dan aspek legal
2. Bertanggung jawab dan mempertanggung jawabkan keputusan klinis yang dibuatnya
3. Senantiasa mengikuti perkembangan pengetahuan dan keterampilan mutakhir secara berkala
4. Menggunakan cara pencegahan universal untuk mencegah penularan penyakit dan strategi pengendalian infeksi
5. Menggunakan konsultasi dan rujukan yang tepat selama memberikan asuhan kebidanan.
6. Menghargai budaya setempat sehubungan dengan praktik kesehatan, kehamilan, kelahiran, periode pasca persalinan, bayi baru lahir dan anak
7. Menggunakan model kemitraan dalam bekerja sama dengan kaum wanita/ibu agar mereka dapat menentukan pilihan yang telah diinformasikan tentang semua aspek asuhan, meminta persetujuan secara tertulis supaya mereka bertanggung jawab atas kesehatannya sendiri.
8. Menggunakan ketrampilan komunikasi
9. Bekerjasama dengan petugas kesehatan lain untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada ibu dan keluarga
10. Advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan

Bab 5

PERAN FUNGSI BIDAN

5.1. PERAN BIDAN

1. Peran sebagai pelaksana

a. Tugas mandiri

1. Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan
 - Mengkaji status kesehatan untuk memenuhi kebutuhan asuhan klien
 - Menentukan diagnosa
 - Menyusun rencana tindakan sesuai dengan masalah yang dihadapi
 - Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan
 - Membuat rencana tindak lanjut kegiatan/tindakan
 - Membuat catatan dan laporan kegiatan/tindakan

2. Memberikan pelayanan dasar pada anak, remaja dan wanita pranikah dengan melibatkan klien
 - Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan anak remaja dan wanita dalam masa pra nikah
 - Menentukan diagnosa dan kebutuhan pelayanan dasar
 - Menyusun rencana tindakan/layanan sebagai prioritas dasar bersama klien
 - Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan
 - Membuat rencana tindak lanjut kegiatan/tindakan
 - Membuat catatan dan pelaporan asuhan kebidanan

3. Memberikan asuhan kebidanan pada klien selama kehamilan normal
 - Mengkaji status kesehatan klien yang dalam keadaan hamil
 - Menentukan diagnosa kebidanan dan kebutuhan kesehatan klien
 - Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah
 - Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan bersama klien
 - Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien
 - Membuat catatan dan laporan asuhan kebidanan yang telah diberikan

4. Memberikan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien dan keluarga
 - Mengkaji status kesehatan klien yang dalam masa persalinan
 - Menentukan diagnosa kebidanan dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan
 - Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah
 - Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan bersama klien
 - Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien
 - Membuat asuhan kebidanan

5. Memberikan asuhan kebidanan pada BBL
 - Mengkaji status kesehatan bayi baru lahir dengan melibatkan keluarga
 - Menentukan diagnosa kebidanan dan kebutuhan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
 - Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai dengan prioritas masalah
 - Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan
 - Membuat rencana tindak lanjut
 - Membuat rencana pencatatan dan laporan asuhan yang telah diberikan

6. Memberikan asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien dan keluarga.
 - Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu nifas
 - Menentukan diagnosa kebidanan dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas
 - Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai dengan prioritas masalah

- Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan
 - Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan yang telah diberikan
 - Membuat rencana pencatatan dan laporan asuhan yang telah diberikan
7. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan KB
 - Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada PUS/WUS
 - Menentukan diagnosa dan kebutuhan pelayanan
 - Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien
 - Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan
 - Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama klien
 - Membuat rencana pencatatan dan laporan
 8. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium dan menopause
 - Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan asuhan klien
 - Menentukan diagnosa, prognosa, prioritas dan kebutuhan asuhan
 - Menyusun rencana asuhan sesuai prioritas masalah bersama klien
 - Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - Mengevaluasi bersama klien hasil asuhan yang telah diberikan
 - Membuat rencana tindak lanjut bersama klien
 - Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan
 9. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi balita dengan melibatkan keluarga
 - Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan sesuai dengan tumbuh kembang bayi/balita
 - Menentukan diagnosa dan prioritas masalah
 - Menyusun rencana asuhan sesuai dengan rencana
 - Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan
 - Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan yang telah diberikan
 - Membuat rencana pencatatan dan laporan asuhan yang telah diberikan

b. Tugas Kolaborasi atau kerjasama

1. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga

2. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi
3. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dan keadaan kegawatan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
4. Memberikan asuhan kebidana pada ibu dalam masa nifas dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawat daruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan klien dan keluarga.
5. Memberikan asuhan kebidanan pada BBL dengan resiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
6. Memberikan asuhan kebidanan kepada balita dengan resiko tinggi dan mengalami komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan melibatkan keluarga.

c. Tugas ketergantungan atau rujukan

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

2. Peran sebagai pengelola

1. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus dan mesyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat dan klien.

2. Berpartisipasi dalam melaksanakan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya.

3. Peran sebagai pendidik

1. Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang penanggulangan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan pihak terkait kesehatan ibu anak dan KB
2. Melatih dan memilih kader termasuk siswa bidan dan keperawatan serta membina dukun di wilayah atau tempat kerjanya

4. Peran sebagai peneliti dan investigator

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

5.2. FUNGSI BIDAN

1. Fungsi pelaksana

1. Melakukan bimbingan dan penyuluhan kepada individu dan keluarga masyarakat dan remaja masa pra perkawinan.
2. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil normal, hamil dengan kasus patologis tertentu.
3. Menolong persalinan normal dan khusus patologis tertentu.
4. Merawat bayi segera setelah lahir normal dan bayi beresiko tinggi
5. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas
6. Memelihara kesehatan ibu dalam masa kesehatan menyusui
7. Melakukan pelayanan KB sesuai dengan wewenangnya
8. Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan pra sekolah
9. Memberikan bimbingan dan pelayanan kesehatan terhadap gangguan sistem reproduksi termasuk wanita pada masa klimakterium internal, menopause sesuai dengan wewenangnya

2. Fungsi pengelola

1. Mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, dan kelompok masyarakat sesuai dengan kondisi, kebutuhan masyarakat setempat yang didukung oleh partisipasi masyarakat

2. Menyusun rencana pelaksanaan pelayanan kebidanan di lingkungan unit kerjanya.
3. Mengkoordinasikan kegiatan pelayanan kebidanan yang dipimpin oleh bidan
4. Melakukan kerjasama dan komunikasi inter dan antar sector dalam kaitannya dengan pelayanan kebidanan
5. Mengevaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan yang dipimpin oleh bidan

3. Fungsi pendidik

1. Memberikan penyuluhan kepada individu, keluarga dan kelompok masyarakat dalam kaitan pelayanan kebidanan di ruang lingkup kesehatan
2. Membimbing dan melatih dukun dan kader kesehatan sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan
3. Memberikan bimbingan kepada para peserta didik bidan dalam kegiatan praktek di klinik dan masyarakat.
4. Mendidik peserta didik bidan dan tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan bidang keahliannya

4. Fungsi peneliti

1. Melakukan evaluasi, pengkajian, survey, dan penelitian yang dilakukan sendiri atau bersama dalam ruang lingkup pelayanan kebidanan.
2. Melakukan penelitian kesehatan keluarga dan KB

Bab 6

DASAR PEMIKIRAN, FOKUS DAN TUJUAN DALAM TEORI KEBIDANAN TEORI DAN KONSEPTUAL PRAKTEK KEBIDANAN

6.1. TEORI DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

6.1.1. Teori Revarubin : Pencapaian peran ibu

Peran diperoleh melalui proses belajar yang dicapai melalui suatu rangkaian aktivitas. Karya Rubin bertujuan mengenali bagaimana seorang atau tindakan apa yang mungkin akan membantu atau memberikan efek negatif dalam proses ini.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Rubin yang hampir seperempat abad, beliau menyimpulkan bahwa tujuan yang ingin dicapai ibu selama kehamilannya adalah :

1. Meyakini keamanan bagi diri dan bayinya selama kehamilan dan persalinannya
2. Meyakini adanya suatu penerimaan sosial terhadap diri dan bayinya
3. Meningkatkan suatu ikatan tarik menarik dalam suatu konstruksi dari image dan identitas dari “saya” dan “anda”
4. Mencari arti yang mendalam dari tindakan langsung dan memberi dan menerima

Rubin menyimpulkan

Ibu selama kehamilan memiliki harapan2 :

1. Keamanan bagi diri dan bayinya
2. Penerimaan masyarakat
3. Keterikatan pada bayi
4. Arti memberi dan menerima

Tugas dan tujuan utama dari aktivitas ibu selama hamil, bersalin dan nifas digambarkan lebih ringkas oleh Josten (1981) sebagai :

1. Memastikan kesejahteraan fisik untuk diri dan bayinya
2. Penerimaan sosial untuk diri dan bayinya oleh orang-orang yang berarti untuk mereka
3. Keterikatan kepada si bayi
4. Pemahaman akan kerumitan menjadi seorang ibu

Dari data tersebut, Rubin menyimpulkan 3 aspek dari peran ibu, yaitu :

1. Image Ideal
Terdiri dari semua ide yang dimiliki oleh wanita mengenai sikap dan aktivitas wanita sebagai seorang ibu.
2. Image Diri
Terdiri dari sikap wanita itu dalam melihat dirinya sendiri yang dimiliki dari pengalamannya : “image diri” digunakan sebagai representasi dari konsistennya “saya sendiri” (Rubin, 1967)
3. Body Image
Berhubungan dengan perubahan tubuh selama kehamilan dan perubahan nyata dari arti proses kehamilan itu. Identitas ibu dicapai dengan suatu proses dari aktifitas taking-in, taking-on, dan letting-go.

Rubin menggambarkan suatu hubungan antara identitas maternal dengan image diri seorang wanita pada masa post partum:

1. Taking in : meniru dan role play (1-2 hari setelah post partum)
Meniru merupakan suatu penyamanan tindakan dan perilaku dari suatu peran dan belajar dari berbagai sumber tentang apa yang akan terjadi pada saat setelah kelahiran. Dalam suatu peran, wanita melakukan peran seperti yang akan dilakukannya dimasa yang akan datang. Proses bermain peran ini merupakan suatu penempatan diri dalam suatu keadaan yang akan dijalani di masa yang akan datang. adapun peran bidan dalam menghadapi kasus seperti ini seorang bidan harus mampu menanganinya dengan cara selalu memberikan dukungan kepada ibu dan memberikan konseling tentang nutrisi , cara merawat bayinya, dan cara bergaul dengan lingkungan sekitar.
2. Taking Hold : fantasi, inroyeksi, proyeksi dan penolakan (3-10 hari setelah post partum)
Fantasy dan tindakan lain dari fase ini memungkinkan seorang wanita untuk membangun suatu pemahaman bagaimana dia harus bersikap atau berperilaku.

Dalam fantasy, seorang ibu membayangkan bagaimana dia dimasa yang akan datang.

Introyeksi-Proyeksi-Penolakan merupakan suatu proses dimana seorang wanita membandingkan model yang ada dengan dirinya sendiri dan memutuskan apakah akan mengikuti model tersebut atau menolaknya. Proses ini berbeda dengan proses meniru. Misalnya dalam proses meniru, seorang ibu mengikuti bagaimana cara memandikan bayi dirumah, sesuai dengan cara-cara yang sudah dianjurkan atau ditetapkan. Sedangkan pada proses Introyeksi-Proyeksi-Penolakan, ibu akan menggunakan caranya sendiri dalam memandikan bayinya, dengan berlandaskan apa yang telah ia pelajari sebelumnya. Dalam menghadapi kasus seperti ini dukungan seorang bidan sangat diperlukan yaitu dengan cara memberikan konseling cara merawat bayinya, dan bagaimana cara mengontrol emosinya dan biasanya pada fase ini sering terjadi post partum blues.

3. Letting Go: keadaan berduka (setelah 10 hari melahirkan)
Dalam suatu keadaan berduka, seorang wanita mengingat kembali, perannya dimasa lalu dan kembali merenungi peran apa saja yang seharusnya tidak ia lakukan. Keadaan berduka adalah suatu keadaan dimana ibu-ibu tersebut mengingat kembali hal-hal yang berhubungan atau yang telah dilakukannya dimasa lalu, hal-hal yang menyenangkan atau tidak menyenangkan.

6.1.2. Teori Ramona T. Mercer : Teori stres antepartum dan pencapaian peran ibu

Penelitian Mercer terfokus pada sejumlah atau standar lain yang mempengaruhi stress antenatal yang berhubungan dengan keluarga. Mercer mengidentifikasi 6 variabel yang berhubungan dengan status kesehatan hubungan pasangan ibu dan bayi dan fungsi keluarga

Untuk **status kesehatan** terdapat : persepsi ayah dan ibu dari status kesehatan mereka sebelumnya, kesehatan masa sekarang, harapan sehat, ketahanan-kerentanan terhadap suatu penyakit, keprihatinan terhadap suatu penyakit, orientasi penyakit dan penolakan akan peran sakit.

Status kesehatan bayi diidentifikasi sebagai suatu pengembangan pethologi kombinasi dengan pandangan orangtua akan kesehatan bayi secara umum.

Stress antepartum digambarkan sebagai hasil dari kombinasi dari kondisi beresiko dan pandangan negatif terhadap peristiwa kehidupan pada masa kehamilan.

Keluarga didefinisikan sebagai suatu sistem yang dinamik, yang meliputi sub sistem-individu (bapak, ibu, janin/bayi) dan pasangan (ibu-bapak, ibu-janin/bayi, bapak-janin/

bayi) dalam sistem keluarga secara keseluruhan. Model ini menyatakan bahwa stress antenatal berhubungan dengan individu, pasangan-pasangan, dan fungsi keluarga.

PENCAPAIAN PERAN IBU

Salah satu fokus dari teori Mercer adalah pencapaian peran ibu. “Menjadi seorang ibu berarti telah menyanggah gelar baru”. Mengambil suatu identitas baru mencakup suatu pemikiran kembali secara menyeluruh dan mendefinisikan diri sendiri.

Pencapaian peran ibu adalah suatu proses interaksi dan perkembangan yang terjadi dalam kurun waktu tertentu, sementara itu akan terjalin kasih sayang antar ibu dan bayinya. Dalam hal ini membutuhkan kompetensi dalam menggambarkan tugas yang terdapat dalam tugas tersebut. Penampilan peran dari seseorang juga dipengaruhi oleh pengalaman masa lalunya, dan pandangan mereka sendiri.

Dalam penelitiannya, Mercer menemukan variabel-variabel yang mempengaruhi pencapaian peran :

1. Variabel Ibu

- Umur ibu pada waktu pertama kali melahirkan
- Persepsi tentang pengalaman melahirkan
- Perpisahan dini dari ibu-bayinya
- Stress sosial
- Dukungan sosial
- Konsep diri
- Pembawaan pribadi
- Cara mendidik anak
- Status kesehatan ibu

2. Variabel Bayi

- Tempramen
- Kesehatan bayi

3. Variabel Lain/Campuran

- Latar belakang suku/etnik
- Status perkawinan
- Status sosial ekonomi

(Mercer, 1986 dalam Rosamund, 1995)

Hasil penelitian Mercer menunjukkan bahwa adanya pengaruh dari bayi dan kepribadian bayi atas pembentukan peran dari si ibu.

6.1.3. Teori Ela Joy Lehrman : komponen dari praktek kebidanan

Lehrman mengidentifikasi konsep yang menggaris bawahi asuhan antenatal yang akan diberikan. Lehrman mempelajari beberapa literatur selama 25 tahun, dimana ditulis oleh seorang bidan : “artikel ini terdiri dari suatu masa yang tetap dari suatu konsep yang menampilkan beberapa aspek dari praktek kebidanan. Hal ini disadur dari berbagai sumber dan dikelompokkan, dan hasilnya didapatkan 8 aspek dari praktek kebidanan, yaitu :

1. Asuhan yang berkesinambungan
2. Asuhan yang berpusat pada keluarga
3. Penyuluhan dan konseling sebagai bagian dari asuhan
4. Asuhan tanpa intervensi
5. Fleksibel/keluwasan dalam memberikan asuhan
6. Perawatan/asuhan secara langsung (Partisipative care)
7. Pembelaan/dukungan/advokasi konsumen
8. Waktu

Morton, dkk (1991) mengidentifikasikan 3 komponen tambahan dari 8 konsep yang dikemukakan oleh Lehrman, yaitu :

1. teraupetik
Teknik teraupetik diasumsikan sebagai suatu proses komunikasi yang menguntungkan dan membantu pertumbuhan dan penyembuhan.
Hal ini diukur dengan indikator : mendengarkan secara aktif, penyediaan klarifikasi sikap tidak menghakimi, mendorong fasilitas/mempermudah memberi izin.
2. Pemberdayaan
Didefinisikan sebagai proses dari memberi dan menerima kekuatan dan penguatan ego. Ini ditujukan apabila bidan melalui sikap dan pendekatan dalam memberikan asuhan yang memberikan kekuatan dari dalam diri pasien dan sumberdayanya (**Morten, 1991**).
3. Hubungan lateral
Dimaksudkan sebagai bidan mempromosikan interaksi yang khusus bernada keterbukaan, saling menghormati dan setara dengan pasiennya, sehingga mendorong terjadinya suatu keadaan yang akrab diantara keduanya. Jadi hubungan lateral ditunjukkan adanya penyamanan, empati dan membagi pengalaman atau perasaan yang dilihat sebagai perwakilan dari hubungan lateral.

6.1.4. Ernestine Widenbach : kebutuhan akan bantuan

Dari teorinya, Widenbach menemukan 5 konsep dari realitas keperawatan, yaitu :

1. Agen : bidan, perawat
2. Tujuan : tujuan dari intervensi
3. Penerima : wanita, keluarga, dan masyarakat
4. Alat/Sarana : cara/metode untuk mencapai tujuan
5. Kerangka : sosial dan lingkungan organisasi dan profesional

Bidan sebagai agen dalam memberikan pelayanan kesehatan memiliki seni, falsafah, tujuan dan praktek, yang mana keempat komponen tersebut akan digunakan dalam proses memberikan pelayanan kesehatan pada klien. Dalam memenuhi kebutuhan ibu yang membutuhkan pertolongan, seorang bidan berperan sebagai alat/sarana, dimana akan menggunakan pengetahuan, pertimbangan ketrampilan, spiritual dan sumber daya material untuk mengidentifikasi kebutuhan klien, serta melakukan validasi dan koordinasi kepada klien dalam memberikan pertolongan kepada klien atau memenuhi kebutuhan klien.

