MODUL ILMU PENGANTAR KEBIDANAN I

Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan
Budi Kemuliaan

Penyusun :
Tim Dosen
Ilmu Pengantar Kebidanan I

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Budi Kemuliaan

Program Studi Sarjana Kebidanan

2024

VISI MISI PRODI SARJANA KEBIDANAN
STIK BUDI KEMULIAAN

Visi

Menjadi Program Studi Pendidikan Profesi Bidan yang unggul pada pelayanan konseling dalam bidang kesehatan reproduksi di Indonesia tahun 2028

Misi

Menyelenggarakan sistem pendidikan yang efektif, efisien, akuntabel dalam rangka menghasilkan lulusanProfesi Bidan yang berkualitas, mempunyai dedikasi, berahlak mulia dan mampu beradaptasi dengan perubahan lingkungan global. 2. Menyelenggarakan Tri Dharma Perguruan Tinggi dalam pelayanan kebidanan dengan berpartisipasi aktif civitas akademika dan pemangku kepentingan dalam kesehatan reproduksi. 3. Meningkatkan kontribusi dan kolaborasi dengan berbagai pihak dalam masyarakat dengan melakukan pemberdayaan masyarakat pada pelayanan kesehatan reproduksi di tingkat regional maupun nasional.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya sehingga modul asuhan kebidanan pada kehamilan dapat terselesaikan dengan baik.

Modul ini disusun dengan tujuan untuk memudahkan proses pembelajaran, yang diharapkan mahasiswa banyak membaca materi ilmu pengantar asuhan kebidanan pada kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir agar dapat memberikan pelayanan *service excellent* untuk kesehatan ibu dan bayi. Setelah mempelajari modul ini, diharapkan tujuan dan kompetensi pembelajaran dapat tercapai dengan optimal, Kiranya pembaca mendapatkan hasil yang maksimal dari modul ini. Selamat belajar.

Terimakasih atas semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan selama penyusunan modul ini. Kami menyadari bahwa modul asuhan kebidanan pada kehamilan ini masih belum sempurna, penyusun sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna penyempurnaan modul ini.

Jakarta, Agustus 2024

Penyusun

DAFTARISI

Kata Pengantar

Daftar Isi

Mekanisme Pembelajaran..... 7
Bab I Pengertian Dan Filosofi Bidan..... 8
Topik 1 Praktik Kebidanan……..... 10
Topik 2 Model Dan Praktik Kebidanan……..... 25
Topik 3 Asuhan Kebidanan……..... 46
Topik 4 Kajian Perempuan……..... 54
Topik 5 Perspektif Ilmu Sosial Budaya Dan Humaniora Dalam Praktik Kebidanan..65
Topik 6 Etika Kesehatan……..... 72
Topik 7 Hukum Kesehatan……..... 79

MEKANISME PEMBELAJARAN

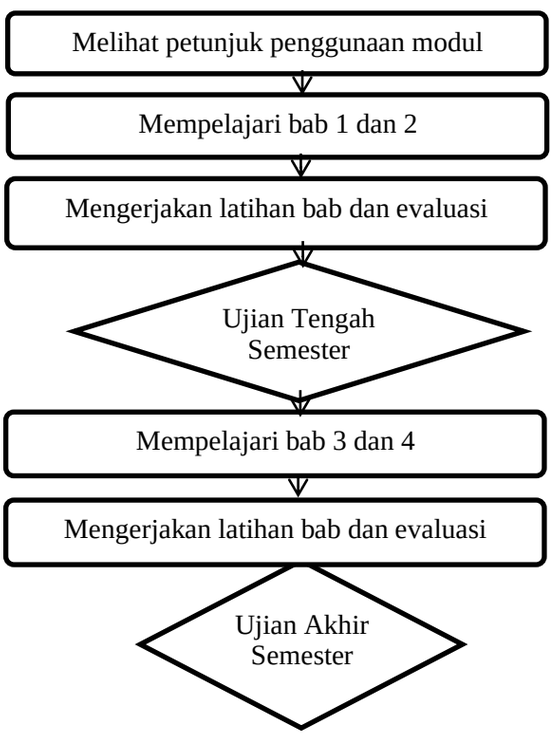
A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa diharapkan mampu :

1. Mampu mengemukakan konsep dasar, perubahan fisiologis, adaptasi psikologis, dan kebutuhan dasar kehamilan
2. Mampu mengemukakan konsep dasar, perubahan fisiologis, adaptasi psikologis, dan kebutuhan dasar persalinan
3. Mampu mengemukakan konsep dasar, perubahan fisiologis, adaptasi psikologis, dan kebutuhan dasar nifas
4. Mampu mengemukakan konsep dasar, perubahan fisiologis, adaptasi psikologis, dan kebutuhan dasar bayi baru lahir
5. Mampu menerapkan bukti ilmiah pada perancangan asuhan keahamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir

B. **Waktu Pembelajaran** : 16 minggu

C. Rincian Kegiatan Pembelajaran



BAB I

PENGERTIAN FILOSOFI DAN DEFINISI BIDAN

A. Definisi Bidan

1. Bidan dalam bahasa Inggris berasal dari kata MIDWIFE yang artinya Pendamping wanita, sedangkan dalam bahasa Sanksekerta “Wirdhan” yang artinya : Wanita Bijaksana

2. Bidan merupakan profesi yang diakui secara nasional maupun internasional dengan sejumlah praktisi di seluruh dunia. Pengertian bidan dan bidang praktiknya secara internasional telah diakui oleh Internasional Confederation of Midwives (ICM) tahun 1972 dan Internasional Federation of International Gynaecologist and Obstetritian (FIGO) tahun 1973, WHO dan badan lainnya. Pada tahun 1990 pada pertemuan dewan di Kobe, ICM menyempurnakan definisi tersebut yang kemudian disahkan oleh FIGO (1991) dan WHO (1992).

3. Pengertian 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 berpraktik di rumah sakit, klinik, unit kesehatan, rumah perawatan atautempat-tempat lainnya.

4. Pengertian Bidan Indonesia :

Dengan memperhatikan aspek sosial budaya dan kondisi masyarakat Indonesia, maka Ikatan Bidan Indonesia (IBI) menetapkan bahwa bidan Indonesia adalah: seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

B. Falsafah Asuhan Kebidanan

Falsafah atau filsafat berasal dari bahasa arab yaitu “falsafa” (timbangan) yang

dapat diartikan pengetahuan dan penyelidikan dengan akal budi mengenai hakikat segala yang ada, sebab, asal dan hukumnya (Harun Nasution, 1979)

Menurut bahasa Yunani “philosophy“ berasal dari dua kata yaitu philos (cinta) atau philia (persahabatan, tertarik kepada) dan sophos (hikmah, kebijkasanaan, pengetahuan, pengalaman praktis, intelegensi).

Filsafat secara keseluruhan dapat diartikan “ cinta kebijaksanaan atau kebenaran.” Falsafah kebidanan merupakan pandangan hidup atau penuntun bagi bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan. Falsafah kebidanan tersebut adalah***:***

a. Profesi kebidanan secara nasional diakui dalam Undang – Undang maupun peraturan pemerintah Indonesia yang merupakan salah satu tenaga pelayanan kesehatan professional dan secara internasional diakui oleh International Confederation of Midwives (ICM), FIGO dan WHO.
b. Tugas, tanggungjawab dan kewenangan profesi bidan yang telah diatur dalam beberapa peraturan maupun keputusan menteri kesehatan ditujukan dalam rangka membantu program pemerintah bidang kesehatan khususnya ikut dalam rangka menurunkan AKI, AKP, KIA, Pelayanan ibu hamil, melahirkan, nifas yang aman dan KB.
c. Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan manusia dan perbedaan budaya. Setiap individu berhak untuk menentukan nasib sendiri, mendapat informasi yang cukup dan untuk berperan di segala aspek pemeliharaan kesehatannya.
d. Bidan meyakini bahwa menstruasi, kehamilan, persalinan dan menopause adalah proses fisiologi dan hanya sebagian kecil yang membutuhkan intervensi medic.
e. Persalinan adalah suatu proses yang alami, peristiwa normal, namun apabila tidak dikelola dengan tepat dapat berubah menjadi abnormal.
f. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan dan bayinya berhak mendapatpelayanan yang berkualitas.
g. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga yang membutuhkan persiapan mulai anak menginjak masa remaja.
h. Kesehatan ibu periode reproduksi dipengaruhi oleh perilaku ibu, lingkungan dan pelayanan kesehatan.

i. Intervensi kebidanan bersifat komprehensif mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat.

j. Manajemen kebidanan diselenggarakan atas dasar pemecahan masalah dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan yang professionaldan interaksi social serta asas penelitian dan pengembangan yang dapat melandasi manajemen secara terpadu.

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

C. PelayananKebidanan

Seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktek profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalamrangka mewujudkan kesehatan dan masyarakat.

D. Praktek Kebidanan

Penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan / asuhan kebidanan kepada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan.

Manajemen Kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis Lingkup praktik kebidanan meliputi asuhan mandiri / otonomi pada perempuan, remaja putri, dan wanita dewasa sebelum, selama kehamilan dan sesudahnya. Praktik kebidanan dilakukan dalam system pelayanaan kesehatan yang berorientasi pada masyarakat, dokter, perawat, dan dokter spesialis dipusat-pusat rujukan.

E. Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu pasien atau klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan cara :

- Bertahap dan sistematis
- Melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan

Penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil,persalinan, nifas bayi stelah lahir serta KB

Bab 1 dikemas dalam empat topik, yang disusun dengan urutan sebagai berikut:

Topik 1 : Pengertian WHO

Topik 2 : Pengertian ICM

Topik 3 : Pengertian IBI

Topik 4 : Pengertian Bidan menurut Undang-Undang

TOPIK I

PENGERTIAN WHO

WHO adalah kepanjangan dari *World Health Organization* yang dibentuk pada tahun

1948 untuk mengatur, mengkordinasikan global. WHO memiliki fokus pada tujuan memastikan langkah-langkah global dalam pengentasan penyakit menular maupun tidak menular, melakukan penelitian, serta mendampingi negara-negara. WHO memperoleh pendanaan melalui 2 sumber yaitu melalui kontribusi rutin negara-negara anggota dan melalui kontribusi sukarela para donor.

WHO beranggotakan 194 negara dan bermarkas di Jenewa, Swiss. WHO memiliki 6 kantor Regional, yaitu di India, Manila, Kairo, Washington DC, Kopenhagen, dan Brazeville (kongo). Tata kelola pemerintahan dalam tubuh WHO dilaksanakan oleh dua badan uatam, yaitu *World Health Assembly* dan *Executive Board* serta dibantu oleh sekretariat.

KIPRAH INDONESIA

1. Indonesia mendorong penguatan peran sentral WHO dalam mengoordinasikan aksi global bidang kesehatan, melalui:

- Peran sebagai Co-Chair of Working Group on Strengthening WHO Preparedness and Response to Health Emergencies, dengan salah satu outcome kesepakatan didirikannya forum untuk negosiasi Pandemic Treaty,
- Peran sebagai anggota biro untuk peningkatan kontribusi negara anggota secara fleksibel dan bertahap;
- Dukungan sebagai core group pada proses pengembangan Pandemic Treaty,
- Presidensi G20: mendukung pembentukan Pandemic Fund dengan peran sentral WHO di dukungan World Bank.

2. Indonesia dukung upaya WHO mendirikan mekanisme hub transfer teknologi vaksin mRNA kepada produsen vaksin berkembang. di negara

- Sebagai Co-Chair COVAX AMC EG, berkomitmen untuk memastikan akses merata terhadap vaksin termasuk melalui WHO mRNA technology hub dan vaksin paska pandemi;
- Indonesia melalui Bio Farma terpilih menjadi salah satu negara penerima transfer teknologi (spoke) oleh konsorsium Afrigen (Afrika Selatan).

3. Komitmen Indonesia dalam penanganan pandemi COVID-19:

- Kontribusi Coalition Indonesia for pada Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) sebesar USD 5 juta untuk periode 2022-2026 menambah kontribusi Indonesia pada 2020 sebesar USD 1 juta;
- Mendorong akselerasi vaksinasi untuk mencapai target WHO 70%;
- Dalam kerangka ACT-A mendorong akselerasi al merata terhadap vaksindiagnostik, terapeutik, dan APD melalui peran strategis sebagai CoChair of ACT-A Tracking and Accelerating Progress Working Group serta Anggota ACT-A Facilitation Council, ACT-A Financial and Resource Mobilization Working Group dan ACT-A Vaccine Manufacturing Working Group.

  Catatan: Tracking and Accelerating Progress Working Group dan Financial and

Resource Mobilization Working Group membentuk Tracking and Monitoring Task Force pada masa transisi ACT-A pada Oktober 2022-Maret 2023 diketuai Amerika Serikat dan India.

- Keterlibatan Indonesia pada Global Action Plan for Enhanced Engagement untuk penanganan pandemi;
- Kontribusi Indonesia kepada The Global Fund untuk penanganan Tuberkulosis, HIV dan Malaria sebesar USD 15,5 juta.

TOPIK II

PENGERTIAN ICM

ICM adalah kepanjangan dari *International Confederation Of Midwife,* siklus hidup sebuah pendekatan asuhan untuk perempuan dan bayi baru lahir dimana bidan mengoptimalkan proses normal biologis, psikologis, social, dan budaya dari proses

persalinan dan awal kehidupan bayi.

Hak perempuan ICM 2017:

a. Hak untuk mendapatkan layanan persalinan dari bidan yang terampil dan kompeten.
b. Hak bayi yang memiliki ibu yang sehat dan teredukasi baik.
c. Hak atas keselamatan tubuhnya
d. Hak untuk berpartisipasi aktif dalam pembuatan keputusan atas kesehatan
e. Hak untuk kerahasiaan
f. Hak untuk memilih tempat dimana dia akan bersalin
g. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi
h. Hak untuk mendaptkan informasi kesehatan terkini
i. Hak untuk dihormati sebagai manusia

Hak bidan ICM 2017

a. Hak untuk mendapatkan pendidikan kebidanan yang dapat memampukan dirinya untuk membangun dan mempertahankan kompetensi sebagai bidan.
b. Hak untuk praktek sesuai dengan tanggung jawab yang sudah disepakati oleh ICM organisasi profesi bidan.
c. Hak untuk diakui, dihargai, didukung sebagai profesional kebidanan.
d. Hak untuk akses organisasi profesi bidan yang kuat dapat berkontribusi pada kebijakan dan asuhan kebidanan maternitas ditingkat nasional.

TOPIK III

PENGERTIAN IBI

Ikatan Bidan Indonesia (IBI) adalah organisasi profesi berbentuk kesatuan, bersifat nasional, berazaskan Pancasila yang bertujuan antara lain menggalang persatuan dan persaudaraan antara sesama Bidan serta kaum wanita pada umumnya dalam rangka memperkokoh persatuan bangsa. Membina pengetahuan dan keterampilan anggota dalam

profesi kebidanan, khususnya dalam pelayanan kesehatan Ibu dan Anak serta kesejahteraan keluarga. Membantu pemerintah (partisipasi aktif) dalam pelaksanaan pembangunan nasional, terutama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakatkan meningkatkan martabat dan kedudukan bidan dalam masyarakat.

IBI didirikan pada tanggal 24 juni 1951 di Jakarta, merupakan penggabungan berbagai organisasi bidan didaerah-daerah. Pada 15 Oktober 1954 IBI diakui sebagai sebuah organisasi yang berbadan hukum dan tertera dalam lembaran Negara No. Y.A.5/ 927 (Departemen kehakiman). Pada tahun 1956 IBI diterima sebagai anggota ICM (International Confederation of Midwifes). Pada tahun 1985 dan 2000 IBI menjadi tuan rumah ICMmeeting untuk kawasan Asia Pasifik.

VISI DAN MISI ORGANISASI

Visi: Satu-satunya wadah profesi bidan yang mandiri, berdaya saing dan mempunyai wewenang "pengesahan" kepada bidan, lembaga pendidikannya serta mendukung profesionalisme bidan.

Misi: Mewujudkan organisasi IBI yang mandiri dan berdaya saing, mampu meningkatkan profesionalisme bidan Indonesia dalm memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Sturuktur organisasi dan fokus kegiatan 1. Kepengurusan a. Pengurus Pusat: Berkedudukan di Jakarta. b. Jumlah Pengurus daerah: 33 c. Jumlah Pengurus Cabang: 480 2. Keanggotaan Jumlah anggota + 200.000 orang. 3. Kegiatan Organisasi Di bidang pendidikan dan sosial. 4. Yayasan yang Dikelola. "Yayasan yang bergerak dalam bidang bidang pendidikan, sosial membina TK, SD, SMP, SLTA, mengelola keterampilan dan kursus masalah kesehatan. Indetitas organisasi 1. Nama Organisasi : Ikatan Bidan Indonesia (IBI). 2. Alamat Sekretariat : Jl. Johar Baru V / D 13 Kayu Awet Jakarta Pusat 10560 Telpon : 021-424214 4. Tahun Berdiri : 24 Juni 1951 5. Masuk Kowani: 1951.

TOPIK IV

PENGERTIAN BIDAN MENURUT UNDANG-UNDANG

UU NOMOR 4 TH 2019 .

1. Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan Kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan.
2. Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh

Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan.

3. Asuhan Kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh Bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat Kebidanan.

4. Kompetensi Bidan adalah kemampuan yang dimiliki oleh Bidan yang meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap untuk memberikan Pelayanan Kebidanan.

5. Uji Kompetensi adalah proses pengukuran pengetahuan, keterampilan, dan perilaku peserta didik pada perguruan tinggi yang menyelenggarakan program studi Kebidanan.
6. Sertifikat Kompetensi adalah surat tanda pengakuan terhadap Kompetensi Bidan yang telah lulus Uji Kompetensi untuk melakukan Praktik Kebidanan.
7. Sertifikat Profesi adalah surat tanda pengakuan untuk melakukan Praktik Kebidanan yang diperoleh lulusan pendidikan profesi.
8. Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Bidan yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lain serta mempunyai pengakuan secara hukum untuk menjalankan praktik Kebidanan.
9. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil Kebidanan kepada Bidan yang telah diregistrasi.

Menurut Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019, Kebidanan adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada perempuan selama masa sebelum hamil, masa ke- hamilan, persalinan, pascapersalinan, masa nifas, bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah, termasuk kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sesuai dengan tugas dan wewenangnya. Sedangkan Pelayanan Kebidanan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan.

BAB II
MODEL PRAKTIK KEBIDANAN

Bab II menjelaskan tentang praktik kebidanan yang terdapat sebuah sejarah dan perkembangan pelayanan, pendidikan kebidanan di indonesia maupun di luar negeri. Didalam bab dua ini terdapat tiga topik yang akan dijelaskan pada bab dua ini.

1. Pendidikan bidan dalam negeri dan luar negeri.
2. Pelayanan kebidanan dalam negeri dan luar negeri.
3. Perkembangan pendidikan dan pelayanan kebidanan saat ini.

Sejarah Perkembangan Pelayanan Dan Pendidikan Kebidanan Di Indonesia

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

1. Perkembangan Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam system pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan kaum perempuan khususnya ibu dan anak.Layanan kebidanan yang tepat akan meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu dan bayinya.

Pada zaman pemerintahan Hindia Belanda, angka kematian ibu dan anak sangat tinggi. Tenaga penolong persalinan adalah dukun. Pada tahun 1807 (zaman Gubernur Jenderal Hendrik William Deandels) para dukun dilatih dalam pertolongan persalinan, tetapi keadaan ini tidak berlangsung lama karena tidak adanya pelatih kebidanan.