6.1.5. Jean Ball : teori kursi malas dari kesejahteraan emosional ibu

Jean Ball mengembangkan teori kesejahteraan emosional maternitas pada masa post-natal. Menurut Ball, kesejahteraan emosional ibu pasca persalinan tergantung dari kepribadiannya, dukungan dari keluarga, serta dukungan yang diberikan oleh pelayanan kebidanan. Cara perawatan yang diberikan oleh bidan selama post natal akan mempengaruhi perubahan respon emosional dari seorang wanita setelah kelahiran bayinya.

Dalam suatu analisis disebutkan bahwa kesejahteraan seorang wanita selama proses kelahiran tergantung pada sikap dirinya sendiri, support yang diberikan kepadanya, dan dukungan dari pelayanan kesehatan.

Ball menggambarkan suatu hubungan antara 3 unsur sebagai *kursi goyang*. Dimana *bagian dasar* dari kursi tersebut adalah dukungan sosial yang diberikan petugas kesehatan kepada ibu tersebut, *bagian sampingnya* adalah kepribadian dari ibu tersebut dan selanjutnya *bagian tengahnya* adalah dukungan dari keluarganya. Kesejahteraan sosial maternal dapat terwujud dengan baik dan efektif jika didukung oleh elemen-elemen tersebut.

Kursi goyang bisa diasumsikan sebagai suatu kerangka kerja yang menggambarkan suatu proses sosial yang saling berhubungan. Dimana seluruh elemen yang ada pada kursi tersebut harus bekerjasama dan melakukan perannya masing-masing dengan baik. Karena jika ada satu saja komponen didalamnya yang tidak bekerja sebagaimana mestinya, maka kesejahteraan sosial seorang ibu tidak akan terwujud.

Bab 7

MANAJEMEN KEBIDANAN

7.1. PENGERTIAN MANAJEMEN KEBIDANAN

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh American College of nurse midwife terdiri dari :

1. Secara sistematis mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar
3. Mengidentifikasi kebutuhab terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien
4. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab kesehatannya
5. Membuat rencana yang komprehensif bersama klien
6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuahn selanjutnya
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal
9. Melaukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

7.2. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN :

Adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metoda untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dan rangkaian / tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Sasaran manajemen kebidanan ditujukan baik kepada individu ibu dan anak, keluarga maupun kelompok masyarakat.

Manajemen asuhan kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah ke dalam tugas-tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien.

Jadi manajemen asuhan kebidanan adalah suatu pendekatan pemecahan masalah yang digunakan oleh setiap bidan dalam pengambilan keputusan klinik pada saat mengelola klien; ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan balita dimanapun tempatnya.

Proses ini akan membantu para Bidan dalam berpraktek memberikan asuhan yang aman dan bermutu.

Manajemen kebidanan adalah suatu metoda pengaturan, pengorganisasian pikiran dan tindakan dalam urutan yang logis, efektif dan efisien baik bagi pasien maupun bidan sebagai petugas kesehatan.

Pelayanan kebidanan yang bermutu adalah pelayanan yang berdasarkan standar, dan kode etik bidan serta hubungan interpersonal yang adekuat. Dalam memberikan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar, bidan menggunakan metoda atau pendekatan manajemen kebidanan.

Penatalaksanaan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metoda untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dan rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

7.3. TUJUAN ASUHAN KEBIDANAN :

1. Ibu & bayi sehat,selamat,keluarga bahagia, terjamin kehormatan martabat manusia
2. Saling menghormati,penerima &pemberi asuhan
3. Kepuasan ibu, keluarga dan bidan
4. Kekuatan diri perempuan dalam menentukan dirinya

5. Rasa percaya diri dari perempuan sebagai penerima asuhan
6. Terwujudnya keluarga sejahtera dan berkualitas.

7.4. PRINSIP-PRINSIP ASUHAN KEBIDANAN :

Asuhan kebidanan merupakan metoda pemberian asuhan yang berbeda dengan model praktik kedokteran. Diharapkan mahasiswa dapat memahami apa perbedaannya dan bisa menjelaskan prinsip-prinsip yang memberi batasan tentang asuhan kebidanan.

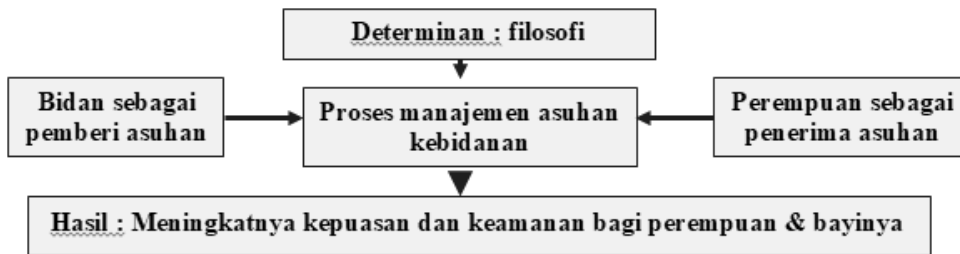
Bidan-bidan di seluruh dunia sependapat bahwa prinsip asuhan kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Memahami bahwa kehamilan, persalinan dan kelahiran anak merupakan suatu proses alamiah dan fisiologis.
2. Menggunakan cara-cara yang sederhana, tidak melakukan intervensi tanpa adanya indikasi sebelum menggunakan teknologi canggih.
3. Aman, berdasarkan fakta, dan memberi kontribusi pada keselamatan jiwa ibu.
4. Terpusat pada ibu, bukan terpusat pada pemberi asuhan kesehatan / lembaga (Sayang Ibu).
5. Menjaga privasi serta kerahasiaan ibu.
6. Membantu ibu agar merasa aman, nyaman, dan didukung secara emosional.
7. Memastikan bahwa kaum ibu mendapatkan informasi, penjelasan dan konseling yang cukup
8. Mendorong ibu dan keluarga agar menjadi peserta aktif dalam membuat keputusan setelah mendapat penjelasan mengenai asuhan yang akan mereka dapatkan.
9. Menghormati aspek budaya setempat, kebiasaan, praktik-praktik adat, dan keyakinan agama.
10. Memantau kesejahteraan fisik, psikologis, spiritual dan sosial ibu/keluarganya selama kehamilan, persalinan / kelahiran anak dan sampai 40 hari pasca salin.
11. Memfokuskan perhatian pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

Filosofi asuhan kebidanan :

1. Kehamilan & persalinan suatu proses alamiah dan bukan penyakit.
2. Perempuan: pribadi yg unik (hak, kebutuhan & keinginan) berpartisipasi aktif dalam asuhan.
3. Dalam memastikan kesejahteraan perempuan, janin/bayi tetap menghargai proses alamiah
4. Pengambilan keputusan bersama: perempuan, keluarga & Bidan
5. Tujuan utama asuhan: menyelamatkan ibu & bayi, dengan fokus:

6. Prevensi promosi yang holistik dg kreatif, fleksible, suportif, peduli, bimbingan, monitor dan berpusat pada perempuan. Asuhan berkesinambungan sesuai dengan keinginan, menghormati pilihan klien.
7. Kemitraan dengan perempuan alami & holistik
8. Menghargai proses fisiologis, bila timbul penyulit digunakan teknologi & rujukan efektif



Gambar 7.1: Proses Manajemen Asuhan Kebidanan

7.5. LANGKAH MANAJEMEN KEBIDANAN

1. Mengumpulkan data klien
2. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa masalah
3. Mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya
4. Menetapkan kebutuhan tindakan segera, melakukan tindakan, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya
5. Menyusun rencana asuhan
6. Implementasi asuhan sesuai dg rencana
7. Mengevaluasi keefektifan asuhan dan modifikasi asuhan

Proses Manajemen Kebidanan

Penatalaksanaan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metoda untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dan rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Penatalaksanaan kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah ke dalam tugas-tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien.

Jadi manajemen kebidanan ini suatu pendekatan pemecahan masalah yang digunakan oleh setiap bidan dalam pengambilan keputusan klinik pada saat mengelola klien; ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan balita dimanapun tempatnya.

Proses ini akan membantu para Bidan dalam berpraktek memberikan asuhan yang aman dan bermutu.

Langkah I : Pengkajian

Pada langkah pertama ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, baik dari hasil anamnesa dengan klien, suami/keluarga, hasil pemeriksaan, dan dari dokumentasi pasien/catatan tenaga kesehatan yang lain.

Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara :

1. Menanyakan riwayat kesehatan, haid, kehamilan, persalinan, nifas dan sosial
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
3. Pemeriksaan khusus
4. Pemeriksaan penunjang
5. Melihat catatan rekam medik pasien

Langkah ini merupakan langkah yang akan menentukan langkah pengambilan keputusan yang akan diambil pada langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, oleh sebab itu dalam pendekatan ini harus yang komprehensif meliputi data subjektif, objektif, dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi/menilai kondisi klien yang sebenarnya dan pasti.

Setelah mengumpulkan data, kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat. Sebagai contoh informasi yang perlu digali ada pada Formulir pengkajian terlampir (Formulir ini merupakan bagian yang tidak terpisah dari catatan rekam medik yang ada pada rumah sakit, Puskesmas ataupun tempat pelayanan kebidanan yang lain)

Contoh formulir pengkajian di rumah sakit : pada ibu hamil menggunakan RM.3

Nama Rumah Sakit		NOMOR RM :
		N A M A :
		UMUR :
		JENIS KELAMIN :
PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN DAN KANDUNGAN		Tanggal masuk dirawat : Tanggal Pengkajian :
Dokter yang merawat : BIDAN / Perawat primer		Cara masuk : IRJ Unit Emergensi Dokter Pribadi Langsung kamar bersalin
A	DATA SUBYEKTIF	
1	KELUHAN UTAMA :	
2	Riwayat Menstruasi Umur menarche :th, lamanya haid.....hari, jumlah darah haid..... Haid terakhir : <input type="checkbox"/> Dismenorrhoe : <input type="checkbox"/> spotting <input type="checkbox"/> menorragia, <input type="checkbox"/> metrorrhagia <input type="checkbox"/> pre menstruasi syndrome	
3	Riwayat perkawinan :kawinkali, Kawin 1 umurth, dengan suami 1th, ke II	
4	Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu G.....P.....A.....HIDUP	

NO	Tgl. Tahun Partus	Tempat Partus	Umur Hamil	Jenis Persaliman	Penolong Persaliman	Penyulit	Anak Kel / BB	Keadaan Anak Sek
1								
2								
3								
4								
5								
5	Riwayat Hamil ini : Hamil muda <input type="checkbox"/> mual <input type="checkbox"/> muntah <input type="checkbox"/> perdarahan <input type="checkbox"/> lain-lain TT I Hamil tua <input type="checkbox"/> pusing <input type="checkbox"/> sakit kepala <input type="checkbox"/> perdarahan <input type="checkbox"/> lain-lain TT II							
6	Riwayat penyakit yang lalu/Operasi - Pernah dirawat :; Kapan.....;Dimana - Pernah dioperasi; kapan.....;Dimana							
7	Riwayat penyakit keluarga (Ayah, ibu, adik, paman, bibi) yang pernah menderita sakit <input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> penyakit hati <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> penyakit ginjal <input type="checkbox"/> penyakit jiwa <input type="checkbox"/> Kelainan bawaan <input type="checkbox"/> hamil kembar <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Alergi							
8	Riwayat Gynekologi <input type="checkbox"/> Infertilitas <input type="checkbox"/> infeksi virus <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> Cervicitis cronis <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> Polip servix <input type="checkbox"/> Kanker Kandungan <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan <input type="checkbox"/> Perkosaan							

9	Riwayat keluarga Berencana Metode KB yang pernah dipakai.....Lama..... Komplikasi dari KB <input type="checkbox"/> perdarahan <input type="checkbox"/> PID / Radang Panggul
10	Elminasi Pola istirahat / tidur Pola seksual / psikosisial
B	DATA OBYEKTIF
1	PEMERIKSAAN FISIK Pemeriksaan umum Keadaan Umum :kesadaran.....Berat badan Tinggi badan..... Tekanan darah :mmHg, nadi x/mnt, Suhu..... Pernafasan
2	Pemeriksaan Fisik Mata : <input type="checkbox"/> Pandangan kabur <input type="checkbox"/> Adanya pemandangan dua <input type="checkbox"/> Slerai cleric <input type="checkbox"/> Conjungtiva Pucat Dada dan Axyl <input type="checkbox"/> Mammae symetris /asimetris <input type="checkbox"/> Areola Hiperpigmentasi <input type="checkbox"/> Puting susu menonjol <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Kolostrum (+) Ekstremitas <input type="checkbox"/> Tungkai symetris / asimetris <input type="checkbox"/> Edema +/- <input type="checkbox"/> Reflek + / - Sistem Kardio <input type="checkbox"/> Dyspneu <input type="checkbox"/> Orthopneu <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Batuk <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Batuk darah <input type="checkbox"/> Nyeri dada <input type="checkbox"/> Keringat malam

3	<p>Pemeriksaan khusus dan nifas</p> <p>a. Obstetric</p> <p>Abdomen</p> <p>Inspeksi <input type="checkbox"/> Membesar dengan arah memanjang <input type="checkbox"/> melebar <input type="checkbox"/> pelebaran vena <input type="checkbox"/> Linea alaba</p> <p><input type="checkbox"/> Linea Nigra <input type="checkbox"/> Striae livide <input type="checkbox"/> Striae albican <input type="checkbox"/> luka bekas operasi</p> <p><input type="checkbox"/> lain-lain</p> <p>Palpasi TPU.....cm Let Punggung : Puka/puki, presentasi kep/bo</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri tekan <input type="checkbox"/> Obsorn test <input type="checkbox"/> Cekungan pada perut</p> <p>Taksiran berat janin.....gram.....</p> <p>Aus kultasi : DJJ..... / mnt <input type="checkbox"/> teratur <input type="checkbox"/> tidak teratur</p> <p>Bagian terendah...../s</p> <p>His / kontraksi...../ mnt <input type="checkbox"/> teratur <input type="checkbox"/> tidak teratur</p> <p>b. Gynecologi</p> <p>Ano Genital</p> <p>Inpeksi : Pengeluaran per Vulva <input type="checkbox"/> Darah <input type="checkbox"/> Lendir <input type="checkbox"/> Air ketuban</p> <p>Inspekulo : vagina.....portio.....</p> <p>Vaginal toucher.....</p> <p>Kesan panggul.....</p> <p>Imbang foto pelvic.....</p> <p>c. Nifas :</p> <p>Fut.....</p> <p>Lochea.....</p> <p>Luka Jalan Lahir.....</p>
4	<p>Pemeriksaan Penunjang</p> <p>Darah Hb.....Ht.....Urine Protein.....</p> <p>CTG.....USG.....</p>

5	DIAGNOSA KEBIDANAN DAN MASALAH
6	RESIKO DIAGNOSA DAN MASALAH KEBIDANAN
7	PERENCANAAN DAN KEBUTUHAN

.....,20...

Bidan yang mengkaji

(.....)

Langkah II : Merumuskan Diagnosa/Masalah Kebidanan

Pada langkah ini bidan menganalisa data dasar yang didapat pada langkah pertama, menginterpretasikannya secara akurat dan logis, sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah kebidanan.

Rumusan diagnosa merupakan kesimpulan dari kondisi klien, apakah klien dalam kondisi hamil, inpartu, nifas, bayi baru lahir? Apakah kondisinya dalam keadaan normal? Diagnosa ini dirumuskan menggunakan nomenklatur kebidanan. Sedangkan masalah dirumuskan apabila bidan menemukan kesenjangan yang terjadi pada respon ibu terhadap kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Masalah ini terjadi pada ibu tetapi belum termasuk dalam rumusan diagnosa yang ada, karena masalah tersebut membutuhkan penanganan/intervensi bidan, maka dirumuskan setelah diagnosa. (Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah tersebut juga sering menyertai diagnosa).

Contoh I :

Data: Ibu tidak haid selama 3 bulan, mual dan muntah, Plano Test +, anak ke II, anak pertama berumur 1 tahun, ibu belum menginginkan kehamilan ke dua ini, ibu sering merasa pusing, susah tidur dan malas makan.

Diagnose : - Ibu kemungkinan hamil G II, P I AO, 12 mg
- Kehamilan tidak diinginkan

Contoh II :

Data : Ibu merasa hamil 8 bulan, anak pertama, hasil pemeriksaan, tinggi fundus uteri, 31 cm, Bja +, Puki, *presentasi* kepala, penurunan kepala 5/5, nafsu makan baik, penambahan berat badan ibu selama hamil 8 kg, ibu sering buang air kecil pada malam hari.

Diagnose : - GI P0 A0, hamil 32 mg, *presentasi kepala janin* tunggal, hidup dalam rahim
- Ibu mengalami gangguan yang lazim / fisiologis pada kehamilan tua

Dari contoh rumusan diagnosa diatas menunjukkan, bahwa ketidak siapan ibu untuk menerima kehamilan, kecemasan ibu terhadap sering kencing di malam hari tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar diagnosa” sehingga tidak terkafer dalam diagnosa kebidanan yang dibuat. Tetapi kondisi ini apabila dibiarkan, dapat menciptakan suatu masalah pada kehamilannya, terutama masalah psikologi klien.

Oleh karena itu *kesenjangan* tersebut dirumuskan sebagai *masalah kebidanan*, yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk diberikan intervensi khusus, baik berupa dukungan/penjelasan/tindakan /follow up/ rujukan.

Jadi Diagnosa yang dibuat oleh bidan adalah meliputi diagnosa kebidanan yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan, dan masalah kebidanan.

Contoh III :

Setelah plasenta lahir ibu mengalami perdarahan pervaginaan, banyaknya kurang lebih 300 cc, kontraksi uterus lembek, k/u kompos medis, TD 100/70, N 100/mnt, pernafasan 16/mnt. Ibu cemas melihat darah keluar dari vagina.

Dari data diatas diagnosa yang dapat dirumuskan adalah :

- Perdarahan post partum dengan atomia uteri, keadaan ibu baik
- Cemas

Contoh IV :

Ibu merasa hamil 7 bulan anak pertama, tinggi fundus uteri 28 cm, BJA + presentasi kepala, V, penambahan berat badan 15 kilo selama hamil, mengeluh pusing, TD 180/100, proteinuri ++, oedem ++

Diagnosa : G1 PoAo, 28 mg pre eklampsia berat, janin tunggal hidup pres kep, intra uterin.

Diagnosa diatas menyajikan kesimpulan kehamilan dengan pre eklampis berat, tetapi masalah kebidanan diluar diagnosa tidak ada. Sehingga dalam diagnosa kebidanan bisa muncul diagnosa dan masalah, atau tanpa masalah tergantung kondisi klien.

Langkah III; Mengantisipasi Diagnosa/masalah potensial

Langkah ini merupakan langkah antisipasi, sehingga dalam melakukan asuhan kebidanan bidan dituntut untuk mengantisipasi permasalahan yang akan timbul dari kondisi yang ada/sudah terjadi. Dengan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial yang akan terjadi berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah ada, dan merumuskan tindakan apa yang perlu diberikan untuk mencegah atau menghindari masalah /diagnosa potensial yang akan terjadi.

Pada langkah antisipatif ini diharapkan Bidan selalu waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa/masalah potensial ini menjadi benar-benar tidak terjadi. Langkah

ini, penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. Dan langkah ini perlu dilakukan secara cepat, karena sering terjadi dalam kondisi emergensi

Contoh I : seorang wanita inpartu dengan pembesaran uterus yang berlebihan (bisa karena polyhidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar).

Tindakan antisipasi yang harus dilakukan:

1. Menyiapkan cairan infus, obat uterotonika untuk menghindari syok hypovolemik karena perdarahan kala IV
2. Menyiapkan alat resusitasi bayi untuk antisipasi asfiksia pada bayi baru lahir
3. Memberikan posisi Mc robert untuk antisipasi kesulitan melahirkan bahu

Pada langkah ke 3 ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar, merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional/ logis.

Contoh II :

Data : Ibu anak pertama, hamil 36 minggu, perdarahan berulang dan banyak, tidak ada mules, BJT + , tinggi fundus uteri 31 cm , *presentasi* kepala, TD 110/ 70 .

Diagnose : GI P 0 A 0 hamil 36 minggu, perdarahan antepartum, kondisi janin dan ibu baik.

1. Tindakan antisipasi :
2. Pasang infus , untuk mengantisipasi syok hypovolemik
3. Menyiapkan darah untuk antisipasi syok hypovolumik
4. Tidak melakukan periksa dalam untuk menghindari perdarahan hebat.

Kaji ulang apakah tindakan antisipasi untuk mengatasi masalah /diagnosa potensial yang diidentifikasi sudah tepat.

Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera.

Pada saat ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera, baik tindakan intervensi , tindakan konsultasi, kolaborasi dengan *dokter* lain, atau rujukan berdasarkan Kondisi Klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan yang terjadi dalam kondisi emergensi. Dapat terjadi pada saat mengelola ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Berdasarkan hasil analisa data, ternyata kondisi klien membutuhkan tindakan segera untuk menangani/mengatasi diagnosa/masalah yang terjadi.

Pada langkah ini mungkin saja diperlukan data baru yang lebih spesifik sehingga mengetahui penyebab langsung masalah yang ada, sehingga diperlukan tindakan segera untuk mengetahui penyebab masalah. Jadi tindakan segera bisa juga berupa observasi/pemeriksaan.

Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya menghentikan perdarahan kala III, atau mengatasi distosia bahu pada kala II).

Pada tahap ini mungkin juga klien memerlukan tindakan dari seorang dokter, misalnya terjadi prolaps tali pusat, sehingga perlu tindakan rujukan dengan segera.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklamsi, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medik yang serius, maka bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang tepat dalam penatalaksanaan asuhan klien.

Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah / kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa / masalah potensial pada step sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency / segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Dalam rumusan ini tindakan segera meliputi tindakan yang dilakukan secara mandiri , kolaborasi atau rujukan.

Contoh I : Tindakan segera

Dari kasus perdarahan antepartum tindakan segera yang harus dilakukan adalah :

- Observasi perdarahan, tanda-tanda vital
- Periksa / cek kadar hb
- Observasi DJA
- Rujuk ke RS (bila di masyarakat) atau kolaborasi dengan dokter (bila di Rumah Sakit)

Contoh II

Tindakan segera yang dilakukan pada kasus perdarahan karena atonia uteri:

1. Cari penyebab perdarahan
2. Masase uterus untuk merangsang kontraksi
3. Berikan uterotonika
4. Lakukan kompresi bimanual interna (KBI)

Kaji ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan.

Langkah V : Menyusun Rencana Asuhan Secara Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, baik yang sifatnya segera ataupun rutin.

Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi dengan merumuskan tindakan yang sifatnya mengevaluasi/memeriksa kembali. Atau perlu tindakan yang sifatnya follow up.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi penanganan masalah yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga tindakan yang bentuknya antisipasi (dibutuhkan penyuluhan, konseling).

Begitu pula tindakan rujukan yang dibutuhkan klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan social ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut (Informed Consent).

Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya, baik lisan ataupun tertulis *contoh format inform conversal tertulis* .

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar *nyata* berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta telah dibuktikan bahwa tindakan tersebut bermanfaat/efektif berdasarkan penelitian (Evidence Based).

Contoh : Rencana komprehensif pada kasus dengan perdarahan ante partum diatas :

1. Beri tahu kondisi klien dan hasil pemeriksaan
2. Berikan dukungan bagi ibu dan keluarga
3. Berikan infus RL

4. Observasi tanda-tanda vital , perdarahan, DJA dan tanda-tanda syok
5. Chek kadar HB
6. Siapkan darah
7. Rujuk klien ke RS / kolaborasi dengan dokter
8. Follow up ke rumah (kunjungan rumah)

Kaji ulang apakah rencana asuhan sudah meliputi semua aspek asuhan kesehatan terhadap klien.

Langkah VI : IMPLEMENTASI

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanaan dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya *kalau diperlukan*.

Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan yang lain, bidan tetap *memegang* tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya. (misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana, dan sesuai dengan kebutuhan klien).

Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut. Penatalaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

Langkah VII: Mengevaluasi

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses penatalaksanaan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui pengkajian ulang (memeriksa kondisi klien). Proses evaluasi ini

dilaksanakan untuk menilai mengapa proses penatalaksanaan efektif/tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

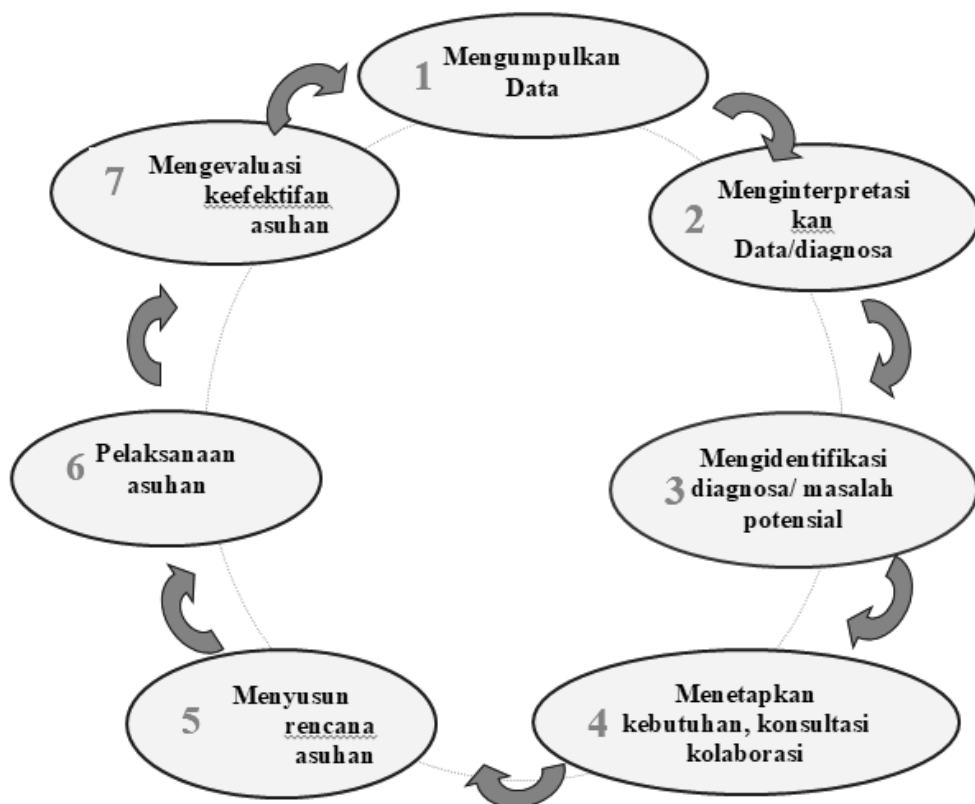
Contoh : Evaluasi

Evaluasi perdarahan; berhenti atau tidak, jika belum berhenti jumlahnya berapa banyak ?

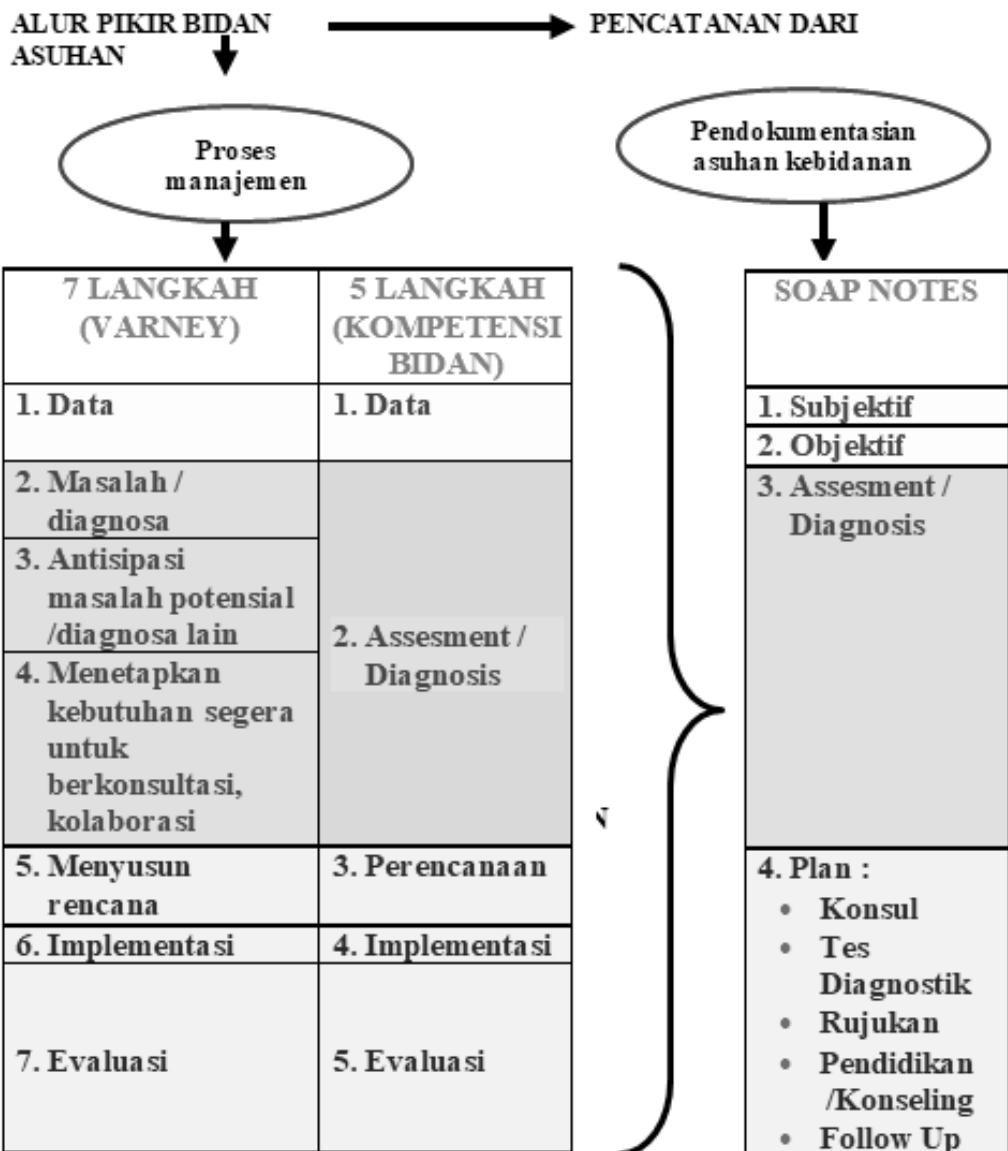
Kondisi janin dan ibu ?

Kadar Hb ?

MANAJEMEN KEBIDANAN



KETERKAITAN ANTARA MENAJEMEN KEBIDANAN DAN SISTEM PENDOKUMENTASIAN SOAP



DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN

Setelah melakukan asuhan kebidanan setiap bidan dituntut untuk mendokumentasikan dalam catatan pasien atau rekam medik. Dokumentasi ini sebagai pertanggung jawaban dan pertanggung gugatan bidan terhadap apa yang telah dilakukan dalam pelayanan kebidanan.

Dokumentasi dalam asuhan kebidanan adalah suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan)

Fungsi Dokumentasi :

1. Sebagai dokumen yang sah sebagai bukti atas asuhan yang telah di berikan
2. Sebagai sarana komunikasi dalam tim kesehatan yang memberikan asuhan
3. Sebagai sumber data yang memberikan gambaran tentang kronologis kejadian kondisi yang terobservasi untuk mengikuti perkembangan dan evaluasi respon pasien terhadap asuhan yang telah di berikan
4. Sebagai sumber data penting untuk pendidikan dan penelitian

Manfaat Dan Pentingnya Dokumentasi_:

1. Nilai hukum - catatan informasi tentang klien / pasien merupakan dokumentasi resmi dan mempunyai nilai hukum jika terjadi suatu masalah yang berkaitan dengan pelanggaran etika & moral profesi , dokumentasi dapat merupakan barang bukti *tentang tindakan yang telah dilakukan bidan sekaligus sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan sanksi.*
2. Jaminan mutu (quality control) – pencatatan yang lengkap & akurat dapat menjadi tolak - ukur dalam menilai asuhan yang telah diberikan dan menentukan tindak lanjut berikutnya.
3. Alat komunikasi – merupakan alat “ perekam “ terhadap masalah yang terkait dengan klien / pasien atau tenaga kesehatan lain. Dapat dilihat apa yang telah terjadi / dilakukan terhadap pasien / klien , terutama pada keadaan dimana pasien perlu dirujuk atau dikonsultasikan ke dokter /ahli gizi dsb.
4. Nilai administrasi termasuk salah satunya adalah biaya/dana – dapat dipergunakan sebagai pertimbangan / acuan dalam menentukan biaya yang telah dibutuhkan / dikeluarkan untuk asuhan.
5. Nilai pendidikan – dapat di pergunakan sebagai bahan pembelajaran bagi peserta didik kebidanan maupun tenaga bidan muda , karena menyangkut secara kronologis proses asuhan kebidanan serta tindakan yang dilakukan (sistematika pelaksanaan).

6. Bahan penelitian – dokumentasi yang rangkap & akurat dapat mempunyai nilai bagi penelitian dalam pengembangan pelayanan kebidanan selanjutnya (objek riset).
7. Akreditasi / audit – digunakan sebagai kesimpulan keberhasilan asuhan yang diberikan serta menentukan / memperlihatkan peran & fungsi bidan dalam masalah kebidanan.

Yang perlu diperhatikan dalam Dokumentasi

1. Jangan mencoret - coret tulisan yang salah , karena akan terlihat seperti bidan mencoba menutupi sesuatu / informasi atau merusak catatan. Jika ada kesalahan dalam mencatat lebih baik diberi garis pada tulisan yang salah dengan diberi catatan “ **salah** “ dan diberi **paraf** dan kemudian ditulis catatan yang benar.
2. Jangan memberi komentar / menulis hal yang bersifat mengkritik klien atau tenaga kesehatan lain. Ditulis hanya uraian obyektif perilaku klien atau tindakan yang dilakukan.
3. Koreksi terhadap kesalahan dibuat dengan segera mungkin , karena kesalahan mencatat dapat diikuti dengan kesalahan tindakan.
4. Catat hanya fakta , jangan membuat spekulasi atau perkiraan dari situasi yang ada.
5. Semua catatan harus ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang lugas dan jelas (hindari istilah-istilah yang tidak dimengerti). Karena tulisan yang tidak dimengerti dapat disalah tafsirkan dan menimbulkan persepsi yang salah (jangan pakai pensil , karena mudah terhapus).
6. Hindari catatan yang bersifat umum , karena informasi yang specific tentang klien atau tentang keadaannya akan hilang.
7. Ingat bahwa bidan bertanggung jawab atas informasi yang dicatatnya / ditulisnya. Asuhan kebidanan komprehensif membutuhkan data informasi yang lengkap, obyektif , dapat dipercaya , karena hal tersebut dapat menjadi bumerang bagi bidan jika dilaksanakan secara tidak sesuai ketentuan yang ada.