Adapun pelayanan kebidanan hanya diperuntukkan bagi orang-orang Belanda yang ada di Indonesia. Tahun 1849 di buka pendidikan Dokter Jawa di Batavia (Di Rumah Sakit Militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto). Saat itu ilmu kebidanan belum merupakan pelajaran, baru tahun 1889 oleh Straat, Obstetrikus Austria dan Masland, Ilmu kebidanan diberikan sukarela. 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). Mulai saat itu pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan oleh dukun dan bidan.Pada tahun 1952 mulai diadakan pelatihan bidan secara formal agar dapat meningkatkan kualitas pertolongan persalinan. Perubahan pengetahuan dan keterampilan tentang pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh di masyarakat dilakukan melalui kursus tambahan yang dikenal dengan

istilah Kursus Tambahan Bidan (KTB) pada tahun 1953 di Yogyakarta yang akhirnya dilakukan pula dikota-kota besar lain di nusantara. Seiring dengan pelatihan tersebut didirikanlah Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA).Dari BKIA inilah yang akhirnya menjadi suatu pelayanan terintegrasi kepada masyarakat yang dinamakan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) pada tahun 1957. Puskesmas memberikan pelayanan berorientasi pada wilayah kerja. Bidan yang bertugas di Puskesmas berfungsi dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anaktermasuk pelayanan keluarga berencana.

Mulai tahun 1990 pelayanan kebidanan diberikan secara merata dan dekat dengan masyarakat. Kebijakan ini melalui Instruksi Presiden 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 kesehatan KIA, khususnya dalam pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas serta pelayanan kesehatan bayi baru lahir, termasuk. Pembinaan dukun bayi. Dalam melaksanakan tugas pokoknya bidan di desa melaksanakan kunjungan rumah pada ibu dan anak yang memerlukannya, mengadakan pembinaan pada Posyandu di wilayahkerjanya 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 halnya dengan bidan yang bekerja di rumah sakit, dimana pelayanan yang diberikan berorientasi pada individu. Bidan di rumah sakit memberikan pelayanan poliklinik antenatal, gangguan kesehatan reproduksi di poliklinik keluarga berencana, senam hamil, pendidikan perinatal, kamar bersalin, kamar operasi kebidanan, ruang nifas dan ruang perinatal.Titik tolak dari Konferensi Kependudukan Dunia di Kairo pada tahun 1994 yang menekankan pada reproduktive health (kesehatan reproduksi), memperluas area garapan pelayanan bidan. Area tersebut meliputi :

a. Safe Motherhood, termasuk bayi baru lahir dan perawatan abortus
b. Family Planning.
c. Penyakit menular seksual termasuk infeksi saluran alat reproduksi
d. Kesehatan reproduksi remaja
e. Kesehatan reproduksi pada orang tua.

Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya didasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan (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 :

a. Permenkes No. 5380/IX/1963, wewenang bidan terbatas pada pertolongan persalinan normal secara mandiri, didampingi tugas lain.
b. Permenkes No. 363/IX/1980, yang kemudian diubah menjadi

Permenkes 623/1989 wewenang bidan dibagi menjadi dua yaitu wewenang umum dan khusus ditetapkan bila bidan meklaksanakan tindakan khusus di bawah pengawasan dokter. Pelaksanaan dari Permenkes ini, bidan dalam melaksanakan praktek perorangan di bawah pengawasan dokter.

c. 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 Keluarga Berencana
   - Pelayanan Kesehatan Masyarakat

d. Kepmenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktek bidan revisi dari Permenkes No. 572/VI/1996 Dalam melaksanakan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi dan merujuk sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya.

Dalam 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 serta berdasarkan standar profesi.

Pencapaian kemampuan bidan sesuai dengan Kepmenkes No. 900/2002 tidaklah mudah, karena kewenangan yang diberikan oleh Departemen Kesehatan ini mengandung tuntutan akan kemampuan bidan sebagai tenaga profesional dan mandiri.

2. Perkembangan Pendidikan Kebidanan

Perkembangan pendidikan bidan berhubungan dengan perkembangan pelayanan kebidanan. Keduanya berjalan seiring untuk menjawab kebutuhan/tuntutan masyarakat akan pelayanan kebidanan. Yang dimaksud dalam pendidikan ini adalah, pendidikan formal dan non formal.Pendidikan bidan dimulai pada masa penjajahan Hindia Belanda. Pada tahun 1851 seorang dokter militer Belanda (Dr. W. Bosch) membuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia. Pendidikan ini tidakberlangsung lama karena kurangnyah peserta didik yang disebabkan karena adaanya larangan atatupun pembatasan bagi wanita untuk keluaran rumah. Pada tahunan 1902 pendidikan bidan dibuka kembali bagi wanita pribumi di rumah sakit militer di batavia dan pada tahun 1904 pendidikan bidan bagi wanita indo dibuka di Makasar. Luluasan dari pendidikan ini harus bersedia untuk 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 per bulan (tahun1922). 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 j didik wanita pertama dan bagi perawat wanita yang luluas dapat meneruskan kependidikan kebidanan selama dua tahun. Untuk perawat pria dapat meneruskan ke pendidikan keperawatan lanjutan selama dua tahun juga.

Pada tahun 1935-1938 pemerintah Kolonial Belanda mulai mendidik bidan lulusan Mulo (Setingkat SLTP bagian B) dan hampir bersamaan dibuka sekolah bidan di beberapa kota besar antara lain Jakarta di RSB Budi Kemuliaan, RSB Palang Dua dan RSB Mardi Waluyo di Semarang. DI tahun yang sama dikeluarkan sebuah peraturan yang membedakan lulusan bidan berdasarkan latar belakang pendidikan. Bidan dengan dasar pendidikannya Mulo dan pendidikan Kebidanan selama tiga tahun tersebut Bidan Kelas Satu (Vreodrouweerste Klas) dan bidan dari lulusan perawat (mantri) di sebut Bidan Kelas Dua (Vreodrouw tweede klas). Perbedaan ini menyangkut ketentuan gaji pokok dan tunjangan bagi bidan. Pada zaman penjajahan Jepang, pemerintah mendirikan sekolah perawat atau sekolah bidan dengan nama dan dasar yang berbeda, namun memiliki persyaratan yang sama dengan zaman penjajahan Belanda. Peserta didik kurang berminat memasuki sekolah tersebut dan mereka mendaftar karena terpaksa, karena tidak ada pendidikan lain.

Pada tahun 1950-1953 dibuka sekolah bidan dari lulusan SMP dengan batasan usia minimal 17 tahun dan lama pendidikan tiga tahun. Mengingat kebutuhan tenaga untuk menolong persalinan cukup banyak, maka dibuka pendidikan pembantu bidan yang disebut Penjenjang Kesehatan E atau Pembantu Bidan. Pendidikan ini dilanjutkan sampai tahun 1976 dan setelah itu ditutup. Peserta didik PK/E adalah lulusan SMP ditambah 2 tahun kebidanan dasar. Lulusan dari PK/E sebagian besar melanjutkan pendidikan bidan selama dua tahun.

Tahun 1953 dibuka Kursus Tambahan Bidan (KTB) di Yogyakarta, lamanya kursus antara 7 sampai dengan 12 minggu. Pada tahun 1960 KTB dipindahkan ke Jakarta. Tujuan dari KTB ini 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. Pada tahun 1967 KTB ditutup (discountinued).

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 dua tahun dan terakhir berkembang menjadi tiga 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.

Pada tahun 1970 dibuka program pendidikan bidan yang menerima lulusan dari Sekolah Pengatur Rawat (SPR) ditambah dua tahun pendidikan bidan yang disebut Sekolah Pendidikan Lanjutan Jurusan Kebidanan (SPLJK). Pendidikan ini tidak dilaksanakan secara merata diseluruh propinsi.

Pada tahun 1974 mengingat jenis tenaga kesehatan menengah dan bawah sangat banyak (24 kategori), Departemen Kesehatan melakukan penyederhanaan pendidikan tenaga kesehatan non sarjana. Sekolah bidan ditutup dan dibuka Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dengan tujuan adanya tenaga multi purpose di lapangan 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.

Pada tahun 1975 sampai 1984 institusi pendidikan bidan ditutup, sehingga selama 10 tahun tidak menghasilkan bidan. Namun organisasi profesi bidan (IBI) tetap ada dan hidup secara wajar.Tahun 1981 untuk meningkatkan kemampuan perawat kesehatan (SPK) dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk kebidanan, dibuka pendidikan Diploma I Kesehatan Ibu dan Anak. Pendidikan ini hanya berlangsung satu tahun dan tidak dilakukan oleh semua institusi.Pada tahun 1985 dibuka lagi program pendidikan bidan yang disebut (PPB) yang menerima lulusan SPR dan SPK. Lama pendidikan satu tahun dan lulusannya dikembalikan kepada institusi yang mengirim.

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 satu tahun dan lulusannya ditempatkan di desa-desa. Untuk itu pemerintah menempatkan seorang bidan di tiap desa sebagai pegawai negeri sipil (PNS Golongan II). Mulai tahun 1996 status bidan di desa sebagai pegawai tidak tetap (Bidan PTT) dengan kontrak selama tiga tahun dengan pemerintah, yang kemudian dapat diperpanjang 2x 3 tahun lagi.

Penempatan BDD ini menyebabkan orientasi sebagai tenaga kesehatan berubah. BDD 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 pada tahun 1996 sebagian besar desa sudah memiliki minimal seorang bidan. Lulusan pendidikan ini kenyataannya juga tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan seperti yang diharapkan sebagai seorang bidan profesional, karena lama pendidikan yang terlalu singkat dan jumlah peserta

didik terlalu besar dalam kurun waktu satutahun akademik, sehingga kesempatan peserta didik untuk praktek klinik kebidanan sangat kurang, sehingga tingkat kemampuan yang dimiliki sebagai seorang bidan juga kurang.

Pada tahun 1993 dibuka Program Pendidikan Bidan Program B yang peserta didiknya dari lulusan Akademi Perawat (Akper) dengan lama pendidikan satu tahun. Tujuan program ini adalah untuk mempersiapkan tenaga pengajar pada Program Pendidikan Bidan A. Berdasarkan hasil penelitian terhadap kemampuan klinik kebidanan dari lulusan ini tidak menunjukkan kompetensi yang diharapkan karena lama pendidikan yang terlalu singkat yaitu hanya setahun. Pendidikan ini hanya berlangsung selama dua angkatan (1995 dan 1996) kemudian ditutup.

Pada tahun 1993 juga dibuka pendidikan bidan Program C (PPB C),yang menerima masukan dari lulusan SMP. Pendidikan ini dilakukan di 11 Propinsi yaitu : Aceh, Bengkulu, Lampung dan Riau (Wilayah Sumatera), Kalimantan Barat, Kalimantan Timur dan Kalimantan Selatan (Wilayah Kalimantan. Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Irian Jaya. Pendidikan ini memerlukan kurikulum 3700 jam dan dapat diselesaikan dalam waktu enam semester.

Selain program pendidikan bidan di atas, sejak tahun 1994-1995 pemerintah juga menyelenggarakan uji coba Pendidikan Bidan Jarak Jauh (Distance learning) di tiga propinsi yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur. Kebijakan ini dilaksanakan 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 Tahap I (1995-1996) dilaksanakan di 15 Propinsi, pada tahap II (1996-1997) dilaksanakan di 16 propinsi dan pada tahap III (1997-1998) dilaksanakan di 26 propinsi. Secara kumulatif pada tahap I-III telah diikuti oleh 6.306 orang bidan dan sejumlah 3.439 (55%) dinyatakan lulus. Pada tahap IV (1998-1999) DJJ dilaksanakan di 26 propinsi dengan jumlah tiap propinsinya adalah 60orang, kecuali Propinsi Maluku, Irian Jaya dan Sulawesi Tengah masing- masing hanya 40 orang dan Propinsi Jambi 50 orang. Dari 1490 peserta belum diketahui berapa jumlah yang lulus karena laporan belum masuk.

Selain pelatihan DJJ tersebut pada tahun 1994 juga dilaksanakan pelatihan pelayanan kegawat daruratan maternal dan neonatal (LSS = Life Saving Skill) dengan materi pembelajaran berbentuk 10 modul. Koordinatornya adalah Direktorat

Kesehatan Keluarga Ditjen Binkesmas,edang pelaksanaannya adalah Rumah sakit propinsi/kabupaten. Penyelenggaraan ini dinilai tidak efektif ditinjau dari proses.

Pada tahun 1996, IBI bekerja sama dengan Departemen Kesehatan dan American College of Nurse Midwive (ACNM) dan rumah sakit swasta mengadakan Training of Trainer kepada anggota IBI sebanyak 8 orang untuk LSS, yang kemudian menjadi tim pelatih LSS inti di PPIBI. Tim pelatih LSS ini mengadakan TOT dan pelatihan baik untuk bidan di desa maupun bidan praktek swasta. Pelatihan praktek dilaksanakan di 14 propinsi dan selanjutnya melatih bidan praktek swasta secara swadaya, begitu juga guru/dosen dari D3 Kebidanan. 1995-1998, IBI bekerja sama langsung dengan Mother Care melakukan pelatihan dan peer review bagi bidan rumah sakit, bidan Puskesmas dan bidan di desa di Propinsi Kalimantan Selatan. Pada 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, utnuk meningkatkan kualitas pelayanan juga diadakan seminar dan Lokakarya organisasi. Lokakarya organisasi dengan materi pengembangan organisasi (Organization Development = OD) dilaksanakan setiap tahun sebanyak duakali mulai tahun 1996 sampai 2000.

B. Sejarah Perkembangan Pelayanan dan Pendidikan Kebidanan di Luar Negeri

1. Sebelum abad 20 (1700-1900)

William Smellie dari Scotlandia (1677-1763) mengembangkan forcepss dengan kurva pelvik seperti kurva shepalik. Dia memperkenalkan cara pengukuran konjungata diagonalis dalam pelvi metri, menggambarkan metode tentang persalinan lahirnya kepala pada presentasi bokong, dan penanganan resusitasi bayi asfiksia dengan penonpaan paru-paru melalui sebuah metal kateler.

Ignos Phillip Semmelweis, seorang dokter dari Hungaria (1818-1865) mengenalkan tentang cuci tangan yang bersih, mengacu pada pengendalian species puerperium. James Young Simpsosn dari Edenburgh, Scotlandia (1811-1870) memperkenalan dan menggunakan anastesi umum.

Tahun 1824, James Blundell dari Inggris menjadi orang pertama yang berhasil menangani pendarahan postpartum dengan menggunakan tranfusi darah.

Jean Lubumean dari Prancis (orang kepercayaan Rene Laenec, penemu Stetoskop pada tahun 1819) pertama kali mendengar bunyi jantung janin dengan stetoskop pada tahun 1920.

Jhon Charles Weaven dari Inggris (1811-1859), pada tahun 1843, adalah orang pertama yang tes urin pada perempuan hamil untuk pemeriksaan dan menghubungkan kehadirannya dengan eklamsipsia.

Adolf Pinard dari Prancis (1844-1934) , pada tahun 1878, mengumpulkan kerjanya pada palpasi abdominal. Carl Crede dari Jerman (1819-1892), menggambarkan metode stimulasi urin yang lembut dan lentur untuk mengeluarkan plasenta.

Juduig Bandl, dokter obstetri dari jerman (1842-1992), pada tahun 1875, menggambarkan lingkaran retraksi yang pasti muncul pada pertemuan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim dalam persalinan macet atau sulit.

Daunce dari Bordeauz, pada tahun 1857, memperkenalkan penggunaan inkubator dalam perawatan bayi prematur.

2. Abad 20

Postnatal care sejak munculnya hospitalisasi untuk persalinan telah berubah dari perpanjangan masa rawatan sampai 10 hari, ke trend "Modern" ambulasi diri. Yang pada kenyataannya, suatu pengembalian pada "cara yang lebih alami".Selama beberapa tahun, pemisahan ibu dan bayimerupakan praktek yang dapat diterima di banyak rumah sakit, dan alat menyusui bayi buatan menjadi dapat diterima, dan bahkan oleh norma. Perkembangan teknologi yang cepat seperti pengguraan ultrasonografi dan cardiotocografi, dan telah merubah prognosis bagi bayi prematur secara dramatis ketika dirawat di neonatal intersive care unit, hal ini juga memungkinkan perkembangan yang menakjubkan.

C. Sejarah Perkembangan Pelayanan dan Pendidikan Kebidanan di Beberapa Negara

1. Australia

Pelayanan Bidan di Australia

Florence Nightingale adalah pelopor kebidanan dan keperawatan yang dimulai dengan tradisi dan latihan-latihan pada abad 19. Tahun 1824 kebidanan masih belum dikenal sebagai bagian dari pendidikan medis di Inggris dan Australia, kebidanan masih didominasi oleh profesi dokter. Pendidikan bidan pertama kali di Australia dimulai pada tahun 1862. Lulusan itu dibekali dengan pengetahuan teori dan praktek. Pendidikan diploma kebidanan dimulai tahun 1893. Dan sejak itu tahun 1899 hanya bidan sekaligus perawat yang telah terlatih yang boleh bekerja di rumah sakit.

Sebagian besar wanita yang melahirkan tidak dirawat dengan selayaknya oleh masyarakat. Ketidakseimbangan seksual dan moral di Australia telah membuat prostitusi berkembang dengan cepat. Hal ini menyebabkan banyak wanita hamil diluar nikah dan jarang mereka dapat memperoleh pelayanan dari bidan atau dokter karena pengaruh sosial mereka atau pada komunitas yang terbatas, meskipun demikian di Australia bidan tidak bekerja sebagai perawat, mereka bekerja sebagaimana layaknya seorang bidan. Pendapat bahwa seseorang bidan harus reflek menjadi perawat dan program pendidikan serta prakteknya banyak dibuka di beberapa tempat dan umumnya disediakan oleh non bidan.

Kebidanan di Australia telah mengalami perkembangan yang pesat sejak 10 tahun terakhir. Dasar pendidikan telah berubah dari tradisional hospital base programme menjadi tertiary course of studies menyesuaikan kebutuhan pelayanan dari masyarakat. Tidak semua institusi pendidikan kebidanan di Australia telah melaksanakan perubahan ini, beberapa masih menggunakan program yang berorientasi pada rumah sakit. Kurikulum pendidikan disusun oleh staf akademik berdasarkan pada keahlian dan pengalaman mereka di lapangan kebidanan.

Kekurangan yang bisa dilihat dari pendidikan di Australia hampir sama dengan pelaksanaan pendidikan bidan di Indonesia. Belum ada persamaan persepsi mengenai penerapan kurikulum pada masing-masing institusi, sehingga lulusan bidan mempunyai komponetensi klinik yang berbeda, tergantung pada institusi pendidikannya. Ini di tambah dengan kurangnya kebijaksaan formaldan tidak adanya standar nasional menurut *National Review of Nurse Education* 1994, tidak ada direct entry.

Perawat kebidanan tidak boleh menolong persalinan. Pendidikan kebidanan di Australia setingkat universitas, mahsiswanya berasal dari lulusan degree perawat dan 2 tahun bidan. Pada tahun 200, di *University of technology of Sidney*, telah terbentuk S2 kebidanan (Doctor of Midwifery).

1. Afrika

Usia yang diijinkan masuk

Sebelum ada peraturan-peraturan Dewan Medis Afrika Selatan, tidak ada penentuan batas usia. Beberapa sekolah menetapkan bahwa para siswa harus berusia 21-50 tahun, sekolah yang lain menetapkan 21-45 tahun. Semua sekolah mewajibkan orang yang sudah dewasa. Kebidanan bukan merupakan profesi yang diinginkan gadis-gadis yang belum menikah.

Kemudian, siswa perawat dan siswa bidan tidak diijinkan untuk menikah dan siapapun yang memutuskan untuk menikah harus berhenti dari pelatihan. Pada tahun 1960-an, peraturan-peraturan tersebut diperlonggar, dan perempuan yang sudah menikah dijinkan untuk melanjudkan pelatihan keperawatan dan kebidanan.

Standar pendidikan

Pada tahun 1923, sertifikat standar enam telah dapat diterima, kemudian muncul standar tujuh pada tahun1929. Standar delapan pada tahun 1949, dan pada tahun 1960, standar sepuluh merupakan standar pendidikan minimal yang diwajibkan. Silabus dan lamanya pelatihan.

Pelatihan kebidanan ditetapkan oleh empat Dewan Medis setelah dimulai di Cape pada tahun 1892, dan siswa harus menolong minimal 12 persalinan serta merawat 12 perempuan pada masa puerperium. Pelatihan dilakukan di lapangan dan di ruang perawatan rumah sakit kalau ada tersedia atau ada.

Sebagian besar pusat pelatihan merasa bahwa masa pelatihan terlalu pendek, dan pada tahun 1917, Asisoasi Perawat terlatih Afrika Selatan juga mengungkapkan ketidakpuasannya dengan kurangnya fasilitas. Sekolah

pelatihan terlalu sedikit dan kurangnya *bed* yang tersedia bagi para pasien kebidanan.

Asosiasi ini merekomendasikan ketentuan rumah sakit kebidanan yang disubsi oleh pemerintah yang lebih banyak untuk digunakan sebagai sekolah pelatihan, di mana pelatihan harus diperpanjang sampai minimal selama 6 bulan, dan di mana ketentuan tersebut harus meliputi pelatihan teoritis dan praktik di lapangan dan ruang perawatan. Dewan perawatan Afrika Selatan mengambil kembali pelatihan kebidanan pada tahun 1945, dan pada tahun 1949, masa pengajaran lebih lanjut meningkat menjadi 18 bulan bagi perawat yang belum terdaftar, dan 9 bukan bagi perawat yang sudah terdaftar. Pada tahun 1960, masa tersebut bertambah 24 bulan, dan 12 bulan berturut-turut. Diwajibkan untuk menolong persalinan sebanyak 30 persalinan dan 30 asuhan postnatal. Perawat yang belum terdaftar mengikutiujian awal umum bersama siswa keperawatan umum.

Sekarang ini, kadang-kadang secara kontroversi, pengajaran kebidanan termasuk dalam pengajaran selama 4 tahun, yang menuntun pada registrasi bagi seorang perawat (umum,psikiatrik, dan komunitas) dan sebagai seorang bidan. Pada tahun 1977, laki-laki diijinkan mengikuti pengajaran kebidanan untuk pertama kalinya di Afrika Selatan.

2. Amerika

Pelayanan Bidan di Amerika

Di Amerika, para bidan berperan seperti dokter, berpengalaman tanpa pendidikan yang spesifik, standart-standart, atau peraturan-peraturan sampai pada awal abad ke 20.

Kebidanan sementara itu dianggap menjadi tidak diakui dalam sebagian besar yuridiksi (hukum-hukum) dengan istiklah “nenek tua” kebidanan akhirnya vacum, profesi bidan hampir mati.

Sekitar tahun 1700, para ahli sejarah memprediksikan bahwa angka kematian ibu di AS sebanyak 95%. Salah satu alasan kenapa dokter banyak terlibat dalam persalinan adalah untuk menghilangkan praktek sihir yang mash ada pada saat itu. Dokter memegang kendali dan banyak memberikan obat-obatan tetapi tidak mengindahkan aspek spiritual. Sehingga wnaita yang menjalani persalinan selalu dihinggapi perasaan takut terhadap kematian. Walaupun statistik terperinci tidak menunjukkan bahwa pasien- pasien bidan mungkin tidak sebanyak dari pada pasien dokter untuk kematian demam nifas atau infeksi puerper alis, sebagian besar penting karena kesakitan maternal dan kematian saat itu.

Tahun 1765 pendidikan formal untuk bidan mulai dibuka pada akhir abad ke 18 banyak kalangan medis yang berpendapat bahwa secara emosi dan intelektual wanita tidak dapat belajar dan menerapkan metode obstetric. Pendapat ini digunakan untuk menjatuhkan profesi bidan, sehingga bidan tidak mempunyai pendukung dan tidak dianggap profesional. Pada pertengahan abad antara tahun 1770 dan 1820, para wanita golongan atas di kota-kota di Amerika, mulai meminta bantuan "para bidan pria" atau para dokter. Sejak awal 1990 setengah persalinan di AS ditangani oleh dokter, bidan hanya menangani persalinan wanita yang tidak mampu membayar dokter. Dengan berubahnya kondisi kehidupan di kota, persepsi-persepsi baru para wanita dan kemajuan dalam ilmu kedokteran, kelahiran menjadi semakin meningkat dipandang sebagai satu masalah medis sehingga dikelola oleh dokter.

Tahun 1915 dokter Joseph de lee mengatakan bahwa kelahiran bayi adalah proses patologis dan bidan tidak mempunyai peran di dalamnya, dan diberlakukannya protap pertolongan persalinan di AS yaitu : memberikan sedatif pada awal inpartu, membiarkan serviks berdilatasi memberikan ether pada kala dua, melakukan episiotomi, melahirkan bayi dengan forcep elstraksi plasenta, memberikan uteronika serta menjahit episiotomi. Akibat protap tersebut kematian ibu mencapai angka 600-700 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1900-1930, dan sebanyak 30-50% wanita melahirkan di rumah sakit. Dokter Grantly Dicke meluncurkan buku tentang persalinan alamiah. Hal ini membuat para spesialis obstetric berusaha meningkatkan peran tenaga diluar medis, termasuk bidan.Pada waktu yang sama karena pelatihan para medis yang terbatas bagi para pria, para wanita kehilangan posisinya sebagai pembantu pada persalinan, dan suatu peristiwa yang dilaksanakan secara tradisional oleh suatu komunitas wanita menjadi sebuah pengalaman utama oleh seorang wanita dan dokternya.

Tahun 1955 American College of Nurse – Midwives (ACNM) dibuka. Pada tahun 1971 seorang bidan di Tennesse mulai menolong persalinan secara mandiri di institusi kesehatan. Pada tahun 1979 badan pengawasan obat Amerika mengatakan bahwa ibu bersalin yang menerima anasthesidalam dosis tinggi telah melahirkan anak-anak yang mengalami kemunduran perkembangan psikomotor. Pernyataan ini membuat masyarakat tertarik pada proses persalinan alamiah, persalinan di rumah dan memacu peran bidan. Pada era 1980-an ACNM membuat pedoman alternatif lain dalam homebirth. Pada tahun yang sama dibuat legalisasi tentang praktek profesional bidan, sehingga membuat bidan menjadi sebuah profesi dengan lahan praktek yang spesifik dan membutuhkan organisasi yang mengatur profesi tersebut. Pada tahun 1982 MANA (Midwive Alliance Of North America) di bentuk untuk meningkatkan komunikasi antar bidan serta membuat peraturan sebagai dasar kompetensi untuk melindungi bidan. Di beberapa negara seperti Arizona, bidan mempunyai tugas khusus yuaitu melahirkan bayi untuk perawatan selanjutnya seperti merawat bayi, memberi injeksi bukan lagi tugas bidan, dia hanya melakukan jika diperlukan namun jarang

terjadi. Bidan menangani 1,1% persalinan di tahun 1980 : 5,5% di tahun 1994. Angka sectio caesaria menurun dari 25% (1988) menjadi 21% (1995). Penggunaan forcep menurun dari 5,5% (1989) menjadi 3,8% (1994). Dunia kebidanan berkembang saat ini sesuai peningkatan permintaan untuk itu profesi kebidanan tidak mempunyai latihan formal, sehingga ada beberapa tingkatan kemampuan, walaupun begitu mereka berusaha agar menjadi lebih dipercaya, banyak membaca dan pendekatan tradisional dan mengurangi teknik invasif untuk pertolongan seperti penyembuhan tradisional.

Hambatan-hambatan yang dirasakan oleh bidan Amerika Serikat saat ini antaralain:

- Walaupun ada banyak undang-undang baru, direct entry midwives masih dianggap ilegal dibeberapa negara bagian.
- Lisensi praktek berbeda tiap negara bagian, tidak ada standart nasional sehingga tidak ada definisi yang jelas tentang bidan sebagai seseorang yang telah terdidik dan memiliki standart kompetensi yang sama. Sedikit sekali data yang akurat tentang direct entry midwives dan jumlah data persalinan yang mereka tangani.
- Kritik tajam dari profesi medis kepada diret entry midwives ditambah dengan isolasi dari system pelayanan kesehatan pokok telah mempersulit sebagian besar dari mereka untuk memperoleh dukungan medis yang adekuat bila terjadi keadaan gawat darurat.

Pendidikan kebidanan biasanya berbentuk praktek lapangan, sampai saat ini mereka bisa menangani persalinan dengan pengalaman sebagai bidan. Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan selam 4 tahun dan praktek lapangan selama 2 tahun, yang mana biaya yang sangat mahal. Kebidanan memiliki sebuah organisasi untuk membentuk standart, menyediakan sertifikat dan membuat ijin praktek.

3. Belanda

Perkembangan kebidanan di Belanda

Seiring dengan meningkatnya perhatian pemerintah Belanda terhadap kelahiran dan kematian, pemerintah mengambil tindakan untuk masalah tersebut. Perempuan berhak memilih apakah ia mau melahirkan di rumah atau rumah sakit, hidup atau mati. Belanda memiliki angka kelahiran yang sangat tinggi, sedangkan kematian prenatal relative rendah. Prof. Geerit Van Kloosterman pada kenferensinya di Toronto tahun 1984, menyatakan bahwa setiap kehamilan adalah normal, harus selalu dipantau dan mereka bebas memilih untuk tinggal di rumah atau rumah sakit, dimana bidan yang sama akan memantau kehamilannya. Astrid Limburg mengatakan : Seorang perawat yang baik tidak akan menjadi seorang bidan yang baik karena perawat dididik untuk merawat orang yang sakit, sedangkan bidan untuk kesehatan wanita. Tidak berbeda dengan ucapan Maria De Broer yang mengatakan bahwa kebidanan tidak memiliki hubungan dengan keperawatan, kebidanan

adalah profesi mandiri.

Pendidikan kebidanan di Amsterdam memiliki prinsip, yakni sebagaimana member anastesi dan sedative pada pasien, begitulah kita harus mengadakan pendekatan dan member dorongan pada ibu saat persalinan. Jadi pada praktiknya bidan harus memandang ibu secara keseluruhan dan mendorong ibu untuk menolong dirinya sendiri. Pada kasus rsisiko rendah dokter tidak ikut menangani, mulai dari prenatal, natal, dan post natal. Pada rsisiko menengah mereka selalu memberi tugas tersebut pada bidan dan pada kasus risiko tinggi dokter dan bidan saling bekerjasama. Bidan di Belanda 75% bekerja secara mandiri, karena kebidanan adalah profesi yang mandiri dan aktif. Adapun pelayanan yang dilaksanakan oleh Belanda, yaitu :

a. Pelayanan Antenatal

Bidan menurut peraturan Belanda lebih berhak praktek mandiri daripada perawat. Bidan mempunyai ijin resmi untuk praktek dan menyediakan layanan kepada wanita dengan resiko rendah, meliputi antenatal, intrapartum dan postnatal tanpa ahli kandungan yang menyertai mereka bekerja di bawah Lembaga Audit Kesehatan. Bidan harus merujuk wanita denganresikotinggiatau kasus patologi ke ahli kebidanan untuk dirawat dengan baik.Untuk memperbaiki pelayanan kebidanan dan ahli kebidanan dan untuk meningkatakan kerjasama antar bidan dan ahli kebidanan dibentuklah daftar indikasi oleh kelompokkecil yang berhubungan dengan pelayanan maternal di Belanda.

b. Pelayanan Intrapartum

Pelayanan intrapartum dimulai dari waktu bidan dipanggil sampai satu jam setelah lahirnya plasenta. Bidan mempunyai kemampuan untuk melakukan episiotomi tapi tidak diijinkan menggunakan alat kedokteran. Biasanya bidan menjahit luka perineum atau episiotomi, untuk luka yangparah dirujuk ke Ahli Kebidanan. Ergometrin diberikan jika ada indikasi. Kebanyakan Kala III dibiarkan sesuai fisiologinya. Analgesik tidak digunakan dalam persalinan.

c. Pelayanan Postpartum

Pada tahun 1988, persalinan di negara Belanda 80% telah ditolong oleh bidan, hanya 20% persalinan di RS. Pelayanan kebidanan dilakukan pada community–normal, bidan sudah mempunyai independensi yang jelas. Kondisi kesehatan ibu dan anak pun semakin baik, bidan mempunyai tanggung jawab yakni melindungi dan memfasilitasi proses alami, menyeleksi kapan wanita perlu intervensi, yang menghindari teknologi dan pertolongan dokter yang tidak penting.Pendidikan bidan digunakan sistem Direct Entry dengan lama pendidikan 3tahun.

Pendidikan kebidanan di Belanda

Pendidikan kebidanan di Belanda terpisah dari pendidikan keperawatan, dan

berkembang menjadi profesi yang berbeda. Di Belanda ada 3 institusi kebidanan dan menerima 66 mahasiswa setiap tahunnya. Hampir setiap tahun 800 calon mahasiswa (95% wanita, 4% laki-laki) mengikuti tes syarat masuk untuk mengikuti pendidikan di usia minimal 19 tahun. Mahasiswa kebidanan tidak menerima gaji dan tidak membayar biaya pendidikan.

Selama pendidikan, ketiga institusi menekankan bahwa kehamilan, persalinan, nifas merupakan proses fisiologi. Ini diterapkan dengan menempatkan mahasiswa untuk praktik di kamar bersalin, dimana terdapat perempuan dengan risiko rendah melahirkan. Bila ada masalah, mahasiswa baru akan berkunsultasi dengan ahli kebidanan. Mahasiswa diwajibkan mempunyai pengalaman minimal 49 persalinan selama pendidikan. Ketika lulus ujian akhir, mereka akan menerima ijazah, dimana di dalamnya tercantum nilai ujian.

4. Moskow, Uni Soviet

Pelayanan Antenatal

Pada awalnya, pelayanan antenatal di Moskow dilakukan oleh dokter bersama beberapa perawat atau bidan, yang melakukan tugas rutin yang cukup berat, pemerikasaan urin, dan sebagai asisten dokter. Di beberapa area pedesaan, bidan lebih terlibat dalam pelayanan antenatal. Angka kematian ibu bervariasi, tetapi biasanya lebih tinggi di area pedesaan, dimana akses untuk mendapatkan pelayanan sulit. Pengelolaan masalah seperti kehamilan yang menyebabkan hipertensi dan preeklampsia sering terjadi. Terdapat kekurangan pada perlengkapan monitor dan fasilitas untuk pemeriksaan yang akan menghasilkan bentuk manajemen kuno. Ibu mengunjungi klinik secara rutin setiap bulan pada umur kehamilan 12-20 minggu dan pada kehamilan 32-40 minggu. Pemeriksaan urin rutin, tekanan darah dan berat badan dilakukan pada setiap kunjungan. Pendidikan kebidanan di Moskow, Uni Soviet

Pendidikan bidan di Moskow dilakukan selama 3 tahun di bawah pengawasan ahli kandungan. Perkuliahan termasuk anatomi fisiologi, patologi dari kehamilan, dan sebagainya. Nampaknya tidak ada ruang untuk kegiatan organisasi siswa dan nampaknya tidak dianggap penting, dpat terlihat bahwa mereka lebih difokuskan pada aspek ilmu fisik dan biologis daripada ilmu social dan psiksikologis.

5. Jepang

Pelayanan kebidanan di Jepang

Jepang merupakan sebuah negara dengan ilmu pengetahuan dan teknologi yang maju serta kesehatan masyarakat yang tinggi.Pelayanan kebidanan setelah perang dunia II, lebih lebih banyak terkontaminasi oleh medikalisasi. Pelayana kepada masyarakat masih bersifat hospitalisasi. Bidan berasal dari perawat jurusan kebidanan dan perawat kesehatan masyarakat serta bidan hanya berperan sebagai asisten dokter. Pertolongan

persalinan lebih banyak dilakukan oleh dokter dan perawat.

Jepang melakukan peningkatan pelayanan dan pendidikan bidan serta mulai menata dan merubah situasi. Pada tahun 1987 peran bidan kembali dan tahun 1989 berorientasi pada siklus kehidupan wanita mulai dari pubertas sampai klimakterium serta kembali ke persalinannormal.

Bagi orang jepang melahirkan adalah suatu hal yang kotor dan tidak diiinginkan.Banyak wanita yang akan melahirkan diasingkan dan saat persalinan terjadi di tempat kotor gelap seperti gedung dan gudang.

Dokumentasi relevan pertama tentang praktek kebidanan adalah tentang pembantu-pembantu kelahiran (asisten) pada periode Heian (794- 1115).Dokumentasi hukum pertama tentang praktek kebidanan diterbitkan pada tahun 1868. Dokumen ini resmi menjadi dasar untuk peraturan- peraturan hukum utama untuk profesi medis Jepang. Tahun 1899 izin kerja kebidanan dikeluaran untuk memastikan profesional kualifikasi.

Pendidikan Kebidanan di Jepang

Pendidikan kebidanan di Jepang diawali dengan terbentuknya sekolah bidan pada tahun 1912 didirikan oleh Obgyn, dan baru mendapatkan lisensi pada tahun 1974. Kemudian pada tahun 1899 lisensi dan peraturan- peraturan untuk seleksi baru terbentuk. Tahun 1987, pendidikan bidan mulai berkembang dan berada dibawah pengawasan obgyn. Kurikulum yang digunakan dalam pendidikan bidan terdiri dari ilmu fisika, biologi, ilmu sosial, dan psikologi. Ternyata hasil yang diharapkan dari pendidikan bidan tidak sesuai dengan harapan. Bidan-bidan tersebut banyak yang bersifat tidak ramah dan tidak banyak menolong persalinan dan pelayanan kebidanan.

Yang mengikuti pendidikan bidan yaitu para perawat yang masuk pendidikan saat umur 20 tahun. Pendidikan berlangsung selama 3 tahun. Tingkat Degree di universitas terdiri dari 8-16 kredit, yaitu 15 jam teori, 30 jam lab, dan 45 jam praktik. Pendidikan kebidanan tersebut bertujuan untuk meningkatkan pelayanan obstetridanneonatal,serta meningkatkan kebutuhan masyarakat karena masih tingginya angka aborsi di Jepang. Masalah- masalah yang masih terdapat di Jepang antara klain masih kurangnya tenaga bidan dan kualitas bidan yang masih belum memuaskan.

Saat ini pendidikan bidan di Jepang bisa setelah lulus dari sekolah perawat atau perguruan tinggi 2 tahun atau melalui program kebidanan yang ditawarkan oleh perguruan tinggi 4 tahun.

6. 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 mehasiswa pasca sarjana ilmu kebidanan dari universitas Aukland untuk terjun ke rumah sakit pemerintah khusus wanita. Salah satu konsekuensi dari pendekatan ini adalah regional jasa. Iniadalah 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. 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 dalan 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 garis 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. sebagai 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 memperolah pendidikan kebidanan di luar negeri pada tahun 1986 dari 206 bidan yang ada, dan hanya 29 orang lulusan kebidanan Selandia Baru tahun 1987.

Tahun 1981sebagian 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 dibawah RS atau dibawah dokter kandungan.

7. 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 graduad 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 kerena 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.

8. 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 thain 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.

9. Ontario, Kanada

Onatario adalah provinsi pertama di Kanada yang menerbitkan peraturan tentang kebidanan, setelah adanya sejarah panjang tentang kebidanan yang illegal dan berakibat meningkatkan praktik bidan yang tidak berijin. Mereka membuat pilihan asuhan dan keputusan yang sesuai dengan pengalaman untuk

dijadikan model kebidanan terbaru. Model kabidanan yang dipakai di Ontario berdasarkan pada definisi ICM tentang bidan yaitu seorang tenaga yang mempunyai otonomi praktik terbatas pada persalianan normal. Sasaran dari praktik kebidanan adalah masyarakat. Bidan memiliki akses pada rumah sakit maternitas dan perempuan mempunyai pilihan atas persalinan di rumah atau rumah sakit.

Ontario tidak menganut konsep *partnership* sebagai pusat praktik kebidanan walaupun terbatas atas dua model. Sebagai contoh, Ontario Kanada menerapkan model *partnership* dalam asuhan kebidanan. Beberapa aspek di dalamnya antara lain hubungan antar wanita , asuhan praktik kebidanan terfokus pada kehamilan dan persalinan normal.