Prinsip- prinsip Tehnik Pencatatan

1. Mencantumkan nama jelas pasien pada setiap lembaran observasi atau pemeriksaan
2. Menulis dengan tinta hitam (tidak boleh pakai pensil), supaya tidak terhapus dan bila perlu foto copy akan lebih jelas.
3. Menuliskan tanggal, jam, pemeriksaan, tindakan atau observasi yang dilakukan sesuai dengan temuan yang obyektif (kenyataan) dan bukan interpretasi (hindari kata penilaian seperti tampaknya, rupanya).
4. Tuliskan nama jelas pada setiap pesan, hasil observasi dan pemeriksaan oleh orang yang melakukan.

5. Hasil temuan digambarkan secara jelas termasuk posisi, kondisi, tanda, gejala, warna, jumlah dan besar dengan ukuran yang lazim dipakai. Memakai singkatan atau simbol yang sudah di sepakati, misalnya KU, Ket +, KPD, Let kep, Let Su, S/N, T dan lain-lain.
6. Interpretasi data objektif harus di dukung oleh observasi.
7. Kolom tidak dibiarkan kosong tetapi dibuat tanda penutup. Misalnya dengan garis atau tanda silang.
8. Bila ada kesalahan menulis, tidak diperkenankan menghapus, (ditutup, atau ditip'ex), tetapi dicoret dengan garis dan membubuhkan paraf disampingnya.

Prinsip- prinsip Pelaksanaan Dokumentasi di Klinik

1. Dalam pelaksanaan harian dapat dicatat secara singkat dilembaran kertas, yang khusus disediakan, kemudian dipindahkan secara lengkap dengan nama dan identifikasi yang lengkap dan jelas.
2. Tidak mencatat tindakan yang belum dilakukan/dilaksanakan
3. Hasil observasi atau perubahan yang nyata harus segera dicatat
4. Pada keadaan emergensi/gawat darurat dimana bidan terlibat langsung dalam tindakan penyelamatan, perlu ditugaskan seseorang khusus untuk mencatat semua tindakan dan obat- obatan yang diberikan secara berurutan dan setelah tindakan selesai, si pelaksana perlu segera memeriksa kembali catatan tersebut apakah ada yang ketinggalan atau tidak sesuai dan perlu koreksi.

Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

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

Dengan menggunakan SOAP

S = Data informasi yang subjektif (mencatat hasil anamnesa)

O = Data informasi Objektif (Hasil pemeriksaan, observasi)

A = Mencatat hasil Analisa (diagnosa dan masalah Kebidanan)

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

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

Model Dokumentasi Pelayanan Kebidanan

Selain model catatan perkembangan bentuk SOAP yang digunakan oleh bidan dalam pendokumentasian asuhan kebidanan (RM 6) juga menggunakan model dokumentasi yang lain seperti : grafik misalnya patograaft untuk persalinan, KMS ibu hamil dan KMS anak, grafik tanda-tanda vital untuk mencatata kondisi umum (RM 4)

Format pengkajian untuk mendokumentasikan data dasar (RM 5-3). Surat keterangan lahir (RM 15), surat inform konsen (RM...) lembar observasi.

Register persalinan (ibu dan bayi), buku kunjungan untuk antenatal dan bayi, kartu/ status (ibu dan bayi), kartu rujukan bila melaksanakan rujukan

Contoh Dokumen SOAP asuhan persalinan (bentuk naratif)

Contoh:

1. Tgl. 26 Mei 2004, 08.00 WIB (Keluhan dan hasil Tanya, masuk S)

S :

- Pinggang panas pegal mulai dari perut ke belakang
- Mulai terasa sakit pukul 5 pagi
- Keluar lendir dari kemaluan
- Ada bagian yang menekan ke bawah
- Kehamilan yang pertama periksa teratur diklinik
- HPHT 19-8-03

O :

- Kesadaran composmentis
- T.D. 110 – 70
- Nadi 80 x / menit
- Suhu 36,8 ° C
- U. 34 cm, letkep puki 3/5
- His 3 x 10 menit, lamanya 50 s kuat
- Djj 152 x / menit
- Pd : pembukaan 4 cm, porsio tipis, ketuban positif, kephep 2, uuk kibel

A :

- G I Po hamil aterm, inpartu kala I, pase aktif, janin tunggal, hidup, intra utrin dengan anemia ringan.

P :

- Obstetric KU Ibu dan janin dengan patograf
- Nilai kemajuan persalinan 4 jam lagi
- Persiapan alat, obat pasien dan keluarga
- Beri kesempatan pasien memilih posisi
- Anjuran keluarga untuk mendampingi
- Jelaskan proses persalinan yang akan terjadi kepada pasien dan keluarga
- Anjurkan pasien untuk buang air kecil dan BAK minimal tiap 2 jam
- Beri nutrisi dan hidrasi
- Buat catatan asuhan/perkembangan

2. Pukul 10.00 WIB

S :

- Mengeluh keluar air banyak
- Sakit perut semakin kuat
- Terasa bagian keras menekan kemaluan

O :

- KU baik TD 110/70 nadi 88 mt
- His 4x 50 – 50 “ kuat
- Djj 158 x / menit
- PD pemb 8 cm, ket-, kep hod III, UUK kimel

A :

- GIPO hasil eterem, inpartu kala I akhir, janin tunggal hidup, intra uterin dengan anemia, kemajuan persalinan cepat

Penyimpanan dokumentasi

1. Catatan informasi tentang pasien adalah milik pasien. Jika pasien menghendaki ia boleh/mempunyai akses terhadap semua catatan yang dibuat tentang dirinya.
2. Kecuali jika bidan bekerja secara mandiri/swasta, pemilihan catatan dokumentasi adalah milik institusi yang bersangkutan dimana bidan bekerja. Jika bidan merasa penting akan catatan tersebut, bidan boleh membuat copynya/menyimpan copynya.
3. Penyimpanan harus menurut suatu sistem tertentu (*coding, filling*) agar dapat dengan mudah dicari bila kita membutuhkannya kembali (sitem dokumentasi).
4. Lama penyimpanan tiap dokumen/catatan pasien sedikitnya \pm 3 tahun (*open filling*) dan sesudah itu penyimpanan menjadi “*closed*” (arsip)

5. Jika catatan/dokumentasi diperlukan untuk/oleh persidangan tertentu (audit kasus atau peradilan) agar selalu dicek betul isi berkas sesudah kembali (apa lengkap, tidak ada yang tercecer).
6. (Tanda-tangan/paraf yang mengambil dan yang mengembalikan/menerima kembali)

Bab 8

PEMASARAN SOSIAL

8.1. PEMASARAN

Awal konsep pemasaran diterapkan pada perusahaan – perusahaan besar yang memproduksi barang (pemasaran komersial). Konsep tersebut diterapkan karena menentukan mati atau hidupnya perusahaan. Dapat dikatakan bahwa berkembang tidaknya suatu perusahaan, mempengaruhi kesejahteraan para karyawan. Konsep pemasaran saat ini digunakan pada beberapa kegiatan termasuk bidang kesehatan.

Pemasaran adalah konsep yang membahas bagaimana suatu organisasi dapat mengembangkan kegiatan tukar – menukar secara sukarela yang memuaskan bagi konsumen juga bagi si pemasar. Konsep lainnya adalah menciptakan nilai yang dapat diterima oleh konsumen secara sukarela dengan melakukan serangkaian kegiatan :

1. Analisis perencanaan pemasaran
2. Pelaksanaan pemasaran
3. Pemantauan pemasaran.

Komponen inti dari pemasaran antara lain :

1. Kebutuhan, keinginan dan permintaan
Kebutuhan merupakan hakikat biologi dan kondisi manusia. Contoh kebutuhan akan makan, perlindungan, keinginan dibentuk dalam bentuk objek yang akan memuaskan kebutuhan masyarakat. Permintaan adalah keinginan manusia yang didukung oleh daya beli.

2. Produk, yaitu barang, jasa dan gagasan
Adalah segala sesuatu yang dapat ditawarkan untuk memuaskan suatu kebutuhan dan keinginan.
3. Nilai adalah perkiraan konsumen tentang kemampuan total produk untuk memenuhi kebutuhannya
4. Pertukaran transaksi dan hubungan
Pertukaran merupakan proses yang mengarah ke suatu persetujuan
5. Pasar
Konsep pertukaran menjadi konsep pasar yang terdiri dari semua pelanggan potensial yang memiliki kebutuhan
6. Pemasaran dan calon pembeli
Konsep dasar pemasaran adalah kegiatan tukar menukar yang saling memuaskan

Kita tentunya pernah melihat anak produk komersial dipromosikan di berbagai tempat, misalnya produk kecantikan, pemakai dan produk lainnya. Tentu saja semua produk komersial tersebut tidak dapat dijual, bila :

1. Konsumen tidak menginginkan
2. Konsumen tidak mampu membelinya
3. Konsumen tidak tahu dimana harus dibeli
4. Konsumen tidak tahu produk itu ada.

Jadi pemasaran merupakan ilmu atau seni untuk mengetahui :

1. Apa yang diinginkan konsumen
2. Berapa konsumen mau membayar
3. Cara mendistribusikan produk pada konsumen
4. Bagaimana mengiklankan dan mempromosikannya (menyusun pesan-pesan yang akan disampaikan untuk memberi informasi dan motivasi kepada konsumen) .
5. Menilai pemasaran yang dilakukan untuk mengembangkan selanjutnya

Pemasaran sosial adalah penggunaan konsep dan tehnik pemasaran sosial untuk meningkatkan penerimaan gagasan atau perilaku sosial. Untuk itu para menejer pemasaran dalam membuat produk baru atau mengembangkan produk lama berdasarkan apa yang dikehendaki. Kita bisa mengetahui keinginan konsumen melalui pengalaman yang kita peroleh selama bergaul di masyarakat dan melalui riset atau penelitian pasar. Kegiatan lain yang dilakukan oleh manajer pemasaran adalah mengujicobakan beberapa produk barunya pada berbagai kelompok konsumen.

8.2. KOMPONEN PEMASARAN SOSIAL

Pada garis besarnya pemasaran terbagi menjadi 2 yaitu:

1. Komponen terkendali 4P – 1C
2. Komponen diluar kendali

Komponen terkendali (4P-1C)

Agar pemasaran berhasil, perlu dikembangkan 4P yang disebut sebagai bauran pemasaran. Untuk mengembangkan 4P tersebut kita harus mengetahui terlebih dahulu ciri-ciri atau kebutuhan konsumen. Ciri-ciri tersebut antara lain :

1. **Konsumen (Consumer)**

Adalah ibu hamil dan menyusui kelompok sasaran meliputi :

- Sasaran primer : orang yang kita harapkan berubah kebiasaannya. Dalam hal ini ibu hamil dan menyusui
- Sasaran sekunder : orang yang akan dilibatkan dalam penyampaian pesan. Misalnya suami dan orang tua
- Sasaran tersier : sasaran penunjang yang turut menentukan keberhasilan program. Misalnya para pengambil keputusan, penyanggah dana dan pihak yang berpengaruh

2. **Produk (product)**

Produk merupakan titik sentral dari kegiatan pemasaran. Produk tidak selalu berbentuk benda yang bisa dilihat dan diraba. Produk dalam pemasaran sosial KIA adalah jasa pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada ibu hamil ibu menyusui dan bayi. Jasa tersebut berupa pemeriksaan kehamilan patologi persalinan, penyuluhan kepada ibu tentang perawatan kehamilan, perawatan bayi dan sebagainya.

Jasa pelayanan KIA harus diwujudkan atau dikembangkan berdasarkan keinginan dan kebutuhan konsumen, misalnya bidan dalam memberikan pelayanan atau pemeriksaan dilakukan dengan ramah dalam menyampaikan penyuluhan bagaikan seorang ibu bijaksana sedang menasehati anaknya, memberi petunjuk pemeliharaan kehamilan

3. **Harga (Price)**

Dasar pemasaran adalah tukar menukar, artinya konsumen mengeluarkan sejumlah biaya untuk memperoleh produk tersebut. Dalam menetapkan harga/ imbalan jasa harus diperhatikan faktor-faktor berikut:

- Apakah tingkat imbalan biaya dapat dijangkau pasien
- Berapa harga yang ditetapkan oleh bidan lainnya

- Apakah harga konsumen / pasien merasakan keuntungan yang diperoleh dari harga yang harus dibayar
- Kemampuan pasien untuk membeli jasa yang ditawarkan

Harga yang harus dibayar dalam pemasaran sosial sangat bervariasi, dipengaruhi oleh unsur pemasaran sosial misalnya, disuatu rumah bersalin ada tingkatan kelas perawatan yaitu kelas I dan II.

4. Tempat (*Place*)

Tempat yang dimaksud adalah dimana pelayanan kebidanan diperoleh misalnya di polindes atau panggilan ke rumah. Yang terpenting dalam pelayanan kebidanan adalah dimana pelayanan KIA dapat diperoleh ditempat yang menurut ketentuan kesehatan dan waktu yang tepat. Pasien diberitahukan bila terdapat komplikasi dan harus dirujuk ke puskesmas perawatan dan rumah sakit. Kendala geografis, transportasi dan komunikasi pun perlu diantisipasi sebelumnya.

5. Promosi (*Promotion*)

Kegiatan memberi kesadaran kepada pasien tentang kebutuhan perawatan atau pentingnya pelayanan kesehatan ibu dan anak, sehingga ibu mau datang ke tempat pelayanan kesehatan atau memanggil bidan untuk diberikan pelayanan kesehatan. Komponen diluar kendali :

Selain dari faktor 4P dan C yang telah diuraikan diatas yang merupakan unsur yang terkendali, pemasaran dipengaruhi pula oleh kekuatan – kekuatan atau unsur diluar kendali. Unsur diluar kendali antara lain :

- Persaingan
Persaingan pada umumnya akan beraksi terhadap pemasaran yang akan dilakukan pihak lain. Untuk itu kita harus mengetahui atau mencari data tentang kelebihan atau kelemahan pesaing, sehingga kita harus mengantisipasinya. Yang terpenting untuk keberhasilan promosi maka kita harus mewujudkan pelayanan dengan baik, misal dengan memberikan pelayanan tanpa membentak pasien dan keluarganya.
- Lingkungan budaya
Di Indonesia terdiri dari berbagai macam suku dengan beragam sosial budayanya, gaya hidup dan perilkaunya yang berbeda. Untuk itu kita harus dapat menyesuaikan diri dengan sosial budaya setempat.
- Peraturan perundangan
Ada berbagai kebijakan atau peraturan perundang – undangan yang berkaitan dengan pemasaran produk barang dan jasa kesehatan. Peraturan tersebut banyak memberi perlindungan terhadap pangsa pasar, asal digunakan sesuai ketentuan .

- **Institusi**
Institusi dalam hal ini adalah badan – badan organisasi masyarakat yang berada dan berhubungan dengan pelayanan kesehatan yaitu :IBI, IDI.
- **Komunikasi dan hubungan masyarakat**
Sebagian besar keberhasilan pemasaran tergantung kepada kecakapan dalam berkomunikasi. Jika komunikasi tidak efektif, penjualan jasa/ barang tidak dapat meyakinkan konsumen untuk membeli sehingga tidak terjadi pertukaran.

Perbedaan Pemasaran Komersial Dengan Pemasaran Sosial

Pemasaran Sosial	Pemasaran Komersial
Tujuan : Perubahan perilaku atau gaya hidup yang dituju relatif tidak mengesankan, merepotkan, tidak memiliki <i>reward</i> , imbalan yang langsung, konsumen sering merasa keberatan merubah perilaku yang sudah berakar dalam kehidupannya, apabila perubahan tersebut dinilai berlawanan dengan kebudayaan.	Tujuan : Sasaran / konsumen berkompetisi menggunakan produk tersebut. Konsumen merasakan secara langsung dengan membeli produk, sehingga keinginan terpenuhi dan perusahaan mendapatkan keuntungan di bidang keuangan.
Target konsumen : Mereka yang membutuhkan perubahan perilaku	Target konsumen : Mereka yang sanggup membayar atau membeli produk
Promosi : Bertujuan terjadi perubahan perilaku dari mayoritas sasaran	Promosi : Sukses sekalipun sebagian sasaran menggunakan merek produk tersebut.

8.3. LANGKAH – LANGKAH PEMASARAN SOSIAL

Riset pasar

1. Sebelum anda menganjurkan untuk merubah perilaku, anda harus tahu bagaimana perilakunya sekarang dan bagaimana sikapnya terhadap perilaku yang dianjurkan
2. Apa yang kita gali ?
Menggali informasi dari masyarakat
3. Apa yang kita gali?
 - Pendapat ibu hamil atau masyarakat dan pengetahuan mereka tentang pentingnya pemeliharaan kesehatan dalam masa kehamilan
 - Tingkat keyakinan masyarakat atau ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan
 - Mengetahui tokoh masyarakat yang paling dihormati

4. Hal apa yang perlu digali ?
 - Kehidupan sehari – hari
Misal : mata pencaharian atau pendapatan dan perilaku yang mendukung hidup sehat
 - Interaksi ibu hamil atau ibu – ibu dalam masyarakat dengan kelompok kemasyarakatan
 - Kemana mereka pergi dalam pemeliharaan kehamilan dan pertolongan persalinan
 - Apakah mereka sering mendengar radio atau menonton TV,dll.
 - Peristiwa keagamaan atau kebudayaan setempat.
5. Dengan cara apa kita menggali ?
 - Wawancara baik formal maupun informal
 - Menanyakan pengalaman pada teman sejawat pada awal mereka bekerja.

Penyusunan strategi

1. Menentukan kelompok sasaran, meliputi :
 - Sasaran primer : orang kita harapkan berubah kebiasaannya (klien)
 - Sasaran sekunder : orang yang akan terlibat dalam penyampaian pesan (suami dan orangtua)
 - Sasaran tersier : sasaran penunjang yang turut menentukan keberhasilan program.
2. Berbagai perilaku dari tiap kelompok yang diharapkan
3. Sikap negatif terhadap perilaku yang diharapkan
4. Pendekatan yang disarankan untuk mengatasi hambatan
5. Penggunaan kata – kata dalam penyampaian pesan.
6. Berbagai saluran komunikasi yang ada untuk analisis selanjutnya.