Dalam membangun dunia profesi kebidanan yang baru, Kanada membuat sistem dalam mempersiapkan bidan-bidan untuk registrasi. Dimulai dengan sebuah keputusan bahwa bidanlah yang dibutuhkan dalam pelayanan maternitas dan menetpakan ruang lingkup praktik kebidanan. Ruang lingkup praktik kebidanan di negara tersebut tidak keluar jalur yang telah ditetapkan ICM yaitu bidan bekerja dengan otonomi penuh dalam lingkup persalinan normal dan pelayanan maternits primer. Bidan bekerja dan berkonsultasi dengan ahli obstetric bila terjadi komplikasi, dan ibu serta bayi memerluakan bantuan dan pelayanan sekunder. Bidan di negara tersebut mempunyai akses fasilitas rumah sakit tanpa harus bekerja di rumah sakit. Mereka bekerja di rumah sakit atau di rumah sakit meternitas dan dapat mengakses fasilitas.

Kanada menetapkan program *direct entry* (pendidikan kebidanan selama 3 tahun tanpa melalui pendidikan kepeawatan). Bagaimana pun negara tersebut yakin bahwa untuk mempersiapkan bidan mampu bekerja secara otonom dan bisa member dukungan kepada perempuan agar dapatmenentukan sendiri persalinannya. Penting untuk mendukung perempuan yang sebelumnya belum perna berkecimpung dalam sisem kesehatan untuk menempuh program pendidikan kebidanan, tetapi program *direct entry* lebih diutamakan. Perawat yang inin menjadi bidan sepenuhnya harus melewati program pendidikan kebidanan terlebih dahulu, walupun meraka harus memenuhi beberapa aspek program.

Negara tersebut menggunakan dua model pendidikan, yaitu pembelajaran teori dan mangang. Pembelajaran teori di kelas di fokuskan pada teori dasar, yang akan melahirkan bidan-bidan yang mampu mengartikulasikan filosofinya sendiri dalam praktik, memanfaatkan penelitian dalam praktik mereka dan berpikir kritis tentang praktik. Pendidikan dilengkapi dengan belajar mangang, di mana mahasiswa bekerja dalam bimbingan dan pengawasan bidan yang berpraktik dalam waktu yang cukup lama. Tidak seperti model mangang tradisional, dimana mahasiswa bekerja bersama lebih

dari seorang bidan, dengan berbagai macam prkatik. Mahasiswa tidak hanya mempelajari hal positif, tetapi juga harus mengetahuai hal-hal yang negatif untuk pengetahuan dimasa mendatang. Satu mahasiswa lagi akan bekerja bersama satu bidan, sehingga mereka tidak dikacaukan dengan bermacam-macam model praktik, dan berlangsung dalam waktu yang cukup lama. Bidan tersebut memberikan role model yang penting bagi proses pembelajaran. Mahasiswa bidan juga akan akan mulai belajar tentang model *partnership*. Model ini terdiri dari hubungan antara perempuan dan mahasiswa bidan, mahsiswa bidan bersama bidan, mahasiswa bidan dengan guru bidan, guru bidan dengan bidan, hubungan antara program kebidanan dan profesi kebidanan serta program kebidanan dengan wanita. Dari sini kitadapat lihat model pendidikan yang digunakan oleh Kanada saling terkait satu sama lain sebagi bagian dari pelayanan maternitas. Setiap bagian dari lingkaran tersebut mewakili bermacam- macam *partnership* yang salin berintegrasi. *Partnership* ini menjaga agar program pendidikan tetap pada tujuan utama, yaitu mencetak bidan-bidan yang dapat bekerja sama secara mandiri sebagai pemberian asuhan maternitas primer. Kanada telah sukses dalam menghidupkan kembali status bidan status wanita. Kesesuain antara pendidikan bidan dan ruang lingkup praktik kebidanan adalah bagian terpenting dari keberhasilan tersebut.

BAB III
PERAN DAN FUNGSI BIDAN DALAM KONTEKS NASIONAL DAN GLOBAL

A. PENDAHULUAN

Didalam bab tiga ini dijelaskan tentang bagaimana peran dan fungsi bidan dalam konteks nasional dan global seperti yang dijelaskan bidan mempunyai 4 peran dan fungsi seperti contoh peran bidan sebagai pendidik, pengelola, pelaksana, peneliti dan fungsi bidan sebagai pendidik, pengelola, pelaksana, peneliti.

Bab tiga ini akan menjelaskan tiga topik yaitu

1. Pengertian peran bidan kompetensi dan kewenangan bidan
2. Peran dan fungsi bidan nasional dan global
3. Tugas bidan hak dan kewajiban bertanggung jawab

Capaian dalam bab ini anda diharpkan mengerti tentang oeran dan fungsi bidan dalam konteks nasional dan global jika anda memang mengalami kesulitan diharapkan bertanya kepada fasilitator atau dosen pembimbing dan teman sejawat.

TOPIK I

PENEGRTIAN PERAN BIDAN, KOMPETENSI , DAN KEWENANGAN

A. Pengertian peran bidan

Peran adalah perangkat tingkah yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat. Dalam hal ini, bidan memiliki peran yang sangat dihormati dan dihargai. Tugas seorang bidan yakni memberi semangat, membesarkan hati dan mendampingi, serta menolong ibu yang melakukan persalinan.

Bidan akan berkerja sama dengan wanita dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan bagi dirinya dan keluarga. Bidan akan senantiasa menghargai martabat manusia dan memperlakukan wanita sebagai manusia seutuhnya. Besarnya tanggung jawab yang diemban seorang bidan ketika melaksanakan tugas pelayananya yang membuat kita wajib apa saja peran dan fungsi bidan dalam bidang kesehatan masyarakat. Beberapa peran tersebut yakni peran sebagai pelaksana, peneliti, pengelola, pendidik.

1. Peran sebagai pelaksana

a. Tugas mandiri

1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan.

a) Mengkaji status kesehatan untuk memenuhi kebutuhan asuhan klien.

b) Menentukan diagnosis

c) Menyusun rencana tindakan sesuai dengan masalah yang dihadapi

d) Melaksanankan tindakan sesuai dengan rencana yang disusun

e) Mengevaluasi tindakan yang diberikan

f) Membuat rencana tindaklanjut kegiatan atau tindakan

g) Membuat catatan laporan kegiatan atau tindakan

2) Memberikan pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan merasa sebagai klien. Membuat rencana tindaklanjut tindakan/ layanan bersama klien.
    a) Mengkaji stastus kesehatan dan kebutuhan anak remaja dan wanita dalam masa pranikah
    b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan dasar
    c) Menyusun rencana tindakan atau layanan sebagai prioritas dasar bersama klien.

3) Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal
    a) Mengkaji status kesehatan klien yang dalam keadaan hamil
    b) Menentukan diagnosis kebidanan dan kebutuhan klien
    c) Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai prioritas masalah
4) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan keluarga
    a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan
    b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan
    c) Menyusun rencana kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah
5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
    a) Mengkaji status keshatan bayi baru lahir dengan melibatkan keluarga
    b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan pada bayi baru lahir
    c) Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai dengan prioritas

b. Tugas kolaborasi/ kerja sama

1) Menerapkan manejemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
    a) Mengkaji masalah yang berkaitan dengan komplikasi dan keadaan kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
    b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
    c) Merencanakan tindakan sesuai dengan prioritas kegawatan dan hasil kolaborasi serta kerja sama dengan klien.
2) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan

pertolongan pertama pada kegawatadaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi

a) Mengkaji kebutuhan asuhan yang berkaitan dengan komplikasi dan keadaan kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan faktor risiko dan keadaan kegawatadaruratan pada kasus risiko tinggi
c) Menyusun rencana asuhan dan tindakan pertolongan pertama

3) Memeberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta keadaan kegawatadaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.

a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi
b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan faktor risiko dan keadaan kegawatdaruratan
c) Menyusun rencana asuhan kebidanan pada ibu dalam amasa persalinan dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama sesuai prioritas.

c. Tugas ketergantungan/ rujukan

1) Menerapkan manejemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengen fungsi keterlibatan klien dan keluarga

a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan yang memerlukan tindakan di luar lingkup kewenangan bidan dan memerlukan rujukan
b) menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas serta sumber-sumber dan fasilitas untuk kebutuhan intervensi lebih lanjut bersama klien atau keluarga
c) mengirim klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut kepada institusi pelayanan kesehatan yang berwenang dan dokumentasi yang lengkap.

2) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan.

a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan yang me- lalui konsultasi dan rujukan.
b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas

c) Memberikan pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
d) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsul- tasi dan rujukan.

3) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit terten tu dengan melibatkan klien dan keluarga.
a) Mengkaji adanya penyulit dan keadaan kegawat. an pada ibu dalam persalinan yang memerlukan konsultasi dan rujukan.
b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas
c) Memberikan pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
d) Mengirim klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut kepada petugas atau institusi pelayanan ke- sehatan yang berwenang.
e) Membantu pencatatan dan laporan serta mendo- kumentasikan seluruh kejadian dan intervensi yang sudah diberikan.

2. Peran sebagai pengelola

Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas yaitu:

a. Mengembangkan Pelayanan Dasar Kesehatan Bidan bertugas

b.Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan, terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga kelompok khusus, dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/klien, mencakup:

1) Mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan serta mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat.

2) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian bersama masyarakat.

3) Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana (KB) sesuai dengan rencana.

- Berpartisipasi dalam tim

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

1) Bekerja sama dengan puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam

memberi asuhan kepada klien dalam bentuk konsultasi rujukan dan tindak lanjut.

2) Membina hubungan baik dengan dukun bayi dan kader kesehatan atau petugas lapangan keluarga berencana (PLKB) dan masyarakat.

3. Peran sebagai pendidik

Peran sebagai pendidik memiliki 2 tugas yaitu:

a. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien Bidan memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada klien (individu, keluarga, kelompok, serta masyarkat) tentang penanggulangan masalah kesehatan, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana, mencakup:

1) Mengkaji kebutuhan pendidikan dan penyuluhan kesehatan, khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana bersama klien.

2) Menyusun rencana penyuluhan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang bersama klien.

b. Melatih dan membimbing kader

Bidan melatih dan membimbing kader, peserta didik kebidanan dan keperawatan, serta membina dukun dl wilayah atau tempat kerjanya, mencakup:

1) Mengkaji kebutuhan pelatihan dan bimbingan bagi kader, dukun bayi, serta peserta didik

2) Menyusun rencana pelatihan dan bimbingan sesuai dengan hasil pengkajian.

3) Menyiapkan alat bantu mengajar (audio visual, AVA) dan bahan untuk keperluan pelatihan dan bimbingan sesuai dengan rencana yang telah disusun.

4. Peran sebagai peneliti

Bidan melakukan investigasi atau penelitian dalam bidang kesehatan, baik secara mandiri maupun secara kelompok, dengan cara-cara berikut.

a. Bidan mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.

b. Bidan menyusun rencana kerja pelatihan.

c. Bidan melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.

d. Bidan mengolah hasil menginterprestasikan data hasil investigasi.

e. Bidan menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.

f. Bidan memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan

mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

B. Pengertian kompetensi bidan

Kompetensi bidan dikelompokkan dalam 2 kategori yaitu kompetensi inti/dasar merupakan kompetensi minimal yang mut lak dimiliki oleh bidan. Kompetensi inti tersebut difokuskan pada seputar kehamilan dan kelahiran. Kompetensi tambahan/lanjutan merupakan pengembangan dari pengetahuan dan keterampilan dasar untuk mendukung tugas bidan dalam memenuhi tuntutan/ kebutuhan masyarakat yang sangat dinamis serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Asuhan kebidanan meliputi pengawasan pelayanan masyarakat di Posyandu (tindakan dan pencegahan), penyuluhan dan pendidikan kesehatan reproduksi wanita, keluarga dan masyarakat termasuk persiapan menjadi orang tua, menentukan pilihan KB. deteksi abnormal pada ibu dan bayi. Usaha memperoleh pelayanan khusus bila diperlukan (konsultasi atau rujukan) dan pelaksanaan pertolongan kegawatdaruratan primer dan sekunder ketika tindakan dan pertolongan medis.

Pada pelaksanaan asuhan kebidanan di atas, tentu dibutuhkan bidan-bidan yang memiliki standar kompetensi seperti di bawah ini:

1. **Pengetahuan Umum, Keterampilan, dan Perilaku Yang Berhubungan Dengan Uma-Ilmu Sosial. Kesehatan Masya rakat, dan Kesehatan Profesional**

Kompetensi 1. Bidan memiliki persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan maryarakat, dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya

a. Pengetahuan dan Keterampilan Dasar

1) Kebudayaan dasar masyarakat di Indonesia.

2) Keuntungan dan kerugian praktik kesehatan tradisional dan modern.

3) Sarana tanda bahaya serta transportasi kegawatdaruratan bagi anggota masyarakat yang sakit yang membutuhkan asuhan tambahan.

b. Pengetahuan dan Keterampilan Tambahan

1) Epidemiologi, sanitasi, diagnosis masyarakat, dan vital statistik.

2) Infrastruktur kesehatan setempat dan nasional serta bagaimana mengakses sumber daya yang dibutuhkan untuk asuhan kebidanan

3) Primary Health Care (PHC) berbasis di ngan menggunakan promosi kesehatan serta strategi kesehatan serta strategi pencegahan penyakit

4) Program imunisasi nasional dan akses untuk pelayanan imunisasi.

c. Perilaku Profesional Bidan

1) Berpegang teguh pada filosofi, etika profesional dan aspek legal.

2) Bertanggung jawab dan mempertangungjawabkan ke putusan klinis yang dibuatnya.

3) Senantiasa mengikuti perkembangan pengetahuan dan keterampilan mutakhir.

4) Menggunakan cara pencegahan universal untuk penyakit penularan dan strategi pengendalian infeksi.

2. Asuhan Pra Konsepsi, KB, dan Ginekologi

Kompetensi ke 2: Bidan memberikan asuhan yang bermu- tu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan orang tua (Walyani, 2014).

a. Pengetahuan Dasar

1) Pertumbungan dan perkembangan seksualitas dan aktivitas seksual.

2) Anatomi dan fisiologi pria dan wanita yang berhu- bungan dengan konsepsi dan reproduksi.

3) Norma dan praktik budaya dalam kehidupan seksuali- tas dan kemampuan bereproduksi.

b. Pengetahuan Tambahan

1) Faktor-faktor yang menentukan dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kehamilan yang tidak diinginkan dan tidak direncanakan.

2) indikator penyakit akut dan kronis yang dipengaruhi oleh kondisi geografis dan proses rujukan untuk pemeriksaan atau pengobatan lebih lanjut

3) Indikator dan metode konseling atau rujukan ter hadap gangguan hubungan interpersonal, termasuk kekerasan dan pelecehan dalam keluarga (seks, fisik, dan emosi).

d. Keterampilan Tambahan

1) Melakukan pemasangan AKBK.

2) Melakukan pencabutan AKBK dengan letak normal

3. Asuhan Konseling Selama Masa Kehamilan

Kompetensi ke 3: Bidan memberi asuhan antenatal bermu- tu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan meliputi deteksi dini, engobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

a. Pengetahuan Dasar

1) Anatomi dan fisiologi tubuh manusia.

2) Siklus menstruasi dan proses konsepsi.

3) Tumbung kembang janin dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

4) Tanda-tanda dan gejala kehamilan.

5) Mendiagnosis kehamilan.

6) Perkembangan normal kehamilan.

b. Pengetahuan Tambahan

1) Tanda, gejala dan indikasi rujukan pada komplikasi tertentu dalam kehamilan seperti asma, infeksi HIV, Penyakit Menular Seksual (PMS), diabetes, kelainan jantung, postmatur atau serotinus.

2) Akibat penyakit akut dan kronis pada asma, infeksi HIV, PMS, diabtes kelainan jantung, postmatur, dan serotinus bagi kehamilan dan janinnya.

c. Keterampilan Dasar

1) Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamil- an serta menganalisisnya pada setiap kunjungan atau pemeriksaan ibu hamil.

2) Melaksanakan pemeriksaan fisik umum secara sistematis dan lengkap.

3) Melakukan pemeriksaan abdomen secara lengkap termasuk pengukuran tinggi fundus uteri/posisi/presentasi dan penurunan janin.

4) Melakukan penilaian pelvic, termasuk ukuran dan struktur tulang panggul.

d. Keterampilan Tambahan

1) Menggunakan Dopler untuk memantau Denyut jan tung Janin (DJJ)

2) Memberikan pengobatan dan kolaborasi terhadap pe nyimpangan dari keadaan normal dengan mengguna kan standar lokal dan sumber daya yang tersedia.

3) Melaksanakan kemampuan LSS dalam manajemen pasca aborsi.

4. Asuhan Selama Persalinan dan Kelahiran

Kompetensi ke 4: Bidan memberikan asuhan yang ber mutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat, selama persalinan (memimpin persalinan yang bersih dan aman), me nangani situasi yang kegawatdaruratan tertentu untuk meng optimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir:

a. Pengetahuan Dasar

1) Fisiologi persalinan.

2) Anatomi tengkorak janin, diameter yang penting, dan petunjuk.

3) Aspek psikologis dan cultural pada persalinan dan ke lahiran.

4) Indikator tanda-tanda mulai persalinan.

5) Kemajuan persalinan normal dan penggunaan partograf atau alat serupa.

b. Pengetahuan tambahan

1) Penatalaksanaan persalinan dan malpresentasi

2) Pemberian suntikan anestesi lokal.

3) Akselerasi dan induksi persalinan.

c. Keterampilan Dasar

1) Mengumpulkan data yang terfokus pada riwayat ke bidanan dan tanda vital ibu pada persalinan sekarang

2) Melaksanakan pemeriksaan fisik yang terfokus.

3) Melaksanakan pemeriksaan abdomen secara lengkap untuk posisi dan penurunan janin.

4) Mencatat waktu dan mengkaji kontraksi uterus (lama, kekuatan dan frekuensi)

d. Keterampilan Tambahan

1) Menolong kelahiran presntasi muka dengan penem- patan dan gerakan tangan yang tepat.

2) Memberikan suntikan anestesi lokal jika diperlu- kan.

3) Melakukan ekstraksi forcep rendah dan vacum jika di- perlukan sesuai kewenangan.

4) Mengidentifikasi dan mengelola malpresentasi, disto- sia bahu, gawat janin dan kematian janin dalam kan- dungan (IUFD) dengan tepat.

5) Mengidentifikasi dan mengelola tali pusat menumbung.

6) Membuat resep atau memberikan obat untuk mengu- rangi nyeri jika diperlukan sesuai kewenangan.

7) Memberikan oksitosin dengan tepat untuk induksi dan akselerasi persalinan dan penanganan perdarahan post partum.

5. Asuhan pada Ibu Nifas dan Menyusui

Kompetensi ke 5: Bidan memberikan asuhan kepada ibu yang sedang nifas atau menyusui dengan kualitas mutu tinggi yang tanggap terhadap budaya setempat.

a. Pengetahuan Dasar

1) Fisiologis nifas.

2) Proses involusi dan penyembuhan sesudah proses persalinan atau abortus.

3) Proses laktasi atau menyusui yang benar serta penyimpangan yang lazim terjadi, termasuk pembengkakan payudara, abses, mastitis, putih susu lec, dan puting susu masuk.

4) Nutrisi kepada ibu nifas, kebutuhan istirahat, aktivitas dan kebutuhan fisiologis lainnya seperti pengosongan kandung kemih

b. Keterampilan Dasar

1. Mengumpulkan data mengenai riwayat kesehatan yang terfokus pada keterangan rinci mengenai keha milan, persalinan, dan kelahiran.

2. Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus pada ibu.

3. Pengkajian involusi uterus serta penyembuhan luka jahitan.

4. Merumuskan diagnosis masa nifas.

5. Menyusun perencanaan.

c. keterampilan tambahan

melakukan insisi pada hematoma vulva

6. Asuhan pada Bayi yang Baru Lahir

Kompetensi ke 6: bidan memberikan asuhan yang beru mutu tinggi, komprehensif pada bayi yang baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

a. Pengetahuan Dasar

1) Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus.

2) Kebutuhan dasar bayi yang baru lahir: kebersihan jalan nifas, perawatan tali pusat, menjaga kehangatan dan nutrisi bondingattachment.

3) Indikator pengkajian bayi yang baru lahir, misalnya nilai APGAR

b. Pengetahuan Tambahan

Sunat dan ditindik pada bayi perempuan

c. Keterampilan Dasar

1) Membersihkan jalan nifas dan memelihara kelancaran pernapasan.