Penetapan tujuan

1. Tujuan hasil yang diharapkan berdasarkan riset pasar atau didapat dari pengumpulan data dasar yang biasa dalam program KIA
2. Tujuan dibedakan menjadi 2 yaitu : tujuan dari aspek perilaku dan tujuan dari aspek pengetahuan.

Memilih pesan

1. Pesan yang disampaikan harus menimbulkan AIDA :
A : *Attention* (perhatian)
I : *Interes* (Minat)
D : *demand* (Keinginan)
A : *action* (tindakan)
2. Pembuatan pesan mencakup :
Isi pesan :
 - Pesan memberikan manfaat dan mencerminkan kualitas pelayanan
 - Menimbulkan emosi yang mendorong ibu untuk pergi ke bidan
 - Mengarahkan pandangan masyarakat tentang apa yang benar.
3. Format pesan
 - Pesan disusun sedemikian rupa
 - Dibedakan antara pesan melalui radio, media cetak, media elektronik.

Memilih media

Saluran komunikasi yang digunakan :

1. Saluran komunikasi pribadi melibatkan dua orang atau lebih .misal: percakapan antara bidan dengan pasien
2. Saluran ahli : TOMA (tokoh masyarakat) yang dipercaya oleh ibu menyatakan bahwa pemeriksaan ibu hamil adalah penting.
3. Saluran sosial : tetangga atau teman
4. Saluran media massa : melalui radio siaran pemerintah daerah atau penggunaan poster.

Uji coba

1. Mencoba mengujungi kelompok sasaran untuk dilakukan uji coba strategi. Misal: bila perilaku yang disarankan perlu dilaksanakan tiap hari, misal pemberian makanan pada anak, minta agar ibu melaksanakan selama 1 minggu. Bila perilaku yang dianjurkan hanya dilaksanakan sekali dalam sebulan misal menimbang anak di posyandu, minta agar ibu melaksanakan sekali atau dua kali dalam sebulan .
2. Setelah 1 minggu kita harus membicarakan hasilnya :
 - apakah ibu melaksanakan anjuran ?
 - apakah ibu kakan trsu melaksanakan ?
 - apakah mereka menemukan masalah strategi yang dianjurkan ?

- bagaimana masalah dan rasa keberatan itu bisa diatasi ?

Melaksanakan komunikasi

Melaksanakan kegiatan pemasaran yang mengajak sasaran untuk bertindak dan berperilaku sehat. Gunakan kaidah – kaidah dalam komunikasi efektif.

Pemantauan dan evaluasi

1. Apa yang perlu diperhatikan ?
2. kaji apa kelemahan dan keberhasilan pemasaran yang telah dilakukan
3. penilaian dapat dilihat dari aspek waktu, tepat waktu anda menawarkan atau menyiapkan pesan?
4. Apakah pesan dapat tersampaikan?
5. Apakah bpesan bisa dimengerti oleh kelompok sasaran?
 - Pemantauan dilakukan setiap 6 bulan
 - Titik utama uji coba pemasaran
6. Memantau dan memperbaiki kegiatan komunikasi yang diperlukan dan ditemukan dalam proses pengalaman, apa saluran komunikasi dan pesan yang paling efektif untuk mencapai tujua program?

8.4. FAKTOR – FAKTOR PENENTU DALAM PEMASARAN SOSIAL

Manajemen

1. Diperlukan seoarnng manajer yang bertanggung jawab penuh terhadap pelaksanaan kegiatan secara menyeluruh
2. Keterampilan yang harus dimiliki manajer
 - Memahami betul pola kegiatan yang akan dilaksanakan
 - Mengerti sifat – sifat kelompok sasaran terhadap program yang akan dilaksanakan
 - Memiliki kemampuan dan keterampilan mengorganisasi
 - Memiliki kemampuan dan pengetahuan tentang riset, perencanaan media dan untuk menganalisis laporan penelitian
 - Memiliki kemampuan mengawasi penggunaan biaya dan pelaksanaan kegiatan

Konsumen

1. Orientasi sepenuhnya harus pada konsumen

2. Penyusunan pesan, bagaimana pesan itu disampaikan, saluran komunikasi apa yang diperlukan harus berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap konsumen
3. Konsumen merupakan titik tolak semua unsur kegiatan pemasaran

Kelompok Sasaran

1. Semua program komunikasi yang berhasil menunjukkan pesan – pesan ditunjukkan langsung pada kelompok sasaran tertentu
2. Misal : “pada usia tertentu anak – anak perlu memperoleh imunisasi”
Pesan – pesan tentang imunisasi harus khusus ditujukan kepada anak – anak di usia tersebut

Identitas

1. Produk atau pelayanan yang dipromosikan harus memilih identitas yang jelas.
Misal :” sayuran baik untuk akan – anak “ tidak memberi identitas yang jelas “ sayuran mengandung vitamin yang menyehatkan : memberikan identitas yang jelas pada sayur itu.

Manfaat

1. Produk atau pelayanan kesehatan yang dipromosikan sebagai sesuatu yang memberikan manfaat atau keuntungan yang jelas dan nyata.
Misal: “poster yang berbunyi :datanglah ke posyandu dan timbanglah anak anda” tidak akan memberi manfaat yang berarti.

Biaya

1. Promosi yang harus dipertimbangkan agar produk pelayanan yang dipasarkan bisa dijangkau konsumen
Misal : “keluarga berencana (KB) tidak akan berhasil bila konsumen tidak mampu memperoleh kontrasepsi.

Ketersediaan Produk

1. Promosi tidak akan berhasil bila produk atau pelayanan yang dipromosikan tidak bisa diperoleh
2. Promosi oralit, bila oralitnya tidak mudah diperoleh maka promosi tidak akan efektif dan hanya akan menimbulkan pemborosan.

Saluran Komunikasi

Paduan media tergantung pada saluran komunikasi baik komunikasi secara langsung maupun tidak langsung melalui pelaksanaan di jajaran kesehatan dan masyarakat yang bisa diperoleh secara ekonomis dan mantap

Pemantauan Dan Perbaikan

1. Penentuan dilakukan setelah program dilaksanakan
2. Pemantauan selanjutnya dilaksanakan setiap 3, 6 atau 12 bulan, tergantung pada besar dan luasnya program untuk mengetahui kegiatan lapangan dan pengukuran hasil yang sudah dicapai

Evaluasi

Evaluasi dilakukan di akhir program bila jangka waktu program sudah ditentukan atau dilakukan setiap bulan bila programnya berjangka panjang.

Bab 9

BODY OF KNOWLEDGE ILMU KEBIDANAN (MIDWIFERY)

Kebidanan (*midwifery*) adalah suatu tinjauan keilmuan yang memandang bahwa proses “*childbirth*” adalah proses fisiologis dan normal, yang tidak hanya berhubungan dengan aspek biologis saja namun juga berhubungan dengan seluruh aspek lainnya (sosial, budaya, psikologikal, emosional, spiritual) dalam kehidupan perempuan sebagai manusia seutuhnya. Tinjauan keilmuan tersebut disusun kedalam suatu disiplin ilmu yang terkait dengan pengetahuan yang menyangkut interaksi ilmu-ilmu *Human ecology*, *Reproductive Biology*, *Development Biology*, serta *Social Sciences* yang memberikan gambaran landasan disiplin ilmu kebidanan secara integral membentuk *Body of Knowledge*.

Tinjauan keilmuan tersebut disusun berdasarkan beberapa pemikiran a.l.

1. Dalam ***Historical perspectives***, Donnison, 2004 dalam Jacob, et al: 2008:55 menyatakan bahwa “*Midwifery was seen as a historic art and an ancient calling with sculptures and references made in ancient texts*”. Dalam pengantar bab pertama bukunya “*Midwifery*” Seller, 1993: xxxvii menuliskan bahwa “*Midwifery is one of the oldest professions in the world. From the beginning of the human race, women have needed someone to assist them in the birthing process.*”
2. Dalam **Sosiological perspectives** disebutkan Hasil riset sosiology tentang makna dari konsep “BIRTH” diterjemahkan oleh para ahli sosiology menjadi beberapa pendapat (dikutip dari Sweet et al: 1997:995)
“*Childbirth is a socially significant and universal event and the different meanings that are ascribed to it vary over periods of time and between cultures. Herein, cultures does not solely refer to the practices, values, and attitudes of racial groups but also to cultures*

within and between the occupational groups of midwives and obstetricians (Arney, 1982; Kitzinger et al, 1990)”

3. Dalam *Antropological perspectives* Ludovici (1937:8) and Abraham Van der Mark (1993:173) menuliskan bahwa di dunia Ini terdapat dua pandangan tentang proses “childbirth” :

“First, childbirth is an illness and a painful process. This theory assumes that “Pregnancy is essentially a state of disease lasting nine months, and that childbirth, with its sequel of a few weeks or a life time of invalidism, is the catastrophic climax of the disease”. These views will influence the society’s ways on treating the mother during pregnancy and labour.

Secondly, childbirth is a natural process, painless and even pleasurable. Unlike the first theory. This second theory argues that “this abnormality is not essential and can even now be removed”. These views think that labour is the natural process for women. These two different views are related to the feeling of pain and death that frequently appear in the labour process. Thus, these views are influenced by the cultural background of the mother, and have different expectations and meaning given to the labour process.”

Kebidanan (*midwifery*) adalah suatu tinjauan keilmuan yang memandang bahwa proses “childbirth” adalah proses fisiologis dan alamiah, yang tidak hanya berhubungan dengan aspek biologis saja namun juga berhubungan dengan seluruh aspek lainnya (sosial, budaya, psikologikal, emosional, spiritual) dalam kehidupan perempuan sebagai manusia seutuhnya. “*Whereas today obstetricians see birth as a medical event, the midwife views it as a normal, physiological process*” (Seller, 1993).

4. Hasil riset gabungan berbagai negara mengenai ilmu kebidanan (*midwifery*) dan profesi bidan (*midwives*) yang dikeluarkan oleh WHO dalam “16 Recommendation that **birth is not an illness**”

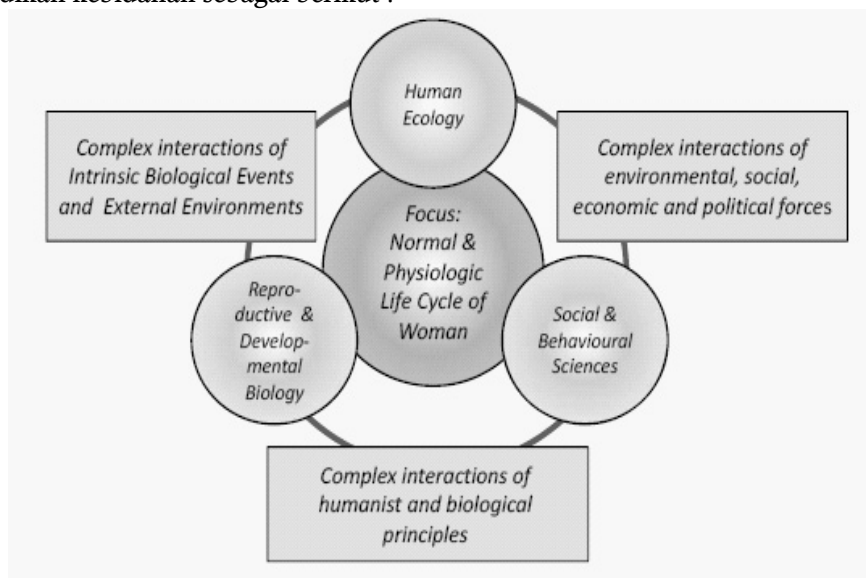
World Health Editorial menuliskan “*Women’s health and well being are of the most importance, both for women themselves and for the next generation. The recent united nations Conferences in Cairo and Beijing emphasized the right of women to give birth safely as an indispensable part of reproductive health...*

Pregnancy and childbirth are a natural process but no one is free from risk . In many parts of the world women still suffer and die unnecessarily because they do not have acces to essential health services ...

...Safe birth does not demand sophisticated technology. The services needed are simple, but making them available to all women calls for political commitment, high priority in resource allocation, and a consistent strategy at national and local level... (World Health :50 years No.2, March – April 1997).

5. Para ahli anatomi fisiologi juga menyatakan bahwa proses hamil dan persalinan terjadi secara fisiologis-alamiah. Ras manusia sudah dibekali, sejak penciptaannya dengan anatomi dan fisiologi tubuh yang luar biasa untuk menjaga kelangsungan ras manusia. Anatomi dan fisiologi tubuh manusia merupakan penciptaan yang paling sempurna untuk sebuah proses reproduksi dibanding makhluk hidup lain di muka bumi seperti hewan dan tumbuhan.

Pernyataan-pernyataan diatas dengan jelas menyimpulkan bahwa proses hamil dan melahirkan adalah suatu hal yang alamiah dan fisiologis, maka hal inilah yang menjadi landasan body of knowledge pendidikan kebidanan. Bagan body of knowledge pendidikan kebidanan sebagai berikut :



Fokus pada Birth : childbearing & childrearing
Mason, John, 2003; Modifikasi Pokja IBI dan AIPKIND, 2009
Gambar 2.1.3 : “Body of Knowledge” dan disiplin Ilmu Kebidanan

Gambar 2.1.3, menjelaskan bahwa: asuhan kebidanan berfokus pada siklus kehidupan perempuan yang normal dan alamiah dengan “*childbearing* dan *childrearing*” sebagai intinya. Siklus kehidupan perempuan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti ekologi manusia, biologis reproduksi dan biologis perkembangan, ilmu-ilmu sosial dan perilaku. Ketiga faktor tersebut juga saling berinteraksi dan berkaitan dapat membentuk berbagai interaksi yang kompleks dalam mempengaruhi proses “*childbearing* dan *childrearing*”.

Disiplin Ilmu Kebidanan dikembangkan dari ilmu-ilmu dasar yang berperan dalam kajian interaktif itu antara lain *Human Ecology*, *Reproductive Biology*, *Development Biology*, Serta *Social and Behavioral Sciences*. Interaksi yang kompleks antara Human ecology dengan interaksi eksternal masalah-masalah sosial, ekonomi, lingkungan, dan bahkan politik. Hal ini menunjukkan bahwa momentum dalam siklus perempuan tidak selalu normal sehingga seorang bidan harus mampu melakukan deteksi dini, penanganan awal kegawatdaruratan, kolaborasi, advokasi dan merujuk bila perlu.

Reproductive dan *Development Biology* memberikan gambaran interaksi peristiwa biologis yang terjadi secara internal dalam diri perempuan. Proses internal ini dipengaruhi oleh proses eksternal yang merupakan kondisi lingkungan saat itu. Hal ini sejalan dengan Interaksi *Human Ecology* dan *Social* serta *Behavioral Sciences* yang menunjukkan bahwa kehamilan, persalinan, kelahiran, dan postnatal, terutama pada proses “*childbearing* dan *childrearing*” terjadi optimalisasi interaksi lingkungan manusia (keluarga dan masyarakat) dan perilakunya.

Model - model asuhan kebidanan kepmenkes (369/2007):

1. Asuhan yang berpusat berpusat pada perempuan
2. Sensitive gender
3. Holistic dan invidual : memandang pasien / klien / perempuan sebagai satu kesatuan utuh (fisik, psiko- sosio-cultural and spiritual) dengan keunikan masing – masing individu.
4. Partnership : bidan dan perempuan kedudukannya setara, fungsi bidan memberdayakan perempuan dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan dirinya.
5. Continuity of care : Asuhan yang berkesinambungan,
6. Asuhan yang berlandaskan bukti (evidence based practice)

Kebutuhan akan adanya Tenaga Profesional Bidan

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan Berisi pentingnya kesehatan bagi masyarakat dan aturan sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah sakit Sumber daya manusia dalam memberikan pelayanan rumah sakit salah satunya adalah tenaga keperawatan (yang terfiri dari perawat dan bidan).
3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan. Bab II pasal 2 menyatakan bahwa tenaga keperawatan meliputi perawat dan bidan.

4. Permenkes 1796 tahun 2011 (perubahan 161) tentang registrasi tenaga kesehatan. Registrasi tenaga kesehatan pasal 2 dan 3 disebutkan bahwa setiap tenaga kesehatan yang akan menjalankan pekerjaan keprofesiannya wajib memiliki surat tanda registrasi (STR).
5. Keputusan Menkes RI Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan; bertujuan menjamin pelayanan yang aman dan berkualitas dan sebagai landasan untuk standarisasi perkembangan profesi.
6. Keputusan Menkes RI Nomor 938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan dalam memberikan asuhan kepada klien di setiap tingkat fasilitas pelayanan kesehatan diperlukan adanya standar asuhan kebidanan.
7. Keputusan Menkes RI Nomor 1464/ tahun 2010 Tentang Ijin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Pengaturan ruang lingkup penyelenggaraan pelayanan kebidanan dan kewenangan bidan. Pada penyelenggaraan praktik, bidan harus mengajukan kepada pemerintah (dinas kesehatan propinsi) setelah mendapat rekomendasi dari Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Rekomendasi ini diperoleh setelah IBI mengadakan penilaian atas penguasaan ilmu, keterampilan dan kepatuhan terhadap kode etik profesi Bidan.
8. Keputusan Menpan RI No 01 tahun 2008 tentang jabatan fungsional bidan dan angka kreditnya. Dan Keputusan Menpan RI No 9 Tahun 2010 Tentang Tunjangan Fungsional Bidan).
9. UU No 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi
10. Permen Dikbud No 049 tahun 2014 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
11. Permendikbud No 73 tahun 2013 tentang Penerapan kerangka
12. Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) Bidang Pendidikan Tinggi.
13. UU No 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan

Bab 10

MODEL PRAKTIK BIDAN

10.1. MODEL PRAKTIK PROFESI BIDAN

Perempuan sebagai pusat Asuhan

1. Perempuan dilibatkan dalam perencanaan asuhan dan pengambilan keputusan
2. Asuhan sesuai dgn harapan perempuan
3. Mendiskusikan efek asuhan terhadap perempuan mengenai implikasi asuhan mempengaruhi perempuan dan bayinya

Menggunakan Praktik Terbaik

1. Mengetahui praktik terbaik tentang asuhan
2. Mengetahui bukti penelitian tentang asuhan
3. Justifikasi asuhan terbaik
4. Merefleksikan praktik terbaik

Respectful Treatment

1. Asuhan yang lembut dan menghargai klien
2. Menghargai keputusan klien
3. Kerelaan untuk mendukung rencana kelahiran
4. Mendampingi klien dengan sabar dan memenuhi kebutuhan klien.
5. Menghargai proses kelahiran
6. Menghargai pemilihan tempat bersalin

Perhatian terhadap klien

1. Menyediakan waktu yang cukup untuk menjawab pertanyaan saat ANC
2. Diskusi yg bermanfaat dalam menggali ketakutan dan kekhawatiran klien.
3. Memberi perhatian dalam membangun rasa saling percaya terhadap klien dan keluarganya.