2) Menjaga kehangatan dan menghindari panas yang berlebihan.

3) Menilai segera bayi yang baru lahir.

4) Membersihkan badan bayi dan memberikan identi tas.

d. Keterampilan Tambahan

1) Melakukan penilaian masa gestasi.

2) Mengajarkan orang tua mengenai pertumbuhan dan perkembangan bayi normal dan asuhannya.

3) Membantu orang tua beserta keluarga untuk memper- oleh sumber daya yang tersedia di masyarakat.

4) Memberi dukungan orang tua selama masa berduka sebagai akibat bayi cacat bawaan, keguguran, dan kematian bayi.

5) Memberi dukungan kepada orang tua selama bayinya dalam perjalanan rujukan yang diakibatkan ke fasilitas perawatan kegawatdaruratan.

6) Memberi dukungan pada orang tua yang mengalami kelahiran ganda.

7) Melakukan sunat dan tindik pada perempuan.

7. Asuhan Pada Bayi Dan Balita

Kompetensi ke 7: Bidan memberikan asuhan yang bermu- tu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan-5 tahun).

a. Pengetahuan Dasar

1) Keadaan kesehatan bayi dan balita di Indonesia yang meliputi angka kesakitan, angka

kematian, penyebab kesakitan dan kematian.

2) Peran dan tanggung jawab orang tua dalam pemeliha- ran bayi dan anak.

3) Pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak nor- mal serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

b. Keterampilan Dasar

1) Melaksanakan pemantauan dan stimulasi tumbuh 2) kembang bayi dan anak.

Melaksanakan penyuluhan pada orang tua menge nai pencegahan bahaya bayi dan anak sesuai dengan usia.

3) Melaksanakan pemberian imunisasi pada bayi dan anak.

4) Mengumpulkan data mengenai riwayat kesehatan pada bayi dan anak yang terfokus dengan gejala.

8. Asuhan pada Kebidanan Komunitas

Kompetensi ke B: Bidan merupakan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok, dan masya rakat sesuai dengan budaya setempat

a. Pengetahuan Dasar

1) Konsep dan sasaran kebidanan komunitas.

2) Masalah kebidanan komunitas.

3) Pendekatan asuhan kebidanan pada keluarga, kelompok, dan masyarakat.

4) Strategi pelayanan kebidanan komunitas.

b. Pengetahuan Tambahan

1) Kepemimpinan untuk semua.

2) Pemasaran sosial.

3) Peran Serta Masyarakat (PSM).

4) Audit Maternal Perinatal.

5) Perilaku kesehatan masyarakat.

6) Program-program pemerintah yang terkait dengan kesehatan ibu dan anak (SafeMotherhood dan Gerakan Sayang Ibu).

7) Paradigma sehat 2015.

c. Keterampilan Dasar

1) Melakukan pengelolaan mengenai pelayanan ibu ha- mil, nifas, laktasi, balita dan keluarga berencana di masyarakat.

2) Identifikasi status kesehatan ibu dan anak.

3) Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes

4) Mengelola Pondok Bersalin Desa (POLINDES),

d. Keterampilan Tambahan

1) Pemantauan Kesehatan Ibu Anak dengan mengguna kan PWS KIA.

2) Melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi.

3) Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai de ngan kewenangannya.

4) Menggunakan teknologi kebidanan tepat guna.

9. Asuhan pada Ibu atau Wanita dengan Gangguan Reproduksi

Kompetensi ke 9: Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

a. Pengetahuan Dasar

1) Penyuluhan kesehatan mengenai kesehatan reproduk- si, Penyakit Menular Seksual (PMS), HIV/AIDS.

2) Tanda dan gejala infeksi saluran kemih serta penyakit menular seksual.

3) Tanda, gejala, dan penatalaksanaan pada kelainan ginekologi yang meliputi: keputihan, penundaan dan pendarahan tidak teratur pada masa haid.

b. Pengetahuan Tambahan

1) Alat bantu mikroskop dan cara penggunaannya.

2) Teknik pengambilan dan pengiriman sediaan PAP SMEAR

c. Keterampilan Dasar

1) Mengidentifikasi gangguan masalah dan kelainan- kelainan sistem reproduksi.

2) Melaksanakan pertolongan pertama pada wanita atau ibu yang mengalami gangguan sistem reproduksi.

3) Melaksanakan kolaborasi dan rujukan secara cepat dan tepat pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi

4) Pelayanan dan pengobatan yang sesuai dengan kewenangan pada kelainan ginekologi yang meliputi: keputihan, pendarahan yang tidak teratur dan penundaan masa haid.

5) Mendokumentasikan temuan dan intervensi yang di- lakukan.

d. Keterampilan Tambahan

1) Mempersiapkan wanita menjelang klimakterium.

2) Memberikan pengobatan pada pendarahan abnormal dan abortus spontan.

3) Melaksanakan kolaborasi dan rujukan secara tepat pada wanita atau ibu yang mengalami gangguan pada sistem reproduksi.

4) Memberikan pelayanan dan pengobatan yang sesuai dengan kewenangan pada gangguan pada sistem reproduksi yang meliputi: keputihan, pendarahan tidak teratur dan penundaan haid.

5) Menggunakan mikroskop untuk pemeriksaan hapusan vagina.

6) Mengambil dan proses pengiriman sediaan PAP SMEAR.

D.Wewenang bidan

1. Permenkes nomor 5380/IX/1963

Wewenang bidan terbatas pada pertolongan persalinan normal secara mandiri, dengan didampingi petugas yang lain.

2. **Permenkes nomor 623 tahun 1989**

   Wewenang bidan dibagi menjadi dua yaitu wewenang umum dan khusu. Pelaksanaan Permenkes ini, bidan di wajibkan melaksanakan praktik perorangan dibawah pengawasan dokter.

3. **Kepmenkes nomor 369/Menkes/SK/III/ 2007 tentang standar profesi bidan**

   a. Kompetensi 1, pengetahuan dan keterampilan dasar bidan mempunyai persyaraatan pengetahauan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan kode etik.

   b. Kompetensi II, pra konsepsi, KB dan ginekologi. Bidan memiliki kewajiban memberikan asuhan yang bermutu tinggi. Pendidikan kesehatan yang tinggi bertujuan untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua

   c. Kompetensi III, asuhan dan konseling kehamilan. Bidan memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi. Asuhan antenatal tersebut meliputi deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari kompilkasi tertentu.

   d. Kompetensi IV, asuhan selama persalinan dan kelahiran. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dengan memipin proses persalinan yang aman dan bersih. Bidan juga mengatasi situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayi baru lahir.

   e. Kompetensi V, asuhan pada ibu nifas dan menyusui

   f. Kompetensi VI, asuhan pada bayi baru lahir, bidan memberikan asuhan kesehatan yang bermutu tinggi kepada bayi yang baru lahir sampai dengan 1 bulan

   g. Kompetensi VII, asuhan pada bayi balita. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi secara komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan-5 tahun)

   h. Kompetensi VIII, kebidanan komunitas. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi secara komprehensif kepada keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

   i. Kompetensi IX, asuhan pada ibu/wanita dengan gangguan reproduksi. Bidan memberikan asuhan kebidanan wanita.ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

4. **Permenkes nomor HK 02.02/ Menkes/149/2010 tentang izin dan penyelenggara praktik bidan**

   Permenkes ini merupakan revisi dari Kepmenkes nomor 900 terdiri dari VI dan 27 pasal.

   a. Bab I ketentuan umum (pasal 1)

   b. Bab II perizinan (pasal 2-7)

c. Bab III penyelengaraan praktik (pasal 8-19)
d. Bab IV pembinaan dan pengawasan (pasal 20-21)
e. Bab V ketentuan peralihan (pasal 22)
f. Bab VI ketentuan penutup (pasal 23-24)

Isi pada Kepmenkes nomor 900 tersebut diantaranya:

a. Pasal 8

   Bidan dalam menjalankan praktik berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi pelayanan kebidanan, pelayanan reproduksi perempuan, dan pelayanan kese- hatan masyarakat.

b. Pasal 9

   1) Pelayanan kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf a ditujukan kepada ibu dan bayi

   2) Pelayanan kebidanan kepada ibu sebagaimana dimak- sud pada ayat 1 diberikan pada masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas dan masa menyusui

   3) Pelayanan kebidanan pada bayi sebagaimana dimaksud pada ayat 1 diberikan pada bayi baru lahir normal sampai usia 28 (dua puluh delapan) hari

c. Pasal 10

   1) Pelayanan kebidanan kepada ibu sebagaimana dimak- sud dalam pasal 9 ayat (2) meliputi:

   a) Penyuluhan dan konseling

   b) Pemeriksaan fisik

   c) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal

   2) Pelayanan kebidanan kepada bayi sebagaimana di maksud dalam pasal 9 ayat (3) meliputi:

   a) Pemeriksaan bayi baru lahir

   b) Perawatan tali pusar

   c) Perawatan bayi

   d) Resusitasi pada bayi baru lahir

   e) Pemberian imunisasi bayi dalam rangka menja lankan tugas pemerintah, dan

   f) Pemberian penyuluhan

d. Pasal 11

   Dalam memberikan pelayanan kebidanan sebagaima na dimaksud dalam pasal 8 huruf a, bidan berwenang untuk:

   1) Memberikan imunisasi dalam rangka menjalankan tu gas pemerintah

   2) Bimbingan senan hamil

3) Episiotomi

4) Penjahitan luka episiotomi

5) Kompresi bimanual dalam rangka kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan

e. Pasal 12

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf b, bidan berwenang untuk:

1) Memberikan alat kontrasepsi oral, suntikan dan alat kontrasepsi dalam rahim dalam rangka menjalankan tugas pemerintah, dan kondom

2) Memasang alat kontrasepsi dalam rahim di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dengan supervisi dokter

3) Memberikan penyuluhan/konseling pemilihan kontrasepsi

f. Pasal 13

Dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 huruf c, bidan berwenang untuk:

1) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat dibi- dang kesehatan ibu dan bayi

2) Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas

3) Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan Infeksi Menular Seksual (IMS), penyalahgunaan narkotika psikotropika dan zak adiktif lainnya (NAPZA) serta penyakit lainnya

g. Pasal 14

1) Dalam keadaan darurat untuk penyelamatan nyawa seseorang/pasien tidak ada dokter di tempat kejadian, bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 8

2) Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dalam rangka melaksanakan tugas pemerintah dapat melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan sebagaimana dimaksud di dalam pasal 8

h. Pasal 15

1) Pemerintah daerah menyelenggarakan pelatihan bagi bidan yang memberikan pelayanan di daerah yang ti dak memiliki dokter

2) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 diselenggarakan sesuai dengan model pelatihan yang ditetepkan oleh menteri

3) Bidan yang lulus pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 memperoleh sertifikat

i. Pasal 16

Pada daerah yang tidak memiliki dokter, pemerintah daerah hanya

menempatkan Bidan dengan pendidikan Diploma III kebidanan atau bidan dengan Pendidikan Diploma kebidanan yang telah mengikuti pelatihan.

5. Permenkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010

a. Pasal 9

Dalam menyelenggarakan pratik, bidan berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

1) Pelayanan kesehatan ibu,

2) Pelayanan kesehatan anak, dan

3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

b. Pasal 10

1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud da- lam pasal 9 huruf a diberikan pada masa prahamil, kehamilan, maaa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan

2)Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:

a) Pelayanan konseling pada masa prahamil.

b) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal.

c) Pelayanan persalinan normal

3) Dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimak- sud pada ayat 2, bidan berwenang untuk:

a) Episiotomi.

b) Penjahitan luka jalan lahir tingkat 1 dan 2.

c) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan de- ngan perujukan.

d) Pemberian tablet Fe kepada ibu hamil.

c. Pasal 11

1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada pasa 9 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.

2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak seba- gaimana dimaksud pada ayat 1, bidan berwenang untuk:

a) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal ter- masuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, keperawatan bayi baru lahid pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat

b) penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk

c) penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan

d. Pasal 12

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduks perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimak sud dalam pasal 9 huruf c, bidan berwenang untuk:

1) Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan re- produksi perempuan dan keluarga berencana.

2) Memberikan alat konstrasepsi oral dan kondom.

e. Pasal 13

1) Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 10, pasal 11, dan pasal 12, bidan yang menjalankan program pemerintah berwenang pelayanan kesehat- an meliputi:

a) Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim dan pemberian pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit.

b) Asuhan antenatal terintegrasi dan interfensi khusus penyakit kronis tertentu dilakukan di bawah supervisi dokter.

c) Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan

2) Pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit, asuhan an- tenatal terintegrasi, penanganan bayi dan anak balita sakit, dan pelaksanaan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap infeksi menular seksual dan penyakit lainnya, serta pencegahan penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zak adiktif lainnya (NAPZA) hanya dapat dilakukan oleh bidan yang dilatih untuk itu.

f. Pasal 14

1) Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dapat melakukan pelayanan kesehatan, di luar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 9.

2) Daerah yang tidak memiliki dokter sebagaimana di- maksud dalam ayat 1 adalah kecamatan atau kelurah- an/desa yang ditetapkan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.

3) Dalam daerah bagaimana sebagai dimaksud pada ayat 2 telah terdapat dokter, kewenangan bidan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 tidak berlaku.

g. Pasal 15

1) Pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota menu- gaskan bidan praktik mandiri untuk melaksanakan program pemerintah.

2) Bidan praktik mandiri yang ditugaskan sebagai pelak. sana program pemerintah berhak atas pelatihan dan pembinaan dan perintah dari pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota.

h. Pasal 16

1) Pada daerah yang belum memiliki dokter, pemerintah kota dan pemerintah daerah harus mempertahankan bidan dengan pendidikan minimal Diploma III kebidanan.

2) Apabila tidak terdapat tenaga bidan sebagaimana dimaksud pada ayat 1, pemerintah kota dan pemerintah daerah dapat menempatkan bidan yang telah mengikuti pelatihan.

3) Pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota bertanggung jawab menyelenggarakan pelatihan bagi bi- dan yang memberikan pelayanan di daerah yang tidak memiliki dokter.

TOPIK II
PERAN DAN FUNGSI BIDAN NASIONAL DAN GLOBAL

A. Peran dan fungsi bidan dalam konteks nasional

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

Fungsi merupakan pekerjaan yang harus dilakukan sesuai dengan perannya. Berdasarkan peran bidan seperti yang dikemukakan di atas, maka fungsi bidan adalah sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, peneliti.

1. Peran Bidan sebagai pelaksana

Bidan sebagai pelaksana memberi pelayanan kebi- danan pada wanita dalam siklus kehidupannya, asuhan neonatus, bayi, dan anak balita. Sebagai pelaksana, bidan mempunyai tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan.

- Tugas mandiri

Tugas mandiri meliputi hal-hal berikut.

- Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuh- an kebidanan yang diberikan.

a. Mengkaji status kesehatan untuk memenuhi ke- butuhan asuhan klien.

b. Menentukan diagnosis.

c. Menyusun rencana tindakan sesuai dengan ma- salah yang dihadapi.

- Memberi pelayanan dasar pada anak remaja dan wanita pra-nikah dengan melibatkan klien.

a. Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan anak remaja dan wanita dalam masa pra-nikah.

b. Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan dasar.

c. Menyusun rencana tindakan layanan sebagai prioritas dasar bersama klien.

- Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal:

a. Mengkaji status kesehatan klien yang dalam keadaan hamil.

b. Menentukan diagnosis kebidanan dan kebutuhan kesehatan klien.

c. Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.

1. Fungsi Bidan sebagai pelaksana

Menurut Susanto (2022) bidan sebagai pelaksana memiliki fungsi sebagai berikut:

-Melaksanakan bimbingan dan penyuluhan pada keluarga dan masyarakat

-Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil normal, patologis dan risiko tinggi

-Melakukan pertolongan persalinan

2. Peran Bidan sebagai pengelola

- Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas yaitu:

a. Mengembangkan Pelayanan Dasar Kesehatan Bidan bertugas

b.Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan, terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga kelompok khusus, dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/klien, mencakup:

1) Mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan serta mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat.

2) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian bersama masyarakat.

3) Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana (KB) sesuai dengan rencana.

- Berpartisipasi dalam tim

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

1) Bekerja sama dengan puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam memberi asuhan kepada klien dalam bentuk konsultasi rujukan dan tindak lanjut.

2) Membina hubungan baik dengan dukun bayi dan kader kesehatan atau

petugas lapangan keluarga berencana (PLKB) dan masyarakat.

2. Fungsi Bidan sebagai pengelola

Menurut Susanto (2022) dalam melaksanakan tugasnya sebagai pengelola, bidan dapat menjalankan fungsi sebagai berikut:

-Bidan dapat mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan situasi dan kebutuhan serta adanya dukungan partisipasi masyarakat

-Penyusunan rencana terkait pelaksanaan pelayanan kebidanan di unit kerjanya

3. Peran Bidan sebagai pendidik

Peran sebagai pendidik memiliki 2 tugas yaitu:

a. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien Bidan memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada klien (individu, keluarga, kelompok, serta masyarkat) tentang penanggulangan masalah kesehatan, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana, mencakup:

1) Mengkaji kebutuhan pendidikan dan penyuluhan kesehatan, khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana bersama klien.

2) Menyusun rencana penyuluhan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang bersama klien.

b. Melatih dan membimbing kader

Bidan melatih dan membimbing kader, peserta didik kebidanan dan keperawatan, serta membina dukun dl wilayah atau tempat kerjanya, mencakup:

1) Mengkaji kebutuhan pelatihan dan bimbingan bagi kader, dukun bayi, serta peserta didik

2) Menyusun rencana pelatihan dan bimbingan sesuai dengan hasil pengkajian.

3) Menyiapkan alat bantu mengajar (audio visual, AVA) dan bahan untuk keperluan pelatihan dan bimbingan sesuai dengan rencana yang telah disusun.

3. Fungsi Bidan sebagai pendidik

Menurut Susanti (2022) dan Susanto (2022), Bidan yang melakukan fungsinya sebagai pendidik mempunyai kegiatan sebagai berikut:

-Memberikan penyuluhan dalam lingkup pelayaan kebidanan dan KB

-Melakukan bimbingan serta melatih dukun dan kader

-Sebagai Mentor dalam membimbing siswa bidan di tempat praktek atau di masyarakat

4. Peran Bidan sebagai peneliti

Bidan melakukan investigasi atau penelitian dalam bidang kesehatan, baik secara mandiri maupun secara kelompok, dengan cara-cara berikut.

a. Bidan mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.

b. Bidan menyusun rencana kerja pelatihan.

c. Bidan melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.

d. Bidan mengolah hasil menginterprestasikan data hasil investigasi.

e. Bidan menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.

f. Bidan memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

4. Fungsi Bidan Sebagai Peneliti:

a. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.

b. Menyusun rencana kerja pelatihan.

c. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.

d. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.

e. Menyusun laporan hasil investigasi.

B. Peran dan fungsi bidan dalam konteks global

Hari Bidan Sedunia diperingati sejak tahun 1992 setiap tanggal 5 Mei. Salah satu tujuan diperingatinya hari Bidan sedunia ini adalah mengkampanyekan peran penting Bidan dalam mendukung kesehatan masyarakat terutama di lingkup terkecil yaitu desa.

Secara umum, tugas Bidan adalah sebagai tenaga kesehatan yang membantu ibu mulai dari masa kehamilan hingga melahirkan. Meski demikian peran Bidan juga tidak terbatas dalam hal terkait persalinan, namun juga membantu dalam hal layanan kesehatan lainnya.

i. Sebagai Pengawas Minum Obat (PMO)

Dalam Permenkes 67 tahun 2016 disebutkan bahwa bidan juga dapat membantu dalam layanan TBC sehubungan dengan perannya sebagai pengawas menelan obat (PMO) bagi pasien TBC. Peran ini berfungsi sebagai pengawas langsung bagi pasien TBC untuk menelan seluruh obat yang diberikan sesuai anjuran agar tidak memicu resistan obat karena adanya putus pengobatan.

ii. Sebagai tenaga kesiap-siagaan bencana

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang pada umumnya bekerja di Puskesmas atau berada di masyarakat/komunitas yang paling dekat terkena bencana/ pengurangan risiko darurat atau kesiapsiagaan sangat penting.