10.2. MODEL PRAKTIK BIDAN

Model praktik Bidan memiliki 4 unsur sebagai berikut:

1. Primary Care
Kehamilan dan persalinan adalah kehidupan-tahap normal bagi kebanyakan perempuan, dengan asuhan tambahan yang sesuai dan tersedia untuk para perempuan yang memerlukannya.
Prinsip asuhan primer :
 - Asuhan Kesinambungan
 - Manajemen & dan pelayanan oleh komunitas
 - Sifatnya Umum, mudah diakses, dan adil
 - Bekerja sama dengan masyarakat lokal
2. Continuity of Care
3. Collaborative Care
 - Inter profesional
 - Pelayanan RS
 - Pelayanan di Puskesmas
 - Di rumah
 - Polindes
4. Partnership
 - Bidan memberi dukungan kepada perempuan untuk membuat keputusan tentang asuhan dirinya.
 - Semua hal yang berkaitan dengan asuhan harus dengan persetujuan perempuan
 - Partnership menunjukkan profesional status dan bidan

ANC yang Berkualitas

1. Perkembangan janin seringkali terfokus pada keadaan fisik → pemuaihan uterus.
2. Kurang menjadi perhatian faktor2 yang mempengaruhinya (hormon, dsb)
3. Faktor penting → status emosional ibu hamil

4. Gangguan emosional → mempengaruhi perkembangan janin dan berefek jangka Panjang

Dukungan Persalinan

1. Sederhana
2. Efektif
3. Murah
4. Resiko rendah
5. Kemajuan persalinan bertambah baik
6. Hasil persalinan bertambah baik

10.3. METODE-METODE DUKUNGAN PERSALINAN

Asuhan dan dukungan bagi ibu

1. Orang yang memberi dukungan persalinan (pendamping persalinan)
2. Mengatur posisi
3. Latihan relaksasi dan pernafasan
4. Istirahat dan privasi
5. Penjelasan proses dan kemajuan serta prosedur
6. Asuhan fisik – perawatan mulut, hydrotherapi, lingkungan bersih dan kering, handuk lembab.
7. Sentuhan

Mempertahankan kehadiran Pendamping Persalinan

1. Informed consent pendamping
2. Pendamping yang diinginkan- suami, anak, calon kakak
3. Mengurangi reaksi negatif emosional dan atau reaksi fisik wanita terhadap rasa sakit

Massage

1. Resiko terhadap pasien rendah
2. Murah dan mudah melakukannya
3. Memperpendek waktu persalinan
4. Massage membuat tubuh menjadi relaks
5. Relaksasi menyebabkan produksi oksitocin menjadi lancar → tidak terjadi inertia uteri
6. Stress meningkatkan produksi hormon adrenalin yang menekan produksi oksitocin

Hydrotherapy

1. Menciptakan relaksasi menghindari agar ibu tidak stres
2. Intervensi yang digunakan untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan air.
3. Resiko terhadap pasien rendah
4. Dapat dilakukan dengan menggunakan Shower atau berendam air hangat dalam bak.
5. Membantu membuat pelvis rileks
6. Situasi pelviks yang rileks mempercepat pembukaan serviks.

Hypnotherapy

1. Relaksasi yang tercipta dengan berlatih terhadap sesuatu kegiatan yang berulang.
 - Mengatakan kalimat yang menyenangkan
 - Aroma terapi
2. Suasana relaks dapat mengurangi rasa nyeri dan stress sehingga produksi oksitocin menjadi lancar
3. Resiko terhadap pasien rendah
4. Mengurangi rasa nyeri dalam persalinan
5. Memperpendek lama persalinan

Aromaterapi frequently used in the stages of labor

1. Function to promote contractions
 - Lavender
 - Jasmine
 - Juniper
 - Peppermint
2. Relaxing effects (sedative painkilling effects)
 - Lavender
 - Orange sweet
 - Roman chamomile
 - Bergamot

Posisi Persalinan

1. Gravitasi : posisi lebih baik untuk melewati panggul
2. Mengurangi risiko Kompresi aorta ibu – O2 lebih baik untuk bayi.
3. Uterus berkontraksi lebih kuat

4. Bukti X-ray -outlet panggul lebih luas dalam jongkok dan posisi berlutut/ tangan-lutut.

Privasi sebagai bentuk dukungan persalinan

1. Menjaga privasi pasien selama proses kelahiran bayi mulai dari Kala I hingga kala IV sangatlah penting dilakukan untuk memenuhi kenyamanan pasien
2. Ruang terpisah memiliki peran penting dalam proses persalinan
3. Ruang bersalin “*hommy*” layaknya rumah sendiri (tidak terlalu terang, peralatan “aneh” tidak banyak, didampingi keluarga

Penundaan pemotongan tali pusat

1. Pada persalinan kala III, selama tali pusat masih berdenyut, 75-125 ml darah masih dapat dialirkan dari plasenta ke bayi.
2. Darah tambahan ini diperlukan untuk sirkulasi paru yang baru terbentuk
3. Pengkleman tali pusat yang terlalu cepat akan mengurangi jumlah darah yang dialirkan ke bayi.
4. Menyebabkan terjadinya sindrom distress pernapasan dan memburuknya kondisi bayi yang lahir dengan Hb rendah.

Pendidikan Profesi Bidan merupakan pendidikan yang mempersiapkan lulusan menguasai kompetensi yang dipersyaratkan sesuai sebagai seorang bidan ahli profesional, bekerja secara mandiri, mampu mengembangkan diri dan beretika. Kemajuan ilmu pengetahuan, teknologi serta tuntutan masyarakat yang semakin kritis terhadap pelayanan kebidanan yang diberikan oleh bidan memberikan konsekuensi kepada lulusan pendidikan bidan untuk meningkatkan *hard skill*, *soft skill* dan pengetahuannya serta bertindak sesuai kompetensi dan kewenangannya. Bahwa setiap lulusan dari Pendidikan Profesi Bidan dikualifikasikan dalam kelompok bidang keahlian profesi spesifik level 7.

Profil atau Karakteristik Lulusan Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan; (1) Care Provider : Kemampuan memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dan profesional yang berfokus pada keunikan perempuan, untuk mencapai reproduksi sehat, pencapaian peran ibu dan kualitas masa pengasuhan anak. Asuhan kebidanan berfokus pada upaya promosi, edukasi dan konseling termasuk deteksi dini masalah dan komplikasi, penanganan awal kegawatdaruratan, rujukan, konsultasi dan kolaborasi. (2) Communicator : Lulusan profesi bidan berperan sebagai komunikator dalam memberikan informasi dan edukasi, mengkomunikasikan kebijakan, menyampaikan argumen/pemikiran atau karya inovasi yang bermanfaat bagi keluarga, masyarakat dan pengembangan profesi. (3) Community Leader : Lulusan profesi bidan

berperan sebagai penggerak dan pemberdaya masyarakat untuk peningkatan kualitas hidup masyarakat khususnya perempuan, ibu dan anak dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya yang tersedia. (4) Decision Maker : Lulusan profesi bidan berperan sebagai pengambil keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, etis, dan sistematis. (5) Manager : Lulusan Profesi bidan berperan sebagai pengelola pada layanan kesehatan ibu anak, kesehatan reproduksi perempuan, keluarga berencana dengan memperhatikan potensi dan sumber daya secara efektif efisien.

Sebagai *care Provider* bidan harus mampu menyediakan asuhan dengan model praktik bidan yang komprehensif. yang mengacu pada filosofi kebidanan, *partnership, normality birth* serta *continuity of care*. Filosofi kebidanan adalah keyakinan setiap bidan yang digunakan sebagai kerangka berfikir dalam memberikan asuhan kebidanan kepada klien. Bidan diharapkan dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan sesuai dengan standard pelayanan kebidanan, serta berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan dan perbedaan budaya.

Filosofi kebidanan merupakan keyakinan / pandangan hidup bidan yang digunakan sebagai kerangka fikiran dalam memberikan asuhan kepada klien, yaitu:

1. Keyakinan tentang kehamilan dan persalinan adalah hal yang normal (*Normality Concept*)
2. Keyakinan tentang perempuan
3. Keyakinan mengenai fungsi profesi dan pengaruhnya
4. Keyakinan tentang pemberdayaan dan membuat keputusan (*Empowering women*)
5. Keyakinan tentang asuhan berkelanjutan (*Continuity of Care*)
6. Keyakinan tentang kolaborasi dan kemitraan (*Partnership*)
7. Keyakinan tentang fungsi profesi dan manfaatnya

Dalam hal ini, untuk mewujudkan asuhan yang sesuai dengan filosofi bidan di lingkungan akademik prodi s1 kebidanan dan prodi profesi bidan, perlu dibuat suatu wahana praktik yang dapat mengakomodir kriteria di atas. Karena dengan mempunyai lulusan mengaplikasikan asuhan kebidanan yang sesuai dengan filosofi kebidanan diharapkan dapat membentuk karakter lulusan pendidikan profesi bidan Fakultas Kedokteran ini. Sehingga dapat menjadi suatu pembiasaan dan mendarah daging dalam jiwa lulusan agar menjadi bidan yang sesuai dengan filosofi kebidanan.

10.4. CONTINUITY OF CARE

Bidan diakui sebagai seorang profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel yang bekerja dalam kemitraan dengan wanita selama kehamilan, persalinan dan periode postpartum dan untuk melakukan kelahiran merupakan tanggungjawab bidan dan untuk memberikan perawatan pada bayi baru lahir. (definisi ICM tahun 2005)

College Australia Bidan berpendapat bahwa adalah hak setiap wanita hamil memiliki akses ke kesinambungan perawatan oleh bidan yang dikenal mulai dari kehamilan, persalinan dan periode pasca kelahiran awal. Bidan adalah penyedia layanan utama yang paling tepat bagi ibu dan bayi baru lahir yang sehat dan mampu merujuk untuk perawatan medis spesialis jika diperlukan. Perawatan berkesinambungan adalah strategi kesehatan yang efektif primer memungkinkan perempuan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan mereka dan perawatan kesehatan mereka. Bidan yang memenuhi syarat untuk bekerja di model kesinambungan perawatan dalam berbagai pengaturan, termasuk rumah sakit umum dan swasta, layanan masyarakat, pelayanan kesehatan pedesaan dan daerah terpencil dan praktek swasta.

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

1. Mengembangkan hubungan yang baik dengan pasien sejak hamil
2. Mampu memberikan pelayanan yang aman secara individu
3. Memberikan dukungan pada pasien dalam persalinan
4. Memberikan perawatan yang komprehensif kepada ibu dan bayi

Tipe Pelayanan Asuhan Kebidanan

1. Independent Midwife/ PMB
Center pelayanan kebidanan berada pada bidan, dimana bidan memberikan asuhan kebidanan secara normal dan asuhan kebidanan “bisa diberikan” dalam wewenang dan batas yang jelas. Sistem rujukan dilakukan apabila ditemukan komplikasi atau resiko tinggi kehamilan. Rujukan ditujukan pada sistem pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.
2. Obstetrician and Gynecological Care
Center pelayanan kebidanan berada pada SpOG. Lingkup pelayanan kebidanan meliputi fisiologi dan patologi. Rujukan dilakukan pada tingkat yang lebih tinggi dan mempunyai kelengkapan sesuai dengan yang diharapkan.

3. Public Health Center/ Puskesmas
Center pelayanan kebidanan berada pada team antara bidan dan dokter umum. Lingkup pelayanan kebidanan meliputi fisiologi dan patologi sesuai dengan pelayanan yang tersedia. Rujukan dilakukan pada system yang lebih tinggi
4. Hospital
Center pelayanan kebidanan berada pada team antara bidan dan SPOG. Lingkup pelayanan kebidanan meliputi fisiologi dan patologi yang disesuaikan dengan pelayanan kebidanan yang tersedia. Rujukan ditujukan pada rumah sakit yang lebih tinggi tipenya.
5. Rumah Bersalin
Center pelayanan kebidanan berada pada team antara bidan dan SPOG sebagai konsultan. Lingkup pelayanan kebidanan meliputi fisiologi dan patologi yang disesuaikan dengan pelayanan yang tersedia. Rujukan ditujukan pada system pelayanan yang lebih tinggi.

10.5. MACAM-MACAM ASUHAN KEBIDANAN

Secara definitif, asuhan kebidanan dapat diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu ibu atau anak balita. Bentuk dari asuhan kebidanan adalah pelayanan kebidanan. Pelayanan kebidanan dapat diartikan sebagai kegiatan layanan dalam bentuk bantuan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan keprofesian dan kewenangan yang diterimanya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga. Macam-macam asuhan kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Asuhan kebidanan pada ibu hamil, melahirkan, nifas dan menyusui
2. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dan balita
3. Asuhan kebidanan pada ibu hamil, melahirkan dengan risiko tinggi
4. Asuhan kebidanan pada remaja wanita sebagai calon ibu
5. Asuhan kebidanan pada keluarga berencana
6. Asuhan kebidanan pada wanita dalam masa pranikah dan dengan gangguan reproduksi

10.6. PRINSIP-PRINSIP POKOK ASUHAN KEHAMILAN

Kehamilan dan kelahiran adalah suatu proses yang normal, alami dan sehat. Sebagai bidan kita meyakini bahwa model asuhan kehamilan yang membantu serta melindungi proses kehamilan & kelahiran normal adalah yang paling sesuai bagi sebagian besar

wanita. Tidak perlu melakukan intervensi yang tidak didukung oleh bukti ilmiah (evidence-based practice).

1. Pemberdayaan.

Ibu adalah pelaku utama dalam asuhan kehamilan. Oleh karena itu, bidan harus memberdayakan ibu (dan keluarga) dengan meningkatkan pengetahuan & pengalaman mereka melalui pendidikan kesehatan agar dapat merawat dan menolong diri sendiri pada kondisi tertentu. Hindarkan sikap negatif dan banyak mengkritik.

2. Otonomi.

Pengambil keputusan adalah ibu & keluarga. Untuk dapat mengambil suatu keputusan mereka memerlukan informasi. Bidan harus memberikan informasi yang akurat tentang resiko dan manfaat dari semua prosedur, obat-obatan, maupun test/pemeriksaan sebelum mereka memutuskan untuk menyetujuinya.

Bidan juga harus membantu ibu dalam membuat suatu keputusan tentang apa yang terbaik bagi ibu & bayinya berdasarkan sistem nilai dan kepercayaan ibu/keluarga.

3. Tidak membahayakan

Intervensi harus dilaksanakan atas dasar indikasi yang spesifik, bukan sebagai rutinitas sebab test-test rutin, obat, atau prosedur lain pada kehamilan dapat membahayakan ibu maupun janin. Bidan yang terampil harus tahu kapan ia harus melakukan sesuatu dan intervensi yang dilakukannya haruslah aman berdasarkan bukti ilmiah.

4. Tanggung jawab

Asuhan kehamilan yang diberikan bidan harus selalu didasari ilmu, analisa, dan pertimbangan yang matang. Akibat yang timbul dari tindakan yang dilakukan menjadi tanggungan bidan. Pelayanan yang diberikan harus berdasarkan kebutuhan ibu & janin, bukan atas kebutuhan bidan. Asuhan yang berkualitas, berfokus pada klien, dan sayang ibu serta berdasarkan bukti ilmiah terkini (praktek terbaik) menjadi tanggung jawab semua profesional bidan.

Tujuan Asuhan Kehamilan

Tujuan utama ANC adalah menurunkan/mencegah kesakitan dan kematian maternal dan perinatal. Adapun tujuan khususnya adalah :

1. Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu & perkembangan bayi yang normal.
2. Mengenal secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan.

3. Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, dan logis untuk menghadapi kelahiran serta kemungkinan adanya komplikasi.

Hak-Hak Ibu Dalam Layanan ANC

Hak-hak ibu ketika menerima layanan asuhan kehamilan (Saifuddin, 2002), yaitu :

1. Mendapatkan keterangan mengenai kondisi kesehatannya.
2. Informasi harus diberikan langsung kepada klien (dan keluarganya).
3. Mendiskusikan keprihatinannya, kondisinya, harapannya terhadap sistem
4. pelayanan, dalam lingkungan yang dapat ia percaya. Proses ini berlangsung secara pribadi dan didasari rasa saling percaya.
5. Mengetahui sebelumnya jenis prosedur yang akan dilakukan terhadapnya.
6. Mendapatkan pelayanan secara pribadi / dihormati privasinya dalam setiap pelaksanaan prosedur.
7. Menerima layanan senyaman mungkin.
8. Menyatakan pandangan dan pilihannya mengenai pelayanan yang diterimanya.

Bentuk Pelaksanaan Model Praktik Bidan Di Klinik Pratama

Prenatal Yoga

Berikut merupakan manfaat dari prenatal yoga :

1. Fisik
Untuk membantu ibu meningkatkan energi dan stamina saat melahirkan mengurangi keluhan fisik akibat kehamilan seperti sakit pinggang, sakit punggung, atau nyeri di selangkangan membuat tubuh ibu bugar dan sehat
2. Mental
Membantu mengurangi stress pada ibu hamil meningkatkan kepercayaan diri ibu untuk melahirkan dengan lancar membantu pikiran menjadi lebih tenang dan rileks
3. Spiritual
Memperdalam ikatan batin antara ibu dan calon bayi membantu ibu untuk berkomunikasi lebih sering dengan calon bayi

Gentle Birth

Gentle birth merupakan istilah dari cara persalinan normal yang dilakukan dengan tenang sehingga bisa mengurangi rasa sakit. *Gentle birth* sering kali dilakukan dengan metode *hypnobirthing*. Metode ini merupakan kombinasi teknik hipnosis untuk membantu relaksasi dan akhirnya bisa mengurangi rasa takut, cemas, serta rasa sakit

saat proses persalinan. Karena teknik *gentle birth* membuat ibu yang melahirkan merasa lebih tenang, ada beberapa keuntungan yang bisa didapatkan dengan menerapkan teknik ini, yaitu:

1. Mempersingkat durasi persalinan
2. Membuat ibu lebih nyaman dan relaks selama persalinan.
3. Mengurangi rasa sakit, stres, dan tegang saat melahirkan.
4. Mengurangi kebutuhan obat-obatan penghilang rasa sakit saat persalinan.
5. Membantu mempercepat pemulihan trauma karena persalinan.

Gentle birth biasanya akan berhasil jika ibu hamil rutin melakukan rangkaian program pelatihan *gentle birth* sebelum masa persalinan. Maka dari itu, jika ibu memang ingin melakukan *gentle birth* melalui *hypnobirthing*, mulailah mencari dokter dan rumah sakit yang menyediakan layanan ini agar bisa terlatih dan dapat melahirkan sesuai dengan cara yang diinginkan

Home Birth

Meningkatnya penggunaan teknologi pada pelayanan perinatal, menyebabkan klien tidak diperlakukan sebagai subyek. Hal ini disadari betul oleh perawat, sehingga timbul gerakan persalinan natural yang menghendaki persalinan berfokus pada keluarga (*family centered*) sebagai pengganti model medis. Perhatian terhadap penggunaan teknologi di rumah sakit yang berlebihan, kurangnya keterlibatan keluarga dan kurangnya kontrol personal membuat klien mencari pertolongan persalinan di rumah sebagai pilihan (Phillips, 1999; Zwelling & Phillips, 2001). Berbagai metode, termasuk pada pendekatan Lamaze, Bradley, dan home-birth atau persalinan di rumah, yang menitik beratkan pada cara alami atau kurang mengandalkan teknologi medis (Cosans, 2004).

Mansfield (2008) menekankan pada kealamiah persalinan dan menunjukkan tiga jenis praktek sosial yang dijabarkan sebagai bagian integral pada persalinan natural, yaitu aktivitas selama persalinan, persiapan sebelum persalinan, dan dukungan sosial baik pada individu maupun pada konteks sosiokultural yang lebih luas. Persalinan natural ini banyak diminati para perempuan. Sebuah studi tentang pengalaman seorang edukator persalinan di Amerika Serikat melaporkan bahwa perempuan memilih persalinan natural karena menyukai tantangan. Mereka merasa mendapat kepuasan dengan situasi persalinan yang dianggap berat (Lothian, 2000).

Sebuah penelitian pada perempuan di Korea juga menyimpulkan bahwa para perempuan menginginkan praktek persalinan yang menjadikan mereka sebagai subyek. Praktek ini ditemukan apabila mereka melakukan persalinan natural (Lee & Park, 2012). Persalinan natural menitik beratkan cara alami dan kurang mengandalkan teknologi medis sehingga dapat dilakukan di rumah (Cosans, 2004).

Senam Hamil

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa senam hamil memiliki banyak manfaat bagi kesehatan tubuh ibu hamil, di antaranya meningkatkan energi, mengurangi stres, memperbaiki kualitas tidur, bahkan mengatasi berbagai keluhan saat hamil.

1. *Wall push-up*

Wall push-up merupakan jenis gerakan push-up yang dilakukan dengan cara berdiri dan bertumpu pada dinding. Gerakan ini sangat baik untuk menjaga kesehatan otot dan tulang.

Caranya, berdirilah menghadap dinding, dengan jarak 1 lengan dari dinding. Angkat kedua lengan lurus ke depan, selebar bahu. Tumpukan telapak tangan Anda pada dinding, lalu tekuk siku sambil mencondongkan tubuh ke depan hingga wajah Anda mendekati dinding. Ulangi gerakan ini minimal 10 kali.

2. *Step-up*

Step-up merupakan gerakan senam seperti naik tangga. Manfaatnya adalah untuk menguatkan otot bokong, tungkai, dan kaki.

Untuk melakukan gerakan ini, berdirilah di lantai lalu naik satu langkah ke anak tangga atau bangku kecil, kemudian turun kembali ke lantai. Lakukan dengan kaki kanan dan kiri secara bergantian. Ulangi gerakan ini semampunya.

3. *Tailor sit*

Gerakan ini bertujuan untuk meregangkan otot panggul dan paha. Jika dilakukan dengan benar dan teratur, gerakan ini dapat membantu mengurangi nyeri punggung bagian bawah. harus dalam posisi duduk bersila dengan lutut ditekuk dan telapak kaki saling berhadapan. Setelah itu, condongkan tubuh sedikit ke depan dan jaga agar punggung tetap lurus. Tahan selama beberapa detik, lalu kembali ke posisi semula.

4. Senam Kegel

Senam Kegel merupakan senam yang sangat baik bagi ibu hamil. Tujuan senam ini adalah untuk memperkuat otot panggul bagian bawah, termasuk kandung kemih, rahim, dan usus besar. Senam Kegel sangat mudah dan bisa dilakukan di mana saja, baik di rumah, di mobil, di angkutan umum, bahkan ketika sedang duduk di ruang tunggu dokter untuk pemeriksaan rutin kehamilan.

Caranya adalah dengan mengencangkan otot bagian bawah panggul seperti sedang menahan buang air kecil. Tahan selama beberapa detik, lalu lemaskan kembali otot tersebut.

Selain melakukan beragam gerakan senam hamil di atas, ada juga gerakan yoga untuk ibu hamil yang bermanfaat untuk merelaksasi dan mengurangi keluhan nyeri punggung. Bahkan, sebuah penelitian menunjukkan bahwa rutin melakukan yoga dapat

mempercepat persalinan. Jika memungkinkan, Anda bisa mengundang instruktur ke rumah untuk mengajarkan gerakan yoga yang benar dan aman untuk ibu hamil.

Hal terpenting yang perlu Anda pahami sebelum melakukan senam hamil di rumah adalah melakukan konsultasi terlebih dahulu dengan tenaga kesehatan, apalagi jika memiliki masalah dalam kehamilan. Dokter atau bidan akan menjelaskan mengenai gerakan senam yang boleh dilakukan sesuai kondisi kehamilan klien

Aromatherapy dalam persalinan

Nyeri persalinan dapat diatasi dengan menggunakan berbagai cara, yaitu dengan metode farmakologi dan metode nonfarmakologi. Aromaterapi merupakan salah satu metode non-farmakologi dalam mengurangi nyeri persalinan. Aromaterapi adalah seni dan pengetahuan menggunakan minyak tumbuhan esensial dalam terapi. Penggunaan aromaterapi tampaknya semakin marak berkembang sebagai suatu praktik (Henderson; Jones, 2006). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Karlina dkk (2014) pada primipara inpartu di BPM Fetty Fathiyah Kota Mataram, terdapat pengaruh dari pemberian aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif

Penyusunan Birth Plan

Kebanyakan orang tua muda hampir melupakan pentingnya *Birth Plan* pada proses persalinan nanti. Menurut saya, *Birth Plan* adalah salah satu hal penting yang harus difikirkan secara matang bagi setiap calon orang tua, terutama bagi pasangan yang akan menjadi orang tua baru.

Birth plan adalah sebuah cara yang bisa kita lakukan untuk dapat berkomunikasi dengan pihak-pihak lain yang terkait dengan proses persalinan nantinya. Baik itu bidan, dokter kandungan, suster, dokter anak, bahkan rumah sakit. *Birth Plan* akan memberikan penjelasan yang terperinci tentang hal-hal apa saja yang kita inginkan dan tidak kita inginkan. Diperlukan persiapan yang matang untuk memulai perancangan *Birth Plan* ini. Berikut beberapa hal yang saya lakukan:

1. Mengikuti kelas antenatal.

Kebanyakan dari pasangan suami istri tidak mengikuti kelas antenatal. Hal ini dikarenakan mereka tidak tahu apa itu kelas antenatal dan pentingnya mengikuti kelas ini, terutamanya untuk orang tua muda yang akan menghadapi proses atau fase baru. Biasanya ibu dan suami bisa mengikuti kelas antenatal yang dijalankan oleh rumah sakit atau klinik dimana akan bersalin nantinya.

2. Melakukan riset template *Birth Plan*.

Cukup banyak template *Birth Plan* yang bisa kita dapati di Internet. Dari sekian banyak *Birth Plan* yang dijumpai, salah satunya untuk melakukan Inisiasi Menyusui

Dini yang tidak mudah untuk dijalani jika tidak dipersiapkan ilmu terlebih dahulu mengenai IMD tersebut

3. Berkomunikasi dengan suami dan keluarga.


Dalam melakukan sebuah perencanaan tidak bisa hanya ibu saja yang berencana, namun peran suami dan juga orang tua yang lebih dahulu melewati masa itu juga harus diajak berdiskusi agar ditemukan hasil *birth plan* yang sesuai dengan kondisi ibu




Pemberian KIE secara berkala dan rutin

Secara berkala bidan akan memberikan edukasi kepada pasien dan para anggota kelas ibu yang telah dibentuk sebelumnya, Pemberian KIE ini diharapkan dapat menjadi salah satu tujuan profesi bidan yakni sebagai *Educator*. Pemberian KIE akan diberikan oleh narasumber yang ahli dibidangnya. Prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan KIE adalah :

1. Memperlakukan klien dengan sopan, baik dan ramah.
2. Memahami, menghargai dan menerima keadaan ibu (status pendidikan, social ekonomi dan emosi) sebagaimana adanya.
3. Memberikan penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami.
4. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari – hari.
5. Menyesuaikan isi penyuluhan dengan keadaan dan risiko yang dimiliki ibu.

IMPLEMENTASI MODEL PRAKTIK BIDAN DALAM PELAYANAN KEBIDANAN

Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
<p>Praconception care (before & between pregnancy)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Understanding (Pengertian) • women respect (menghormati wanita) • Communicative (komunikatif) • (IAAPA 2015, reproductive health 2014) • Cooperation (kerja sama) • diversity-sensitive attitudes (sikap peka terhadap keragaman) • (BMC Health Services Research, 2019) 	<ul style="list-style-type: none"> • Respectful environment (lingkungan yang saling menghormati) • Clean and safety (Bersih dan aman) • Supporting family (dukungan untuk keluarga) 	<ul style="list-style-type: none"> • trusting relationship (hubungan saling percaya) • Health promotion (Promosi kesehatan) • (IAAPA, 2015, WHO, 2016, reproductive health, 2014) • Latino-Am. Enfermagem, 2014) • Education and counseling (Pendidikan dan konseling) • (Erasmus University Rotterdam, 2017) • checklist assessment (daftar penilaian) (IAAPA, 2015) • A Technology-Based Model (model asuhan berbasis teknologi) <p>(Maternal and Child Health Journal, 2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kunjungan sekolah untuk kelompok remaja (Latino-Am. Enfermagem, 2014) • Konsultasi individu (Erasmus University Rotterdam, 2017) • Edukasi di pusat kesehatan dan komunitas (IAAPA, 2015, WHO, 2016, reproductive health, 2014) • Prekonsepsi assessment resiko dengan perangkat elektronik (Maternal and Child Health Journal, 2019)

Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
<p>Antenatal care</p> <ul style="list-style-type: none"> • seek woman's thoughts, views and opinions (meminta pandangan dan pendapat perempuan) • Provide emotional support and empathy (memberikan dukungan emosional dan empati) (Australian government department of health 2020) • Cooperation (Kerja sama) • diversity-sensitive attitudes (sikap peka terhadap keragaman) • action competence (kemampuan tindakan) (BMC Health Services Research, 2019) 	<ul style="list-style-type: none"> • Safe physical and emotional environment (lingkungan fisik dan emosional yang aman) (midwifery essential, 2011) • Home or other familiar surrounding (rumah atau lingkungan yang familiar) • Respectful environment (lingkungan yang saling menghormati) • Clean (bersih) 	  	<ul style="list-style-type: none"> • Woman centred (berpusat pada perempuan) • Using best evidence (pelayanan berdasarkan bukti) • Professional and legal • Team working (kerja tim) • Effective communication (komunikasi efektif) • Clinical dexterity (keterampilan klinik) • Model of care • Promotes health (promosi kesehatan) (midwifery essential, 2011) • Undertake a comprehensive history (melakukan perawatan komprehensif) • Clinical assessment (penilaian klinik) • Maternal health testing (tes kesehatan ibu) (Australian government department of health 2020, NHS UK 2020) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kunjungan antenatal ke klinik (WHO, 2016) • Kunjungan rumah / home visit (MJA 2016, BMC Pregnancy and Childbirth 2016, WHO 2016) • Antenatal class (kelas ibu hamil) (Midwifery an int journal, 2017)

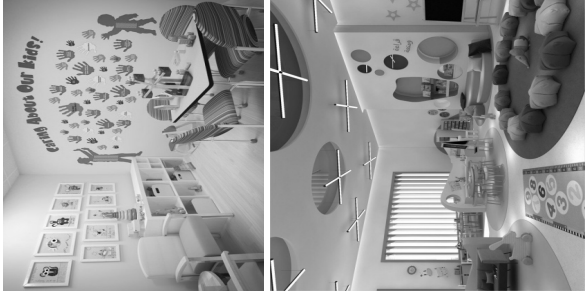
Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
<p>Intranatal care (Asuhan Persalinan)</p>	<p>care organized for and provided to all women in a manner that maintains their dignity, <u>privacy and confidentiality</u>, <u>ensures freedom from harm and mistreatment</u>, and <u>enables informed choice and continuous support</u> during labour and childbirth</p> <p>(Asuhan yang diberikan kepada semua wanita dengan cara yang menjaga marabat, privasi d mereka, memastikan kebebasan dari bahaya dan penganiayaan, dan menawarkan <i>informed choice</i> dan asuhan berkelanjutan selama persalinan)</p> <p>..\\Documents\WHO- <u>recommendation on respectful maternity care during labour and childbirth-2018.pdf</u></p>	<p>Trust, calm, safely, strengthening, supporting family</p> <p>(Kepercayaan, tenang, aman, menguatkan, mendukung keluarga)</p> <p>Dukungan penuh, diberi kebebasan dalam memilih hal yang akan dilakukan dan yang menemani selama persalinan dan kelahiran bayi. Keramahan dari petugas dengan alat dan fasilitas terbaru dan memadai (Hunter, 2017 dan Downe, 2018)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29664907/</p> <p>https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1521-3</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pregnancy and childbearing are <u>normal physiological processes</u> (<u>Kehamilan dan persalinan adalah proses yang normal</u>) <u>Midwifery care is holistic and continuous</u> (Asuhan kebidanan yang menyeluruh dan berkelanjutan) <u>Partnership with women</u> (<u>Kerjasama dan mitra dengan perempuan</u>) <u>Scientific research and application of evidence</u> (Penelitian berbasis bukti) RMC (Penghargaan terhadap perempuan dalam asuhan) Effective communication (Komunikasi Efektif) Companionship during labour and childbirth (<i>accompanion of choice</i>) (Pendampingan selama persalinan) Continuity of care* (Asuhan berkelanjutan) 	<ul style="list-style-type: none"> Duration of the first stage of labour (<i>should be informed</i>) (<i>Lama kala I</i>) Labour ward admission policy* (Kebijakan dalam persalinan) Auscultation with doppler or pinard for assessment fetal well-being (Auskultasi dengan dopler untuk menilai kesejahteraan janin) Digital vaginal examination (active first stage, low-risk women) (Penilaian pemeriksaan vagina) Epidural analgesia for pain relief (Analgesik epidural untuk meredakan nyeri) Opioid analgesia (IV) for pain relief (fentanyl, diamorphine and pethidine) (Analgesik opioid untuk meredakan nyeri) Relaxation & manual techniques for pain Management (Relaksasi dan teknis manajemen rasa sakit) Oral fluid and food (low-risk women) (Nutrisi dan cairan) Maternal mobility and position (Mobilitas dan posisi ibu) 2nd stage Birth position (for women with or without epidural analgesia) (Posisi melahirkan dengan atau tanpa analgesia epidural)

Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
			<p>..\Documents\philosophy-and-model-of-midwifery-care ICM.pdf</p> <p>..\Documents\WHO-recommendations INC for positive childbirth experience-2018.pdf</p> <p>..\Documents\WHO-recommendation on respectful maternity care during labour and childbirth-2018.pdf</p> <p>..\Documents\RESPECTFUL MATERNITY CARE.WHO.pdf</p>	<p>Method of pushing (should be encouraged and supported to follow their own urge to push) (Teknik mengejan)</p> <ul style="list-style-type: none"> Method of pushing (for women with epidural analgesia) (delaying pushing for 1-2 hours after full dilatation or until the woman regains the sensory urge, perineatal hypoxia can be adequately assessed and managed) <p>(Teknik mengejan dengan analgesia epidural)</p> <ul style="list-style-type: none"> Techniques for preventing perineal trauma (perineal massage, warm compresses and a "hands on" guarding of the perineum) <p>(Teknik untuk mencegah robekan perineum)</p> <p>3rd stage</p> <ul style="list-style-type: none"> Prophylactic uterotonics (Oxytocin (10 IU, IM/IV)) (Uterotomika profilaksis Oksitosin 10 IU, IM/IV) <ul style="list-style-type: none"> If oxytocin is unavailable, ergometrine/methylegometrine, or the fixed drug combination of oxytocin and ergometrine or oral misoprostol (600 µg) (Jika oksitosin tidak tersedia, dapat digunakan ergometrin atau obat-obatan kombinasi oksitosin dengan ergometrin) <ul style="list-style-type: none"> Delayed umbilical cord clamping (≥1 minute after birth) (Penundaan pemotongan tali pusat ≥1 setelah persalinan)