Bidan mampu melaksanakan tugas menolong kasus kegawatdaruratan maternitas dan neonates seoptimal mungkin di situasi bencana, dan meningkatkan kemampuan dalam asuhan kebidanan pada klien dengan kegawatdaruratan di situasi bencana.

iii. Sebagai pemberi pelayanan kebidanan berbasis bukti dalam ranah internasional

Perkembangan IPTEKS dan pelayanan kebidanan terjadi sangat cepat dan dinamis, untuk itu diperlukan pembaharuan ilmu dalam skala internasional di kalangan Bidan seperti pertemuan ilmiah Bidan yang diadakan setiap tahun. Dalam pertemuan ilmiah tersebut Bidan dapat saling berbagi ilmu dari berbagai pakar baik nasional maupun internsional dalam topik-topik tertentu yeng memperluas pengetahuan Bidan sehingga diharapkan ada peningkatan pengetahuan di bidang IPTEKS, pendidikan, perkembangan pelayanan kebidanan.

TOPIK III

HAK DAN KEWAJIBAN BERTANGGUNG JAWAB

BIDAN

HAK DAN KEWAJIBAN BIDAN

Mutu pelayanan yang diberikan seorang bidan berorientasi pada penerapan kode etik dan standar pelayanan kebidanan. Semakin baik pelayanan yang diberikan seorang bidan, makasemakin meningkat pula kepuasan pasien atau klien. Dalam menjalankan pelayanannya, seorang bidan akan selalu bersingunggan dengan hak dan kewajiban.

Pada umumnya, hak dan kewajiban merupakan hubungan tim- bal balik dalam kehidupan sosial. Dalam bidang kesehatan, pasien memilik hak terhadap bidan atas pelayanan yang diterima. Hak pasien (dalam Maya, 2013) adalah hak-hak pribadi yang dimiliki manusia sebagai pasien atau klien. Sebaliknya juga, bidan memilik hak terhadap pasien atas pelayanan yang diberikan. Hak adalah segala sesuatu yang berhak dimiliki setiap individu atas tindakan maupun profesi yang dilakukan. Sedangkan kewajiban adalah segala sesuatu yang harus dilaksanakan untuk mendapatkan haknya secara layak.

A. Hak Bidan

a. Bidan berhak mendapat perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.

b. Bidan berhak untuk bekerja sesuai dengan standar profesi pada setiap tingkat jenjang pelayanan kesehatan.

c. Bidan berhak menolak keinginan pasien/klien dan keluarga yang bertentangan dengan peraturan perundangan dan kode etik profesi.

d. Bidan berhak atas privasi dan menuntut apabila nama baiknya dicemarkan baik oleh pasien, keluarga maupun profesi lain.

e. Bidan berhak atas kesempatan untuk meningkatkan diri baik melalui pendidikan maupun pelatihan.

f. Bidan berhak memperoleh kesempatan untuk meningkatkan jenjang karir dan jabatan yang sesuai.

g. Bidan berhak mendapat kompensasi dan kesejahteraan yang sesuai.

B. Kewajiban Bidan

a. Bidan wajib mematuhi peraturan rumah sakit sesuai dengan hubungan hukum antara bidan tersebut dengan rumah sakit bersalin dan sarana pelayanan

b. Bidan wajib memberikan pelayanan asuhan kebidanan sesuai dengan standar profesi dan menghormati hak-hak pasien.

c. Bidan wajib merujuk pasien dengan penyulit kepada dokter yang mempunyai kemampuan dan keahlian sesuai de- ngan kebutuhan pasien.

d. Bidan wajib memberi kesempatan kepada pasien untuk didampingi suami atau keluarga

e. Bidan wajib memberikan kesempatan kepada pasien untuk menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya.

f. Bidan wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien.

g. Bidan wajib memberikan informasi yang akurat tentang tindakan yang akan dilakukan serta risiko yang mungkin dapat timbul.

h. Bidan wajib meminta persetujuan tertulis (informed consent) atas tindakan yang akan dilakukan.

i. Bidan wajib mendokumentasikan asuhan kebidanan yang diberikan.

j. Bidan wajib mengikuti perkembangan IPTEK dan menambah ilmu pengetahuannya melalui pendidikan formal atau non formal

k. Bidan wajib bekerja sama dengan profesi lain dan pihak yang terkait secara timbal balik dalam memberikan asuhan kebidanan.

BAB IV

TOPIK 1

1. PENGERTIAN ASUHAN KEBIDANAN

Asuhan kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan, 2020). Asuhan yang diberikan dapat berupa pemberian pelayanan kesehatan pada klien yang memiliki masalah atau kebutuhan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Tidak terbatas pada masa itu saja menurut Burhan (2015), asuhan kebidanan merupakan asuhan yang diberikan selama reproduksi mulai dari masa bayi, balita, remaja, masa sebelum hamil, hamil, bersalin, nifas hingga menopause dimana bidan bertanggung jawab penuh dalam memberikan pelayanan yang berkesinambungan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa asuhan kebidanan merupakan asuhan yang diberikan oleh bidan pada wanita selama daur hidupnya dengan tujuan menjamin setiap wanita mendapatkan hak-hak reproduksinya sehingga menjalani kehidupan yang sehat dan aman.

2. PENGERTIAN RUANG LINGKUP PRAKTIK KEBIDANAN

Ruang Lingkup Praktik Kebidanan mengacu pada kisaran aktivitas, peran, tanggung jawab, dan tindakan yang dimiliki oleh bidan dalam praktiknya. Ruang lingkup ini mencakup berbagai aspek perawatan kesehatan maternal, mulai dari pelayanan antenatal, persalinan, hingga pelayanan postnatal. Selain itu, ruang lingkup praktik kebidanan juga mencakup edukasi kesehatan reproduksi, promosi kesehatan, serta keterlibatan dalam pemantauan dan penilaian risiko kesehatan ibu dan bayi.

1. Perawatan Kesehatan Maternal: Ruang lingkup praktik kebidanan mencakup pelayanan kesehatan untuk wanita selama masa reproduksi, termasuk pemeriksaan rutin, pemantauan kehamilan, serta penanganan komplikasi yang terkait dengan kehamilan.

2. Pelayanan Antenatal: Ini mencakup evaluasi kehamilan, pemberian saran dan informasi terkait perawatan prenatal, pemeriksaan fisik, serta pelayanan konselingterkait kehamilan dan persalinan.

3. Persiapan Persalinan: Bidan juga bertanggung jawab untuk memberikan informasi dan persiapan kepada ibu mengenai proses persalinan, perawatan selama persalinan, serta memantau kesehatan ibu dan bayi saat proses persalinan berlangsung.

4. Pelayanan Persalinan: Bidan memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan selama proses persalinan, termasuk pemantauan tanda-tanda vital, bantuan dalam proses persalinan normal, serta penanganan komplikasi yang mungkin terjadi.

5. Pelayanan Postnatal: Setelah persalinan, bidan juga memberikan pelayanan postnatal untuk memastikan pemulihan yang baik bagi ibu dan bayi, termasuk pemantauan kesehatan, bantuan dalam perawatan bayi baru lahir, dan konseling tentang perawatan pascapersalinan.

6. Edukasi dan konseling kesehatan reproduksi: bidan memberikan edukasi dan konseling kepada individu dan keluarga tentang kesehatan reproduksi, kontrasepsi, dan pencegahan

7. Pemantauan dan Penilaian risiko kesehatan: Bidan juga bertanggung jawab untuk melakukan pemantauan dan penilaian risiko kesehatan maternal dan neonatal serta meminimalkan risiko tersebut.

3. RUANG LINGKUP PRAKTIK KEBIDANAN MENURUT ICM DAN IBI

1. Asuhan mandiri (otonomi) pada anak perempuan, remaja putri dan wantia dewasa sebelum, selama kehamilan dan selanjutnya.

2. Bidan menolong persalinan atas tanggung jawab sendiri dan merawat bayi baru lahir.

3. Pengawasan pada kesmas di posyandu (tindak pencegahan), penyuluhan dan pendidikan kesehatan pada ibu, keluarga dan masyarakat termasuk persiapan menjadi

orang tua, menentukan KB, mendeteksi kondisi abnormal pada ibu dan bayi.

4. Konsultasi dan rujukan.

5. Pelaksanaan pertolongan kegawatdaruratan primer dan sekunder pada saat tidak ada pertolongan medis.

Dalam melaksanakan praktik kebidanan secara aman dan bertanggungjawab, maka setiap bidan harus memiliki kompetensi utama yang meliputi pengetahuan, keterampilan dan perilaku. Ruang lingkup praktik kebidanan mencakup dua kategori yaitu kompetensi inti atau utama dan kompetensi lanjutan adalah pengembangan dari pengetahuan dan keterampilan dasar untuk mendukung tugas bidan dalam memenuhi tuntutan masyarakat yang dinamis.

4. TUJUAN ASUHAN KEBIDANAN

1.Menjamin kepuasan dan keselamatan ibu dan bayi nya sepanjang siklus reproduksi

2. Mewujudkan keluarga bahagia dan berkualitas melalui pemberdayaan perempuan dan keluarga nya

3.Lingkup Asuhan Kebidanan di gunakan untuk menentukan apa yang boleh/tidak di lakukan oleh seorang bidan.

Secara ringkas asuhan kebidanan adalah asuhan yang di berikan oleh seorang bidan yang mempunyai ruang lingkup sebagai berikut: Remaja putri asuhan tentang penyuluhan proses menstruasi dan kesehatan reproduksi

5. STANDAR PRAKTIK KEBIDANAN

Standar praktik kebidanan adalah rumusan tentang penampilan atau nilai dinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan yaitu standar pelayanan kebidanan yang menjadi tanggung jawab profesi bidan dalam sistem pelayanan yang bertujuan untuk meningkatan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat (Depkes RI 2001:)

Berikut ini adalah Standar Praktik Kebidanan yang ditetapkan oleh Pimpinan Pusat Ikatan Bidan Indonesia.

BAB 5

FILOSOFI KEBIDANAN

1. Prinsip dan pengertian filosofi kebidanan

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.

PRINSIP FILOSOFI KEBIDANAN

A. Setiap individu meyakini bahwa mempunyai hak untuk merasa aman. mendapat pelayanan kesehatan yang memuaskan dengan memperhatikan Martabatnya.

B. Bidan meyakini bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses yang normal.

C. Asuhan kebidanan difokuskan kepada kebutuhan individu,keluarga untuk perawatan fisik,emosi dan hubungan sosisal

2. Konsep ilmu dan pengetahuan kebidanan

Pengertian konsep dan ilmu (teori)

Konsep adalah ide yang direncanakan dalam pikiran kemudian dituangkan dalam sebuah karya nyata. Sedangkan teori (ilmu pengetahuan) adalah sesuatu yg kita pelajari melalu penggambaran mengenai suatu objek dari suatu kejadian atau fenomena sosial yang

menarik perhatiannya.Teori dan konsep secara umum adalah hal yang sangat berkaitan dengan perkembangan ilmu pengetahuan.

Konsep ilmu dan pengetahuan kebidanan :

Yaitu melibatkan pemahaman mendalam tentang anatomi dan fisiologi reproduksi, siklus kehamilan, perkembangan janin, serta proses persalinan. Bidan juga memahami manajemen nyeri, perawatan ibu dan bayi baru lahir, serta tindakan pencegahan dan penanganan komplikasi.

3. Tujuan filosofi dalam ilmu kebidanan

Memberikan persepsi yang sama kepada bidan mengenai hal hal yang penting dan berharga dalam memfasilitasi proses penanggulangan teori dan praktik.

4. Dimensi kefalsafatan ilmu kebidanan

1. Bersifat universal yaitu berlaku untuk seluruh disiplin yang bersifat keilmuan
2. Bersifat generic yaitu mencirikan segolongan tertentu dari pengetahuan ilmiah. contohnya: ilmu ilmu sosial
3. Bersifat spesifik yaitu memiliki ciri ciri yang khas dari semua disiplin. Ilmu yang membedakannya dengan disiplin keilmuan lain.

BAB 6

ASUHAN KEBIDANAN YANG HOLISTIK

PARADIGMA DAN KOMPETENSI BIDAN

1. ASUHAN KEBIDANAN YANG HOLISTIK

a) PENGERTIAN ASUHAN KEBIDANAN HOLISTIK

konsep asuhan kebidanan holistik yaitu konsep asuhan kebidanan yang menyeluruh dan berkesinambungan didasarkan pada pemahaman tentang pengalama sosial, emosional, budaya, spritual, psikologis dan fisik perempuan.

Patnership, Bidan dan perempuan kedudukannya setara, fungsi bidan memberdayakan perempuan dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan dirinya (Ani dkk, 2021).

Continuity of care, dalam kebidanan diartikan sebagai asuhan kebidanan berkelanjutan yang konsisten yang diberikan oleh seorang bidan atau kelompok bidan praktik sebagai penyedia asuhan primer terhadap wanita selama kehamilan, persalinan dan nifas dengan adanya penekanan pada kemampuan alami wanita pada proses persalinan dengan intervensi minimal. Filosofi dan proses yang memungkinkan bidan melakukan perawatan holistic dan membangun kemitraan yang berkelanjutan dengan pasien mereka untuk membangun pemahaman, dukungan dan kepercayaan. Kesinambungan perawatan difasilitasi melalui hubungan satu lawan satu antara bidan dan pasiennya (Ani dkk, 2021). Kesimbangunan pengalaman perawatan (Continuity of Care Experience) bias diperoleh sejak masa pendidikan yang berarti hubungan kebidanan yang berlangsung antara mahasiswa dan wanita kehamilan sampai minggu-minggu setelah wanita

tersebut melahirkan. Hal ini memungkinkan mahasiswa mengalami kontinuitas dengan seorang wanita melalui kehamilan, persalinan, kelahiran dan masa nifas sehingga mahasiswa tersebut mampu memberikan asuhan kebidanan.

b) ASUHAN KEHAMILAN

Kehamilan adalah suatu masa yang dimulai dari kontrasepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (9 bulan 7 hari, atau 40 minggu) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Febrianti & Aslina, 2019). Kehamilan terjadi ketika seorang perempuan melakukan hubungan seksual pada masa ovulasi atau masa subur.

Menurut Ophie (2019), kehamilan adalah proses yang terjadi dari pembuahan sampai kelahiran, dimulai dari prosedur sel telur yang dibuahi oleh sperma, lalu tertanam di dalam lapisan rahim, dan kemudian menjadi janin. Adapun perubahan-perubahan pada masa kehamilan sangatlah penting, baik perubahan fisiologis kehamilan alat kandungan yang berada di luar. Pada bab ini membahas tentang tanda dan gejala kehamilan dimana terjadi perubahan-perubahan selama kehamilan baik dalam bentuk fisik maupun psikologis. Perubahan tersebut mengharuskan adanya adaptasi dari tubuh wanita hamil. Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita akan berubah. Adapun tanda dan gejala kehamilan yaitu tanda pasti kehamilan, tanda tidak pasti kehamilan dan tanda mungkin kehamilan.

Federasi Obstetri Ginekologi Internasional (FOGI), mengatakan bahwa kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari sat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan kalender internasional.

c) ASUHAN PERSALINAN

A. Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melaui jalan lahir (Moore, 2001).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2000).

Menurut Mochtar R. Beberapa istilah yang ada hubungannya dengan persalinan:

A.Menurut cara persalinan

1. Persalinan Spontan adalah persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melaui jalan Lahir

2. Persalinan Buatan adalah persalinan dibantu tenaga dari luar misalnya: forceps, vacum SC

3. Persalinan Anjuran adalah persalinan berlangsung setelah ammniotomi dan pemberian obat-obatan (pitocin/ prostaglandin).

B. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

1. Penurunan kadar Progesteron Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan dapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen didalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

2. Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim

3. Keregangan otot-otot rahim dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot rahim dan makin rentan.

4. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin memegang peranan karena pada anencehalus kehamilan

sering lebih lama dari biasa.

5. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 dan E2 yang diberikan secara intravena, menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun dalam perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

C. Tahapan Persalinan

Persalinan dapat dibagi menjadi 4 kala

KALA I

Dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap (10 cm). Kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu:

1. Fase laten: pembukaan < 4 cm. (8 jam)

2. Fase Aktif: pembukaan 4 cm. 10 cm. (6-7 jam) atau 1 cm/jam

3. Fase aktif terdiri dari 3 periode yaitu

4. Fase akselerasi :berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm

5. Fase dilatasi maksimal: berlangsung 2 jam, pembukaan 4-9 cm

6. Fase diselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan 10 cm

KALA II (Kala Pengeluaran Janin)

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Premi 2 jam multi 1 jam. Pada kala ini his terkoordinir kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa meneran. Karena tekanan pada rektum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus terbuka.Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum menegang.

KALA III (Kala Pengeluaran Urin)

Dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya placenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri teraba pusat dan berisi plasenta yang

D. ASUHAN BAYI BARU LAHIR, BILITA DAN ANAK PRA SEKOLAH

1. Pengertian bayi baru lahir

Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus

menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin.

(1) Neonatus adalah organisme yang berada pada periode adaptasi

kehidupan intrauterin ke ekstrauterin. (32)

2. Klasifikasi neonatus :

a. Neonatus menurut masa gestasinya :

1) Kurang bulan (preterm infan) :<259 hari (37 minggu)

2) Cukup bulan (term infant) : 259- 294 hari (37-42 minggu)

3) Lebih bulan(postterm infant) :>294hari (42 minggu)

b. Neonatus menurut berat lahir :

1) Berat lahir rendah : <2500 gram.

2) Berat lahir cukup : 2500 - 4000 gram.

3) Berat lahir lebih : >4000 gram.

c. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan

ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan :

1) Neonatus cukup/ kurang/ lebih bulan.

2) Sesuai/ kecil/ besar ukuran masa kehamilan. (1)

Bayi baru lahir disebut dengan neonatus dengan tahapan :

1. Umur 0 - 7 hari disebut neonatal dini.

2. Umur 8 - 28 hari disebut neonatal lanjut.

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37

sampai 42 Minggu dan berat badan lahir 2500 - 4000 gram. (1)

3. Tanda-tanda bayi baru lahir normal

a. Lahir aterm antara 37- 42 minggu

E. ASUHAN NIFAS

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum. Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas antara lain:

1. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.

2. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.

3. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.

4. Membuat kebijakan, perencana program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.

5. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.

6. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yangaman.

7. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya

F. ASUHAN KELUARGA BERENCANA

Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam pemberian asuhan post partum. Adapun peran dan tanggung jawab dalam masa nifas antara lain:

1. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.

2. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.

3. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.

4. Membuat kebijakan, perencana program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.

5. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.

6. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yangaman.

7. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya

G. ASUHAN KESEHATAN REPRODUKSI

Meimbeirikan Arahan Dan Masuikan

Keiseihatan Teirkait Gangguian Keiseihatan Reiproduiksi Pada Reimaja

Peineiliti meilakuikan wawancara uintuik meingeitahuii peiran bidan seibagai

motivator dalam meimbeirikan asuihan keiseihatan reiproduiksi pada reimaja. Informan dalam

peineilitian ini adalah 5 bidan dan 5 reimaja , beirikuit adalah

jawaban informan bidan teirkait peirtanyaan meingeinai peiran bidan

seibagai motivator.Dari hasil wawancara bidan suidah meinjadi motivator teirhadap reimajateirkait keiseihatan reiproduiksi reimaja, dimana bidan meimbeirikan arahan dan bimbingan keiseihatan reiproduiksi seisuiai deingan apa yang dialami

H. ASUHAN MENOPAUSE

Asuhan kebidanan pada lansia di Komunitas lebih berfokus kepada wanita dengan menopause. Menopause adalah berhentinya mens secara permanen. Prefix mens diambil dari kata Yunani yang mempunyai arti siklus menstruasi; pause, kata Latin, memiliki arti berhentinya proses. Margaret Lock mengemukakan bahwa istilah menopause sebaiknya dibatasi pada peristiwa aktual akhir menstruasi dan bahwa menopause menggambarkan, bukan suatu kondisi, tetapi lebih dari perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi pada masa tertentu dalam kehidupan wanita (Varney, 2007).