Kinds of service	Profesional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
				<ul style="list-style-type: none"> Controlled cord traction (CCT) if skilled birth attendants are available <p><u>PTT jika tenaga kesehatan terlatih tersedia</u></p> <p>Care of women after birth</p> <ul style="list-style-type: none"> Uterine tonus assessment (<i>early identification of uterine atony</i>) (<u>Penilaian kontraksi uterus</u>) Routine postpartum maternal assessment[#] (<u>Penilaian rutin ibu postpartum</u>) Postnatal discharge following uncomplicated vaginal birth (<i>after 24 hours after birth</i>) (<u>Pengeluaran keputihan setelah persalinan pervaginam tanpa komplikasi</u>) <p>..\\Documents\WHO-recommendations- <u>INC for positive childbirth</u> <u>experience-2018.pdf</u></p>


Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
<p>Post natal care (Asuhan Postnatal)</p>	<p>care organized for and provided to all women in a manner that <u>maintains their dignity, privacy and confidentiality</u>, ensures freedom from harm, and mistreatment, and enables <u>informed choice and continuous support</u> during labour and post partum</p> <p>(Perawatan yang diberikan kepada semua wanita dengan cara yang menjaga martabat, privasi mereka, memastikan kebebasan dari bahaya dan penganiayaan, dan memungkinkan pilihan yang terinformasi dan dukungan berkelanjutan selama persalinan dan nifas)</p> <p>..Documents\WHO-<u>recommendation on respectful maternity care during labour and childbirth-2018.pdf</u></p>	<p>Trust, calm, safely, strengthening, supporting family</p> <p>(Kepercayaan, tenang, aman, menguatkan, mendukung keluarga)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Give strong emotional support (Memberikan dukungan emosional) Monitoring the physical, psychological and social being of the mother (Memantau kesiapan fisik dan psikologis menjadi seorang ibu) Identifying and referring women who require consultation and referral (Mengidentifikasi kemungkinan ibu yang membutuhkan konsultasi) Uses technology if appropriate & proven (Menggunakan teknologi yang layak dan terbukti) Discharge planning (Mendiskusikan rencana pulang) Used adequate record system (Menggunakan sistem pencatatan yang adekuat) 	<p>Care of the newborn</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Skin-to-skin</u> contact for newborns without complications (<i>at first hour</i>) (Kontak kulit ke kulit pada bayi tanpa komplikasi) Breastfeeding (All newborns without complications should be put to the breast as soon as possible after birth when they are clinically stable, and the mother and baby are ready) IMD dan menyusui sesegera mungkin) Haemorrhagic disease prophylaxis using vitamin K (1 mg of vitamin K intramuscularly after the first hour after birth) Dalam menangani masalah atau mencegah perdarahan dengan menyuntikkan vitamin K secara IM sebanyak 1mg) Bathing and other immediate postnatal care of the newborn (<i>should be delayed until 24 hours or at least six hours after birth</i>) (Mandi dan asuhan rutin dapat ditunda paling tidak selama 6 jam pasca persalinan.) should stay in the same room 24 hours a day, should not be separated <p>Routine postpartum maternal assessment :</p> <ul style="list-style-type: none"> vaginal bleeding, uterine contraction, fundal height, temperature and heart rate (pulse) routinely (from first hours - 24 hours) Blood pressure - shortly after birth the second blood pressure measurement - within 6 hours Urine void documented - within 6 hours

Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
				<p>(Tetap berada di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama setelah lahir untuk menilai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan pervagina, kontraksi uterus, tinggi fundus, TTV) • Mengukur tekanan darah segera setelah persalinan • Pengukuran tekanan darah selanjutnya dapat diukur kembali dalam 6 jam pertama • Pengeluaran urin juga dipantau dan didokumentasikan dalam 6 jam. <p>..\Documents\WHO-recommendations INC for positive childbirth experience-2018.pdf</p>

Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
<p>Baby and preschool health care</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoting safe care (mempromosikan pelayanan yang aman) • Person-centered care (pelayanan berpusat pada klien) • Communicate effectively (komunikasi yang efektif) • Welcoming and being friendly (terbuka dan ramah) • Informative (informatif) • Helpful and attentive (membantu dan perhatian) <p>(Mannava, 2015, Children Center Service in Nottinghamshire 2020)</p> <p>https://www.nottinghamshire.gov.uk/care/early-years-and-childcare/childrens-centre-service</p>	<p>Trust, calm, safety, strengthening, supporting family, provide age appropriate play area, Provide calming music distraction, hand washing dispensers at each bedside and in all areas (Kepercayaan, tenang, aman, menguatkan, mendukung keluarga, menyediakan musik yang menenangkan, tempat mencuci tangan di sebelah tempat tidur dan di semua area)</p> <p>(NACHRI, 2008)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring the physical growth and development of the baby (memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi) • Promote of parent's self-assessment (Mempromosikan penilaian mandiri oleh orang tua) • Identifying and referring baby who require consultation and referral (mengidentifikasi dan merujuk bayi yang membutuhkan konsultasi dan rujukan) • Teaching about stimulation of growth and development (mengajarkan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak) • Used adequate record system (menggunakan sistem pencatatan yang adekuat) • provides developmental evaluations and nutritional assessments of former premature infants or term infants with complicated newborn courses. (memberikan evaluasi perkembangan dan penilaian nutrisi bayi yang lahir prematur atau bayi dengan komplikasi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kunjungan ke klinik • Kunjungan rumah/ home visit • Kelas perawatan bayi seperti pijat bayi • Children's Immunisation Schedule (jadwal imunisasi) • Parenting class (NCCS, 2020)

Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
			<ul style="list-style-type: none"> • Provide comprehensive specialty medical, nutritional, developmental and social services and dietary assistance to children from the with Failure To Thrive (FTT) (Menyediakan pelayanan komprehensif mencakup pemantauan nutrisi, perkembangan untuk anak dengan FTT yang tidak mengalami peningkatan tinggi dan berat badan sesuai usia) (Boston Center Medical) 	

Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
Contraception service	<ul style="list-style-type: none"> • Person-centered care (pelayanan berpusat pada klien) • Promoting choice and consent (menawarkan klien untuk memilih dan menyetujui) • Communicate effectively (Komunikasi efektif) • Be genuine, showing respect and empathy (bersikap tulus, menghargai dan empati) • Non-discrimination (tidak diskriminasi) • Privacy and confidentiality (menjaga privasi dan kerahasiaan) • Accountability (bertanggung jawab) <p>(WHO, 2017); Huglund, 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trust, calm, safety, strengthening, supporting family (Kepercayaan, tenang, aman, menguatkan, mendukung keluarga) • Scientifically approved and unexpired drugs, safe and potable water, and adequate sanitation (penggunaan obat yang diakui secara ilmiah dantidak kadaluarsa, air yang aman dan bisa diminum, dan santasi ruangan yang baik) • Supplies and Commodities: pills, condoms, injectables and syringes with appropriate storage space (Persediaan dan komoditas: pil, kondom, dan alat suntik di ruang penyimpanan yang sesuai) • Materials: FP wall chart/poster, brochures, audio-visual presentations (Poster, brosur, presentasi audio visual) <p>(WHO, 2017, https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/publications/GuidelinesSettingUpFamilyPlanningServicesHospitals.pdf)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling of contraception methods (konseling tentang metode kontrasepsi) • Screening of contra-indication for birth control methods (skrining kontraindikasi untuk kontrol kehamilan) • Contraception service for birth control pill, injection, IUD, Implant (pelayanan kontrasepsi mencakup pil, suntik, IUD, dan implan) • Emergency Contraceptive (kontrasepsi darurat) • Cervical screening/smear test (skrining serviks/ tes pap smear) • Pregnancy testing (tes kehamilan) • Management of complications (managemen komplikasi) • Advice on all aspects of sexual and reproductive health (informasi tentang kesehatan seksual dan reproduksi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Konseling KB dan pemasangan • Pelayanan KB • Pelayanan Kesehatan reproduksi • Pelayanan perencanaan kehamilan • Routine checkup/follow-up of clients <p>(https://www.newtonplacesurgery.nhs.uk/services-that-we-provide); http://www.northerntrust.hscni.net/services/sexual-health-services/contraceptive-services/</p>

Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
Gender Health	<ul style="list-style-type: none"> • can be useful (Bermanfaat) • Communicate effective (Komunikasi efektif) • Women respect (menghormati wanita) • Understanding (Pengertian) • Cooperation (dapat bekerja sama) • Privacy (mampu menjaga privasi klien) 	 <ul style="list-style-type: none"> • Use poster or flip chart to education about reproductive health (menggunakan poster dan flip chart untuk memberikan konseling) • Trust, calm, safety, strengthening, supporting family, (Kepercayaan, ketenangan, keselamatan, penguatan, keluarga pendukung) 	<p>(WHO, 2017; WHO, 2015, https://www.newtonplace-surgery.nhs.uk/services-that-we-provide; http://www.northerntrust.hscni.net/services/sexual-health-services/contraceptive-services/)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pendidikan kesehatan • Kunjungan klinik • Kunjungan rumah/Home visit
			<ul style="list-style-type: none"> • rujukan yang tepat bagi ibu hamil yang menjadi korban kekerasan berbasis gender • mengidentifikasi pelec-ahan fisik, emosional dan seksual oleh pasangan mereka <p>https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0227958</p>	

Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
Reproductive Health	<ul style="list-style-type: none"> • can be useful (Bermanfaat) • Communicate effective (Komunikasi efektif) • Women respect (menghormati wanita) • Understanding (Pengertian) • Cooperation (dapat bekerja sama) • Privacy (mampu menjaga privasi klien) 	<ul style="list-style-type: none"> • Use poster or flip chart to education about reproductive health (Menggunakan poster atau bagan untuk konseling) • Trust, calm, safety, strengthening, supporting family, (Kepercayaan, ketenangan, keselamatan, penguatan, keluarga pendukung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling (konseling) • Screening of contra-indication for birth control methods (skrining kontraindikasi untuk kontrol kehamilan) • Cervical screening/smear test (skrining servik) • Education about how to safe productive health (edukasi tentang cara menjaga kesehatan reproduksi) <p>C:\Users\A S U S\Documents\Nurse Midwives Attitudes towards Adolescent Sexual and Reproductive Health Needs in Kenya and Zambia.pdf WPR_RC046_Res1.5_1995_en.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pendidikan kesehatan • Kunjungan klinik • Kunjungan rumah/Home visit • Puskesmas

Kinds of service	Profesional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
<p>Adolescent Health Care Access (Akses Pelayanan Kesehatan Pada Remaja)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effective communication and meaningful participation (Komunikasi efektif dan partisipasi aktif) • Respect, protection and fulfilment of child rights (Menghargai dan melindungi hak remaja) • Emotional and psychological support (Dukungan emosional dan psikologi) • Competent, motivated, empathetic human resources (SDM yang berkompeten, aktif, dan empati) • Essential adolescent-friendly physical resources (SDM yang ramah remaja) 	<p>The health facility has an appropriate, adolescent-friendly physical environment, with adequate water, sanitation, waste management, energy supply, medicines, medical supplies and equipment for routine care and management of common illnesses (Fasilitas kesehatan memiliki lingkungan fisik yang layak dan ramah remaja, dengan air yang memadai, sanitasi, pengelolaan sampah, penyediaan energi, obat-obatan, dan peralatan untuk perawatan rutin dan penanganan penyakit umum)</p> <p>../Documents/WHO%20ADOLESCENT%20CARE.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evidence-based practices for routine care of adolescent and management of illness; (Praktik berdasarkan bukti untuk perawatan rutin dan penanganan penyakit) <p>..\Documents\EBP IN Adolescent.pdf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actionable information system (Kualitas sistem informasi kesehatan cepat tanggap) • Functioning referral system (Sistem rujukan yang berfungsi) <p>../Documents/WHO%20ADOLESCENT%20CARE.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling Services about adolescent's problem (Pelayanan konseling bagi masalah remaja) https://www.usahealthsystem.com/services/adolescent-medicine https://ukhealthcare.uky.edu/kentucky-childrens-hospital/services/adolescent-medicine • Comprehensive primary care (Pelayanan primer yang komprehensif) http://wichita.kumc.edu/pediatrics/pediatric-divisions/ambulatory-pediatrics/about-us/specialty-clinics/adolescent-clinic.html • Health services that focus on adolescence right (Pelayanan kesehatan yang berfokus pada hak remaja) https://www.chop.edu/centers-programs/adolescent-medicine

Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment)	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
Elderly Primary Health Care (Pelayanan Kesehatan Pada Lansia)	<ul style="list-style-type: none"> • Emphaty (Empati) • Friendly (Bersahabat) • Communicate effectively (Komunikasi Efektif) • Cooperative (Kooperatif) • Responsive (Cepat tanggap) 	<ul style="list-style-type: none"> • Practical, affordable and possible facilities (Fasilitas yang terjangkau dan layak) • Safe and affordable transport should be available for all (Transportasi yang aman dan terjangkau) • Simple and easily readable signage should be posted throughout the PHC centre to facilitate orientation and personalise providers and services (Adanya papan tanda yang sederhana dan mudah dibaca harus dipasang di seluruh pusat fasilitas kesehatan untuk memfasilitasi orientasi dan mempersonalisasi penyedia dan layanan) • The facility should be equipped with good lighting, non-slip floor surfaces, stable furniture and clear walkways (Fasilitas Puskesmas harus dilengkapi dengan penerangan yang baik, permukaan lantai anti selip, perabotan yang stabil dan jalan setapak yang bersih) • Serve waiting areas, should be clean and comfortable throughout. (Menyediakan ruang tunggu yang bersih dan nyaman) 	<ul style="list-style-type: none"> • PHC centres should make every effort to adapt their administrative procedures to the special needs of older persons (Tenaga kesehatan harus melakukan segala upaya untuk menyesuaikan prosedur administratif mereka dengan kebutuhan khusus orang lanjut usia, termasuk orang lanjut usia dengan tingkat pendidikan rendah atau dengan gangguan kognitif) • PHC systems should be cost sensitive in order to facilitate access to needed care by low income persons. (Tenaga kesehatan harus sensitif biaya untuk memfasilitasi akses ke perawatan yang dibutuhkan oleh orang-orang berpenghasilan rendah). • PHC should adopt systems that support a continuum of care (Mengadopsi sistem yang mendukung <i>continuity of care</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling services (Pelayanan konseling) • Personalize treatment (Meningkatkan perawatan) • Physical Therapy (Terapi fisik) • Medication Education (Pendidikan kesehatan terkait pengobatan) <p>..\\Pictures\towards_age_friendly_phc.pdf</p>

Kinds of service	Professional attitude	Environment design (facilities, commodities, equipment) ..\Pictures\towards_age_friendly_phc.p	Philosophy & practice	Bentuk pelayanan
			<ul style="list-style-type: none"> All relevant stakeholders, including older persons, should be part of participatory decision-making mechanisms (Semua pemangku kepentingan yang relevan, termasuk orang tua, harus menjadi bagian dari mekanisme pengambilan keputusan partisipatif mengenai organisasi layanan perawatian berbasis komunitas) Information on the operation of the PHC centre, such as opening hours, fee schedules, medication and investigation charges, and registration procedures should be provided in an age-appropriate way. (Informasi tentang pengoperasian faskes, seperti jam buka, jadwal biaya, biaya pengobatan dan penyediaan, dan prosedur pendaftaran harus disediakan dengan cara yang sesuai usia) <p>..\Pictures\towards_age_friendly_phc.pdf</p>	

DAFTAR PUSTAKA

- Lawinto, L. *Modul Kuliah konsep Kebidanan*. Jakarta : St. Carolus. 2002
- Koesno, Harni. *Profesionalisme Bidan Dalam Era Globalisasi Disampaikan Dalam Forum Bidan*. Bandung. 2004
- Depkes RI 2003. *Konsep Asuhan Kebidanan*. Tridasi Printer.Jakarta.
- pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia, 2003, *Manajemen Kebidanan Metode SOAP*, Jakarta
- Mustika, Sofyan dkk. 2002. *50 Tahun IBI Bidan Menyongsong Masa Depan*. PP IBI Jakarta
- Varney, Helen 1997 , *Varney's Midwifery*, Third edition, UK:Jones and barlett publishers International
- Calcette, M.F., Dos Santos, E.K.A., Collaco, V.S., Granemann, B., & Dario, L.D.B. (2011). Planned homebirth in Brazil with nurse-midwife assistance: Perceptions of women and companions. *Midwifery Today*, Eugene 98 (55±58), 68±69. [http:// search.proquest. com/docview/1417585700/4B63ACADCD0A4CCEPQ/1?accountid=17242](http://search.proquest.com/docview/1417585700/4B63ACADCD0A4CCEPQ/1?accountid=17242)
- Curtis, K., Weinrib, A. & Katz, J. (2012). Systematic Review of Yoga for Pregnant Women: Current Status and Future Directions. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 715942.
- Estiwidani Dwiana, dkk, 2009, *Konsep Kebidanan*, Fitramaya, Yogyakarta
- Iliades, C. *Everyday Health* (2019). 7 Ways Strength Training Boosts Your Health and Fitness.
- Korean Journal of Women Health Nursing*, 18 (2), 135±148. doi: 10.4069/kjwhn.2012.18.1.135
- Lothian, J.A. (2000). Why Natural childbirth? *The Journal of Perinatal Education*, 9 (4), 44± 46. <http://doi.org/10.1624/105812400X87905>

- Lee, E.J., & Park, Y.S. (2012). Meaning of 'natural childbirth' and experiences of women giving birth using midwifery - A feminist approach.
- Mufdlilah, dkk, 2012, Konsep Kebidanan Edisi Revisi, Nuha Medika, Yogyakarta
- Sarwono, P. 2007. Ilmu Kebidanan. Jakarta
- University of Chicago Medical Center (2018). Tailor Sit, Trunk Turn for Back Pain During Pregnancy.
- Varney, Kriebs. 2003. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Volume 1 (Edisi 4). Jakarta : EGC