Klimakterium, sebutan untuk periode transisi secara keseluruhan, didefinisikan sebagai fase proses penuaan yang dilewati wanita selama tahap reproduktif ke non reproduktif. Pra menopause adalah bagian dari klimakterium sebelum terjadi menopause sebelum terjadi menopause-masa ketika siklus menstruasi cenderung menjadi tidak teratur dan selama waktu tersebut wanita mungkin mengalami gejala klimakterium hot flash (kemerahan yang terasa panas). Pasca menopause adalah fase setelah menopause dengan titik akhir tidak diterapkan dengan baik hingga gejala hilang atau hingga akhir kehidupan. Perimenopause adalah istilah yang digunakan untuk beberapa tahun sebelum dan setelah berhentinya mens (Varney, 2007).

I. PENGERTIAN PARADIGMA

Bidan dalam bekerja memberikan pelayanan keprofesiannya berpegang pada paradigm, berupa pandangan terhadap manusia atau perempuan, lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan atau kebidanan, dan keturunan. Paradigma berasal dari bahasa Latin/ Yunani, paradigma yang berarti model/ pola. Paradigma juga berarti pandangan hidup, pandangan suatu disiplin ilmu/ profesi paradigma. Menurut kamus besar bahasa Indonesia edisi ke-3, paradigma adalah kerangka berpikir. Paradigma kebidanan adalah suatu cara pandang bidan dalam memberi pelayanan. Keberhasilan bidan dalam bekerja/memberikan pelayanan berpegang pada paradigma, pandangan terhadap manusia/wanita, lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan cara pandang bidanatauhubungan timbal balik antara manusia, lingkungan, perilaku, pelayanan kebidanan dan keturunan.

J. PENGERTIAN PARADIGMA KEBIDANAN

Paradigma kebidanan adalah suatu cara pandang bidan dalam memberikan pelayanan. Keberhasilan pelayanan tersebut dipengaruhi oleh pengetahuan dan cara pandang bidan dalam kaitan atau hubungan timbale-balik antara manusia atau wanita, lingkungan, perilaku, pelayanan kebidanan, dan keturunan.

K. PENGERTIAN KOMPONEN PARADIGMA

1.Manusia

Perempuan, sebagaimana halnya manusia adalah makhluk bio- psiko-sosio-kultural yang utuh dan unik, mempunyai kebutuhan dasar yang unik dan bermacam-macam, sesuai dengan tingkat perkembangannya. Perempuan adalah penerus generasi, sehingga keberadaan perempuan yang sehat jasmani, rohani, dan social sangat diperlukan.

Perempuan sebagai sumber daya insane merupakan pendidik pertama dan utama dalam keluarga. Kualitas manusia sangat ditentukan oleh keberadaan atau kondisi perempuan atau ibu dalam keluarga. Para perempuan di masyarakat adalah penggerak dan pelopor peningkatan kesejahteraan keluarga.

2. LINGKUNGAN

yang disebut lingkungan adalah semua yang ada di lingkungan dan terlibat dalam interaksi individu pada waktu melakukan aktivitasnya.

Bidan harus berpandangan bahwa lingkungan yang ada di sekitar manusia khususnya wanita sangat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi baik lingkungan fisik, lingkungan psiko social, lingkungan biologis dan lingkungan budaya. Lingkungan menjadi persyaratan yang penting agar kesehatan ibu dapat terjaga. Penyesuaian ibu terhadap lingkungan sekitarnya serta tempat tinggal yang memadai juga menunjang kesehatan ibu.

3. KESEHATAN

Terdapat "PERILAKU", yaitu: hasil dari berbagai pengalaman serta interaksi manusia dgn lingkungan nya.

Sehat menurut WHO adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan.

Sehat bukan merupakan suatu kondisi tetapi merupakan proses, yaitu proses adaptasi individu yang tidak hanya tehadap fisik tetapi juga terhadap lingkungan sosial.

4. PERILAKU SEHAT

Terdapat "PERILAKU", yaitu: hasil dari berbagai pengalaman serta interaksi manusia dgn lingkungan nya. Sehat menurut WHO adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan.

Sehat bukan merupakan suatu kondisi tetapi merupakan proses, yaitu proses adaptasi individu yang tidak hanya tehadap fisik tetapi juga terhadap lingkungan sosial.

L. MANFAAT PARADIGMA DALAM ASUHAN KEBIDANAN

Manfaat Paradigma Kebidanan

Manfaat paradigma dikaitkan dengan asuhan kebidananorang/individu/manusia adalah fokus paradigma.orang/manusia harus bertanggung jawab terhadap kesehatan sendiri.manusia berinteraksi dengan lingkungan/masyarakat.lingkungan / masyarakat dapat mempengaruhi kesehatan.Bidan sebagai manusia harus memiliki ilmu pengetahuan untuk mengetaui bagaimana diri sendiri.

dengan mengetahui bagaimana diri sendiri diharapkan bidan dapat memahami orang lain/manusia lain, sehingga bidan harus bersikap objektif dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada wanita- wanita.

sifat-sifat manusia harus diperhatikan, keterbukaan dan kesabaran antara hubungan bidan dan wanita sangat dibutuhkan. interaksi antara bidan dan pasien mendorong keterbukaan hubungan bidan dengan wanita. bidan - pasien saling membutuhkan.

bidan harus menganggap pekerjaan sebagai suatu hal yang menarik, menumbuhkan ketertarikan dalam aspek kesehatan, contohnya saja dalam interaksi bidan pasien dan dalam bekerja dengan teman- teman dan tim kesehatan lain.

BAB 6

PENDEKATAN DALAM ASUHAN

LANGKAH LANGKAH MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

Pendekatan dalam asuhan (asuhan yang berpusat pada perempuan)

A. kesehaatan perempuan dan faktor yang mempengaruhi

* Faktor biologis: Kecacatan organ reproduksi, anemia, gizi buruk

* Faktor psikologis: Rendahnya rasa percaya diri

* Faktor sosial-ekonomi dan demografi: Kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, pengetahuan tentang perkembangan seksual dan reproduksi, serta tempat tinggal di daerah terpencil

* Faktor budaya dan lingkungan: Kepercayaan, persepsi masyarakat, dan lokasi tempat tinggal

* Faktor gaya hidup: Perilaku hidup sehat

* Faktor lain: Kehamilan, siklus menstruasi, menopause, stres, dan proses penuaan alami

B. faktor yang mempengaruhi akses perempuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan

Di daerah dengan keterbatasan sumber daya, akses perempuan terhadap layanan kesehatan terutama dipengaruhi oleh empat faktor utama, yaitu tidak ingin berobat sendiri, jarak ke fasilitas kesehatan, adanya biaya yang dibutuhkan untuk berobat, dan mendapatkan izin untuk mendapatkan perawatan medis.

C. prinsip dasar kesehatan reproduksi pada perempuan

Kesehatan Reproduksi (KRR) adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh (bukan hanya bebas dari penyakit dan kelemahan) dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi, dan prosesnya. Oleh karena itu, kesehatan reproduksi berarti bahwa setiap orang mampu menjalani kehidupan seks yang memuaskan dan aman, serta memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan apakah akan melakukannya, kapan, dan seberapa sering.

D. hak perempuan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan:

Hak dalam bidang kesehatan

Perempuan berhak untuk mendapatkan kesempatan bebas dari kematian pada saat melahirkan, dan hak tersebut harus diupayakan oleh negara. Negara juga berkewajiban menjamin diperolehnya pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan KB, kehamilan, persalinan, dan pasca-persalinan.

E. asuhan yang berpusat pada perempuan:

Asuhan yang berpusat pada perempuan (woman-centered care) adalah pendekatan dalam pelayanan kesehatan yang menempatkan kebutuhan, preferensi, dan nilai-nilai perempuan sebagai pusat dari setiap interaksi dan keputusan perawatan. Pendekatan ini mengakui otonomi perempuan, memastikan mereka terlibat aktif dalam pengambilan keputusan, dan mendukung kesejahteraan fisik, emosional, dan sosial mereka. Pelayanan ini berfokus pada pemberdayaan perempuan, menghormati hak-hak mereka, dan memastikan bahwa setiap tindakan medis sesuai dengan keinginan serta kebutuhan individual mereka.

F. pengorganisasian yang berpusat yang berpusat pada perempuan:

Pengorganisasian yang berpusat pada perempuan (woman-centered organization) adalah pendekatan dalam manajemen organisasi yang menempatkan kebutuhan, hak, dan perspektif perempuan sebagai inti dari kebijakan dan praktik organisasi. Ini melibatkan pemberdayaan perempuan dalam pengambilan keputusan, penciptaan lingkungan kerja yang mendukung, serta memastikan kebijakan inklusif yang mengatasi ketidaksetaraan gender.

G. pertimbangan pengorganisasian asuhan yang berpusat pada perempuan:

1. Pelayanan Holistik: Asuhan harus mempertimbangkan kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan budaya perempuan. Ini berarti memahami perempuan sebagai individu yang utuh dengan berbagai aspek kehidupan yang saling berhubungan.

2. Lingkungan yang Mendukung: Organisasi perlu menciptakan lingkungan yang aman, mendukung, dan ramah bagi perempuan. Ini termasuk memastikan privasi, kenyamanan, dan rasa hormat dalam setiap interaksi.

3. Pendidikan dan Informasi: Memberikan informasi yang lengkap, akurat, dan mudah dipahami adalah kunci dalam pengorganisasian yang berpusat pada perempuan. Informasi ini harus memberdayakan perempuan untuk membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatan mereka.

4. Kolaborasi Tim: Tim kesehatan harus bekerja sama secara efektif dan memastikan bahwa semua aspek perawatan terkoordinasi dengan baik. Kolaborasi ini penting untuk memastikan bahwa perempuan menerima perawatan yang konsisten dan komprehensif.

Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas asuhan dan memastikan bahwa perempuan merasa didengar, dihargai, dan dilibatkan dalam perawatan kesehatan mereka.

BAB 7
DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN

1. DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN

A. Definisi dokumentasi kebidanan

Secara umum dokumentasi merupakan suatu catatan otentik atau dokumentasi asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan dokumentasi kebidanan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan sendiri.

B. Sifat dokumentasi kebidanan

Dokumentasi mempunyai dua sifat yaitu tertutup dan terbuka. Tertutup apabila di dalam berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapkan, dan disebarluaskan kepada masyarakat. Terbuka apabila dokumen tersebut selalu berinteraksi dengan lingkungannya yang menerima dan menghimpun informasi.

C. Tujuan dokumentasi kebidanan

Tujuan dokumen Pasien adalah untuk menunjang tertibnya administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit atau puskesmas. Selain sebagai suatu dokumen rahasia, catatan tentang pasien juga mengidentifikasi pasien dan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Adapun tujuan dokumentasi kebidanan adalah sebagai sarana komunikasi.

D. Manfaat dokumentasi kebidanan

1.Aspek administrasi terdapatnya dokumentasi Kebidanan yang berisi tentang tindakan bidan, berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

2. Aspek medis dokumentasi yang berisi catatan yang dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

3. Aspek hukum melalui dokumentasi Maka terdapat jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan Sama halnya dalam rangka usaha menegakkan keadilan, karena semua catatan tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Hal tersebut sangat bermanfaat apabila dijumpai suatu masalah yang berhubungan dengan profesi bidan, di mana bidan sebagai Pemberi Jasa dan pasien Sebagai pengguna jasa maka dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu, karena dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan, maka dalam pencatatan data, data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif dan ditandatangani oleh bidan.

4. Aspek keuangan, dengan adanya dokumentasi data atau informasi baik tentang tindakan serta Perawatan pada pasien, dokumentasi dapat dipergunakan sebagai dasar untuk perincian biaya atau keuangan.

5. Aspek penelitian, dokumentasi kebidanan berisi data atau informasi pasien. Hal ini dapat dipergunakan sebagai data dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan melalui studi dokumentasi.

E. Prinsip dokumentasi kebidanan

1. Dokumentasi secara lengkap tentang suatu masalah penting yang bersifat klinis.

2. Lakukan penandatanganan dalam setiap pencatatan data.

3. Tulislah dengan jelas dan rapi

4. Gunakan ejaan dan kata baku serta tata bahasa medis yang tepat dan umum.

5. Gunakan alat tulis yang terlihat jelas, seperti tinta untuk menghindari terhapusnya catatan.

6. Gunakan singkatan resmi dalam pendokumentasian.

7. Gunakan pencatatan dengan grafik untuk mencatat tanda vital.

8. Catat nama pasien di setiap halaman.

9. Berhati-hati Ketika mencatat status pasien dengan HIV atau AIDS.

10. Hindari menerima instruksi verbal dari dokter melalui telepon, kecuali dalam kondisi darurat.

11. Tanyakan apabila ditemukan instruksi yang tidak tepat.

12. Dokumentasi terhadap tindakan atau obat yang diberikan.

13. Catat informasi secara lengkap tentang obat yang diberikan.

14. Catat keadaan alergi obat atau makanan.

15. Catat daerah atau tempat pemberian injeksi atau suntikan.

16. Catat hasil laboratorium yang abnormal.

F. Teknik pendokumentasian

Teknik mendokumentasian naratif, lembar penerimaan yaitu lembar yang biasanya berisi tentang kapan bacaan masuk rumah sakit, identitas pasien, alasan masuk rumah sakit. Lembar muka. Lembar instruksi dari dokter yaitu lembaran yang berisi tentang segala sesuatu yang diinstruksikan oleh dokter untuk pengobatan dan perawatan pasien, misalnya tindakan medis terapi Dokter. Lembar riwayat Penyakit yaitu lembar yang berisi tentang riwayat penyakit yang pernah diderita oleh pasien dan keluarga biasanya riwayat penyakit yang dianggap berat dan riwayat penyakit keturunan. Contohnya yaitu penyakit jantung diabetes melitus. Lembah catatan perawat atau bidan, yaitu lomba yang berisi asuhan keperawatan atau Kebidanan yang direncanakan maupun yang sudah dilakukan dengan pasien oleh bidan atau perawat beserta hasil evaluasi dari asuhan tersebut. Lembar catatan lainnya, Contohnya yaitu lembar catatan visioterapi, lembar hasil laboratorium, Catatan berorientasi pada masalah menitikberatkan pada data yang didokumentasikan untuk disusun berdasarkan masalah pasien. Modal ini berupaya untuk mengintegrasikan data yang dikemukakan oleh berbagai tenaga kesehatan baik dokter, perawat, bidan, atau tenaga kesehatan lainnya yang semuanya memiliki keterlibatan dalam pemberian pelayanan kesehatan pada

pasien. Catatan berorientasi pada sumber ini memfokuskan catatan atas dasar orang atau sumber yang melakukan catatan pada pasien seperti dokter, perawat, ahli gizi, atau tenaga kesehatan lain yang memberikan catatan pada data medik berdasarkan sumber tersebut kita dapat mengenal beberapa catatan sendiri berada dalam satu catatan medik seperti lembar instruksi atau order dokter, riwayat medik, catatan perawatan Laporan atau catatan khusus, dan lain-lainnya

G. Model pendokumentasian kebidanaN

Pencatatan naratif adalah catatan harian atau format cerita yang digunakan untuk mendokumentasikan peristiwa asuhan kebidanan pada pasien yang terjadi selama jam dinas sumber informasi dalam pencatatan naratif ini adalah semua anggota tim pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab memberikan informasi. Masing-masing sumber informasi mendeskripsikan hasil observasi, aktivitas dan evaluasi pelayanan kesehatan. Flowsheet lembar alur atau flowsheet dan ceklis ini digunakan untuk mengumpulkan hasil pengkajian data dan mendokumentasikan implementasi kebidanan. Jika lembar alur ini dipergunakan dengan tepat, Maka akan banyak menghemat waktu bidan untuk mencatat, di sini tidak tertulis ulang data di dalam lembar alur ke dalam catatan perkembangan, karena sama saja hal ini akan mengabaikan tujuan pembuatan lembar alur dan melakukan pekerjaan yang sia-sia

Catatan berorientasi pada masalah menitikberatkan pada data yang didokumentasikan untuk disusun berdasarkan masalah pasien. Modal ini berupaya untuk mengintegrasikan data yang dikemukakan oleh berbagai tenaga kesehatan baik dokter, perawat, bidan, atau tenaga kesehatan lainnya yang semuanya memiliki keterlibatan dalam pemberian pelayanan kesehatan pada pasien Model charting by Exception atau cbe merupakan model dalam dokumentasi Kebidanan yang terdiri dari beberapa unsur inti diantara lain diantaranya lembar alur flowsheet, catatan standar praktik, protokol instruksi, data dasar kebidanan, rencana kebidanan berdasarkan diagnosis Kebidanan dan catatan perkembangan soap. Model dokumentasi PIE (problem-intervention-evaluation) merupakan suatu pendekatan orientasi proses pada dokumentasi keperawatan dengan penekanan pada masalah keperawatan, intervensi dan evaluasi keperawatan.

H. Sistem dalam pendokumentasian

Model cardex merupakan model dokumentasi tradisional yang dipergunakan di berbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam satu buku titik catatan atau informasi yang didapatkan pada cardeks diantaranya data pasien yang meliputi nama, alamat, status perkawinan tanggal lahir, status sosial, agama dan kepercayaan diagnosis kebidanan serta prioritas masalah, dan data pengobatan yang sedang dilakukan meliputi perawatan, pengobatan, dietherapy intravena konsultasi dan data tes diagnostik jadwal lengkap dengan hasil serta kegiatan-kegiatan yang diperbolehkan untuk dilakukan kegiatan sehari-hari.

Model ini menggunakan sistem komputer dalam melakukan dokumentasi kebidanan titik modal ini berupa segala bentuk catatan atau dokumentasi terprogram secara jelas sehingga memudahkan dalam proses penegakan diagnosis dan mengurangi kegiatan catatan secara tradisional. Beberapa pertimbangan dalam menggunakan CVR ini adalah karena jumlah data yang digolongkan tentang kesehatan seseorang sangatlah banyak dan metode ini merupakan penghantaran informasi yang lebih efisien dan efektif.

I. Dokumentasi dalam asuhan perintologi

Dokumentasi dalam asuhan bayi baru lahir adalah hal yang sangat penting. Dengan melakukan dokumentasi yang baik, kita dapat memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi, mendeteksi masalah kesehatan sedini mungkin, dan memberikan asuhan yang terbaik bagi bayi.

J. Contoh dokumentasi SOAP

SOAP adalah singkatan dari Subjektif, Objektif, Analisis, dan Rencana. Metode ini sering digunakan dalam bidang kesehatan, terutama dalam dokumentasi asuhan pasien.

Contoh Dokumentasi SOAP

Pasien: Ibu Ani, 35 tahun

Keluhan Utama: Sakit kepala sebelah kanan sejak semalam

Subjektif (S):

* Pasien mengeluh sakit kepala sebelah kanan terasa berdenyut, intensitas sedang.
* Sakit kepala bertambah parah saat terkena cahaya terang dan suara bising.
* Sudah mengonsumsi obat paracetamol 2x500mg, namun tidak berkurang.
* Riwayat migrain keluarga.

Objektif (O):

* Tanda vital dalam batas normal.
* Pemeriksaan fisik: pupil isokor, tidak ada nyeri tekan pada sinus, tidak ada kelainan neurologis.

Analisis (A):

* Kemungkinan diagnosis: Migrain tanpa aura.
* Pemeriksaan penunjang yang mungkin diperlukan: Tidak ada, jika gejala khas migrain.

Rencana (P):

* Edukasi pasien tentang cara mengatasi migrain: istirahat di ruangan gelap dan tenang, kompres dingin pada kepala, menghindari pemicu.
* Resep obat:

* Triptan (obat spesifik migrain) sesuai dosis.

* Obat anti-inflamasi non-steroid (OAINS) jika nyeri tidak terkontrol.

* Follow up: Jika gejala tidak membaik dalam 2 hari atau muncul gejala baru, segera kembali ke dokter.

Catatan:

2. Dasar pemikiran, fokus, dan tujuan dalam teoru kebidanan

Dasar Pemikiran dalam Teori Kebidanan

Teori kebidanan didasari oleh keyakinan bahwa:

* Ibu adalah pusat asuhan: Ibu memiliki hak untuk menentukan pilihan dalam proses kehamilan, persalinan, dan nifas.

* Kelahiran adalah proses alami: Persalinan adalah proses fisiologis normal yang seharusnya berlangsung secara alami tanpa intervensi medis yang berlebihan.

* Hubungan yang saling mendukung: Terjalin hubungan yang saling mendukung antara ibu, keluarga, dan tenaga kesehatan.

Fokus dalam Teori Kebidanan

Fokus utama dalam teori kebidanan adalah:

* Kesehatan ibu dan bayi: Menjaga kesehatan ibu dan bayi selama masa kehamilan, persalinan, nifas, dan masa menyusui.

* Pemberdayaan perempuan: Memberikan dukungan dan informasi kepada ibu agar dapat mengambil keputusan yang tepat untuk dirinya dan bayinya.

* Asuhan yang berpusat pada ibu: Menempatkan ibu sebagai subjek aktif dalam proses asuhan kebidanan.

Tujuan dalam Teori Kebidanan

Tujuan utama teori kebidanan adalah:

* Menjamin keselamatan ibu dan bayi: Mencegah komplikasi dan kematian ibu dan bayi.

* Mewujudkan keluarga yang sehat dan bahagia: Memberikan dukungan kepada keluarga dalam merawat bayi yang baru lahir.

* Meningkatkan kualitas hidup perempuan: Memberdayakan perempuan agar dapat hidup sehat dan mandiri.

3. Teori-teori yang mempengaruhu model kebidanan

Teori Kebidanan yang Populer

Beberapa teori kebidanan yang populer antara lain:

* Teori Reva Rubin: Fokus pada proses psikologis yang dialami ibu selama kehamilan, persalinan, dan nifas.

* Teori Ramona Mercer: Menekankan pentingnya hubungan antara ibu dan bayi setelah persalinan.

* Teori Dorothy Orem: Menekankan pentingnya perawatan diri ibu dan bayi.

Ernestine Wiedenbach:

* Fokus: Keluarga sebagai pusat asuhan.

* Konsep: Filosofi, tujuan, praktik, dan seni dalam keperawatan maternitas.

* Implikasi: Bidan harus melihat ibu dan keluarga sebagai satu kesatuan, memberikan asuhan yang holistik, dan melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan.

* Ela Joy Lehrman & Morten:

* Fokus: Aspek praktik pemberian asuhan pada wanita hamil dan persalinan.

* Konsep: Pandangan bahwa kehamilan dan persalinan adalah proses alami.

* Implikasi: Bidan berperan sebagai pendamping dan pendukung proses alami, memberikan informasi dan dukungan yang dibutuhkan ibu.

* Jean Ball:

* Fokus: Perkembangan individu dan keluarga dalam konteks budaya.

* Konsep: Siklus kehidupan keluarga dan peran kebidanan dalam mendukung setiap tahap.

* Implikasi: Bidan perlu memahami budaya dan nilai-nilai keluarga untuk memberikan asuhan yang sensitif dan sesuai dengan kebutuhan individu dan keluarga.

Implikasi dalam Praktik Kebidanan

Teori kebidanan memberikan kerangka berpikir bagi para bidan dalam memberikan asuhan. Beberapa implikasi dalam praktik kebidanan antara lain:

* Pentingnya komunikasi: Bidan harus membangun komunikasi yang baik dengan ibu dan keluarga.

* Pemberian informasi: Bidan harus memberikan informasi yang akurat dan lengkap kepada ibu.

* Dukungan emosional: Bidan harus memberikan dukungan emosional kepada ibu selama proses kehamilan, persalinan, dan nifas.

* Kolaborasi: Bidan harus bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain untuk memberikan asuhan yang komprehensif.

Kesimpulan

Teori kebidanan memberikan dasar yang kuat bagi praktik kebidanan yang berpusat pada ibu. Dengan memahami dasar pemikiran, fokus, dan tujuan teori kebidanan, bidan dapat memberikan asuhan yang berkualitas dan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi.

BAB 8

1. konseptual model kebidanan

•Definisi Konseptual Model-model Asuhan Kebidanan

Model adalah contoh atau peraga untuk menggambarkan sesuatu.Konseptual model asuhan kebidanan adalah suatu bentuk pedoman/acuan yang merupakan kerangka kerja seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan dipengaruhi oleh filosofi yang dianut bian (filosofi asuhan kebidanan) meliputi unsur-unsur yang terdapat dalam paradigma kesehatan (manusia-prilaku, lingkungan dan pelayanan kesehatan).

a. Teori Model Kebidanan

1. Ruper, Lagan dan Tietney Activity of living model Model yang dipengaruhi oleh Virginia Henderson Model. Terdiri dari 4 elemen:

a) Rentang kehidupan

b) Aktivitas kehidupan

c) Ketergantungan atau kebebasan individu

d) Faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas individu.

Dalam model ini diidentifikasi adanya 12 macam kebutuhan manusia sebagai kehidupan yaitu:

1) Mempertahankan lingkungan yang aman

2) Komunikasi

3) Bernafas

4) Makanan dan minuman

5) Eliminasi

6) Berpakaian dan kebersihan diri

7) Pengaturan suhu tubuh

8) Mobilisasi

9) Bekerja dan bermain

10) Seksualitas

11) Tidur

2. Rosemary Methuen

Merupakan aplikasi dari Oream dan Hendson, model terhadap asuhan kebidanan, di mana dalam system perawatan dan 5 metode pemberian bantuan yaitu:

1) Mengerjakan untuk klien

2) Membimbing klien

3) Mendukung klien (secara fisik dan psikologis)

4) Menyediakan lingkungan yang mendukung kemampuan klien untuk memenuhi kebutuhan sekarang dan masa yang akan datang

5) Mengajarkan klien

Peran bidan adalah mengidentifikasi masalah klien dan melakukan sesuatu untuk membantu

klien untuk memenuhi kebutuhannya. Manfaat dari model ini menurut Methuen adalah sebagai bukti praktek pengkajian kebidanan kebidanan yang tidak didasarkan pada kerangka kerja dari tradisi manapun.

3. Roy Adaptation Model

Pencetusnya adalah suster Callista Roy (2000), sebagai dasarnya makhluk bio psiko sosial yang berhubungan dengan lingkungan. Dimemukakan tiga macam stimulasi yang mempengaruhi adaptasi kesehatan dari individu, yatu:

1). Vokal stimulasi

Yaitu stimulasi dari lingkungan di dekat individu, contohnya: kesehatan bayi akan mempengaruhi ibu yang baru saja melakukan fungsinya.

2). Kontekstual stimuli

Yaitu faktor-faktor umum yang mempengaruhi perempuan. Contohnya: kondisi lingkungan yang buruk.

3). Residual stimuli

Yaitu faktor internal meliputi kepercayaan, pengalaman, dan sikap. Model kebidanan ini berguna bagi bidan dalam melakukan pengkajian secara menyeluruh.

4. Neman System Model

Yaitu model yang merupakan awal dari kesehatan individu dan komunikasi (sistem klien) yang digambarkan sebagai pusat energi yang dikelilingi oleh garis kekuatan dan pertahana.

a. Pusatnya adalah variabel fisiologis, psikologis, sosial kultural, dan spiritual

b. Garis kekuatan adalah kemempuan sisitem klien untuk mempertahankan keseimbangan tubuh.

c. Garis pertahanan menunjukkan status kesehatan umum dari individu.

2. Critical Thinking Kebidanan

A. Critical Thinking

Kemampuan untuk menganalisis fakta, mencetuskan dan menata gagasan, mempertahankan pendapat, membuat perbandingan, menarik kesimpulan, mengevaluasi argumen dan memecahkan masalah (Chance, 1986).

Sebuah proses yang sadar dan sengaja yang digunakan untuk menafsirkan dan mengevaluasi informasi dan pengalaman dengan sejumlah sikap reflektif dan kemampuan yang memandu keyakinan dan tindakan (Mertes, 1991).

Bidan sebagai praktisi maupun dalam pendidikan harus menggunakan unsur-unsur dasar dalam berpikir kritis agar asuhan kebidanan yang akan diberikan berkualitas. Unsur pertama dalam berpikir kritis adalah konsep. Seorang bidan harus memahami konsep dasar manajemen asuhan kebidanan

Proses berfikir kritis bertujuan untuk:

1. Merumuskan masalah dengan jelas dan tepat.

2. Mengumpulkan dan menilai informasi yang relevan.
3. Berpikir terbuka dalam sistem pemikiran.
4. Berkomunikasi secara efektif dengan orang lain dalam mencari tahu solusi untuk masalah yang kompleks.

Penerapan berfikir kritis dalam asuhan kebidanan pada dasarnya sudah tergambar dalam manajemen kebidanan. Namun, dalam bahasan ini, kita akan lebih memperdalam lagi tentang proses (perjalanan) berfikir kritis 7 LANGKAH VARNEY

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Langkah III Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Langkah VII: Evaluasi

B. Critical Reasoning

Berpikir kritis yang dilakukan seorang bidan tidak terpisah dari clinical reasoning, artinya seorang bidan memusatkan pikirannya kearah diagnosa kebidanan yang memungkinkan berdasarkan campuran pola pengenalan dan penalaran deduktif hipotetik

•THINKING/REASONING

merupakan suatu cara untuk memperoleh suatau kebenaran, dimana kriteria dari suatu kebenaran adalah relative

Cara berpikir:

-Rasional

-Logis

-Analtik

-Tidak rasional

-Tidak Logis

-Tidak Analtik

Ada beberapa aspek penalaran klinis yang harus diaplikasikan oleh seorang bidan dalam menjalankan manajemen asuhan kebidanan.

1. Penalaran berdasarkan pengetahuan atau ilmiah
2. penalaran naratif
3. penalaran pragmatik.
4. penalaran etis

Bidan menerapkan setiap kegiatan manajemen asuhan kebidanan selalu menggunakan penalaran, berpikir kritis. Berpikir kritis harus diintegrasikan kepada seluruh profesi bidan dan dimulai pada mahasiswa kebidanan untuk setiap manajemen asuhan kebidanan yang akan dilakukan sehingga menghasilkan asuhan yang tepat dan bermutu

C. Hubungan Critical Thinking Dan Clinical Reasoning Reasoning merupakan kegiatan berpikir untuk menghasilkan suatu kesimpulan.

Clinical reasoning merupakan suatu proses berpikir untuk membuat suatu keputusan sebagai bagian integral dari praktek klinik atau proses rasionalisasi dari setiap tindakan klinis Critical thinking dan clinical reasoning sama sama melibatkan proses berpikir (thinking). Clinical reasoning melibatkan self-regulating dari interpretasi, analisa, dan evaluasi informasi klinis, membuat argument untuk hipotesa, menarik kesimpulan dari informasi dan menjelaskan alasan dibalik diagnosis yang dipilih, Komponen clinical reasoning ini termasuk komponen critical thinking, jadi clinical reasoning adalah bentuk critical thinking dalam konteks klinis.

BAB 9

1. Aspek Legal dalam Pelayanan Kebidanan

Pelayanan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan dengan membantu melayani apa yang dibutuhkan oleh seseorang, selanjutnya jika dikaitkan dengan masalah kesehatan diartikan pelayanan yang diterima oleh seseorang dalam hubungannya dengan pencegahan, diagnosis dan pengobatan suatu gangguan kesehatan tertentu.

Menurut undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 1 dalam Ketentuan Umum, terdapat pengertian pelayanan kesehatan yang lebih mengarahkan pada obyek pelayanan, yaitu pelayanan kesehatan yang ditujukan pada jenis upaya, meliputi upaya peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif).

Pengertian pelayanan kebidananan yang termuat dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan, Pelayanan Kebidanan adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar (teregister) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan. Dari beberapa pengertian tentang pelayanan kebidanan diatas maka dapat disimpulkan pelayanan kebidanan adalah kegiatan membantu memenuhi kebutuhan seseorang atau pasien, oleh bidan, dalam upaya kesehatan meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan yang sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya. Sedangkan kata legal sendiri berasal dari kata leggal (bahasa Belanda) yang artinya adalah sah menurut undang-undang. Atau menurut kamus Bahasa Indonesia, legal diartikan sesuai dengan undang-undang atau hukum.

Dari pengertian-pengertian diatas maka dapat disimpulkan, pengertian aspek legal pelayanan kebidanan adalah penggunaan norma hukum yang telah disahkan oleh badan yang ditugasi untuk itu menjadi sumber hukum yang paling utama dan sebagai dasar pelaksanaan kegiatan membantu memenuhi kebutuhan seseorang atau pasien/kelompok masyarakat oleh bidan dalam upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan kesehatan.

Legislasi Pelayanan Kebidanan

Legislasi adalah proses pembuatan undang-undang atau penyempurnaan perangkat hukum yang sudah ada melalui serangkaian kegiatan sertifikasi (pengaturan kompetensi), registrasi (pengaturan kewenangan) dan lisensi (pengaturan penyelenggaraan kewenangan). Tujuan legislasi adalah memberikan perlindungan kepada masyarakat terhadap pelayanan yang telah diberikan. Bentuk perlindungan tersebut antara lain:

a. Mempertahankan kualitas pelayanan
b. Memberikan kewenangan
c. Menjamin perlindungan hukum
d. Meningkatkan profesionalisme

2. Macam pelayanan legislasi adalah:

a. Menjamin perlindungan pada masyarakat pengguna jasa profesi dan profesi sendiri

b. Legislasi sangat berperan dalam pemberian pelayanan profesional Bidan dikatakan profesional, mematuhi beberapa kriteria seperti mandiri, peningkatan kompetensi, praktik berdasarkan evidence based, dan penggunaan berbagai sumber informasi. Masyarakat membutuhkan pelayanan yang aman dan berkualitas, serta butuh perlindungan sebagai pengguna jasa profesi. Ada beberapa hal yang menjadi sumber ketidak puasan pasien atau masyarakat yaitu: 1) pelayanan yang aman; 2) sikap petugas kurang baik; 3) komunikasi yang kurang; 4) Kesalahan prosedur; 5) saran kurang baik dan 6) tidak adanya penjelasan atau bimbingan atau informasi atau pendidikan kesehatan.

3.Sertifikasi praktik kebidanan

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

Registrasi praktik kebidanan.

Registrasi adalah sebuah proses di mana seorang tenaga profesi harus mendaftarkan dirinya pada suatu badan tertentu secara periodik guna mendapatkan kewenangan dan hak untuk melakukan tindakan profesionalnya setelah memenuhi syarat-syarat tertentu yang ditetapkan oleh badan.

Registrasi bidan artinya proses pendaftaran, pendokumentasian dan pengakuan terhadap bidan, setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi inti atau standar penampilan minimal yang ditetapkan, sehingga secara fisik dan mental mampu melaksanakan praktik profesinya.

4.Lisensi praktik kebidanan

Pengertian lisensi adalah proses administrasi yang dilakukan oleh pemerintah atau yang berwenang berupa surat ijin praktik yang diberikan kepada tenaga profesi yang telah teregistrasi untuk pelayanan mandiri.

4. Otonomi bidan dalam pelayanan

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

Dengan adanya legitimasi kewenangan bidan yang lebih luas, bidan memiliki hak otonomi dan mandiri untuk bertindak secara profesional yang dilandasi kemampuan berfikir logis dan sistematis serta bertindak sesuai standar profesi dan etika profesi. Praktik kebidanan merupakan inti dari berbagai kegiatan bidan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus terus menerus ditingkatkan mutunya melalui:

1. Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan

Pendidikan berkelanjutan berada dibawah organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) pada tingkat Pengurus Pusat (PP-IBI), Pengurus Daerah (PD-IBI) dan Pengurus Cabang (PC-IBI).

2. Penelitian dalam kebidanan

Penelitian kebidanan bertujuan untuk mengembangkan ilmu dari berbagai pengetahuan yang telah ada, serta adanya fakta dan temuan- temuan baru sehingga dapat disusun sebuah teori, konsep, hukum, kaidah atau metodologi baru yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah kebidanan seperti kehamilan, persalinan, nifas, patologi kebidanan, kebidanan komunitas, neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah, KB dan Kesehatan Reproduksi.

3. Pengembangan ilmu dan teknologi dalam kebidanan

Teknologi dalam kebidanan didefinisikan sebagai entitas, benda maupun tak benda yang diciptakan secara terpadu melalui perbuatan, dan pemikiran untuk mencapai suatu nilai. Dalam penggunaan ini, teknologi merujuk pada alat, dan mesin yang dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah-masalah di kebidanan.

4. Akreditasi

Suatu bentuk pengakuan pemerintah terhadap suatu lembaga pendidikan kebidanan.

5. Sertifikasi

Dokumen penguasaan kompetensi kebidanan melalui kegiatan pendidikan formal maupun non formal. Tujuan melindungi masyarakat pengguna jasa profesi, meningkatkan mutu pelayanan, pemerataan dan perluasan jangkauan pelayanan.

6. Registrasi Proses pendaftaran, pendokumentasian dan pengakuan terhadap bidan

setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi inti atau standar penampilan minimal yang ditetapkan sehingga secara fisik dan mental mampu melaksanakan praktik profesi bidan. Dengan terregistrasinya maka mendapatkan hak untuk minta ijin praktik, setelah memenuhi beberap persyaratan administrasi untuk lisensi

BAB 10

A. Kode etik kebidanan

merupakan pedoman moral yang mengatur perilaku dan tindakan bidan dalam menjalankan profesinya. Prinsip-prinsip yang terkandung di dalamnya bertujuan untuk melindungi kepentingan pasien, menjaga martabat profesi, serta meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan.

B. Prinsip-prinsip utama dalam kode etik kebidanan antara lain:

Autonomi: Mengesahkan hak pasien untuk membuat keputusan sendiri tentang perawatan kesehatan mereka.
Beneficence: Melakukan tindakan yang bermanfaat bagi pasien dan meminimalkan potensi bahaya.
Non-maleficence: Tidak melakukan tindakan yang dapat membahayakan pasien.
Justice: Memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua pasien, tanpa memandang status sosial, ekonomi, atau latar belakang lainnya.
Fidelity: Menjaga kepercayaan pasien dan menjaga kerahasiaan informasi pasien.

Prinsip-prinsip lain yang sering ditemukan dalam kode etik kebidanan:
Kewajiban memprioritaskan kebutuhan klien: Bidan harus selalu mengutamakan kepentingan pasien dalam setiap tindakan yang dilakukan.
Menghormati hak klien dan norma masyarakat: Bidan harus menghormati hak-hak asasi manusia pasien dan norma-norma yang berlaku di masyarakat.
Kewajiban menyediakan asuhan, konsultasi, dan rujukan: Bidan bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan yang komprehensif kepada pasien, termasuk melakukan rujukan jika diperlukan.
Menjaga kerahasiaan informasi: Bidan wajib menjaga kerahasiaan semua informasi yang diperoleh dari pasien.
Kewajiban mendukung sejawat dan profesi lain: Bidan harus bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien.
Kewajiban menjaga nama baik dan menjunjung tinggi citra profesi: Bidan harus selalu menjaga nama baik profesi kebidanan.
Kewajiban mengembangkan pengetahuan dan praktik kebidanan: Bidan harus terus meningkatkan kompetensinya melalui pendidikan dan pelatihan

C.Isu etik kebidanan adalah permasalahan atau dilema moral yang seringkali dihadapi oleh bidan dalam menjalankan praktiknya. Dilema ini muncul karena adanya pertentangan antara nilai-nilai moral, etika profesi, dan situasi nyata yang dihadapi dalam memberikan pelayanan kebidanan.
Kode etik kebidanan merupakan pedoman moral yang mengatur perilaku dan tindakan bidan

dalam menjalankan profesinya. Prinsip-prinsip yang terkandung di dalamnya bertujuan untuk melindungi kepentingan pasien, menjaga martabat profesi, serta meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan.

C. Prinsip-prinsip utama dalam kode etik kebidanan antara lain:

Autonomi: Mengesahkan hak pasien untuk membuat keputusan sendiri tentang perawatan kesehatan mereka.

Beneficence: Melakukan tindakan yang bermanfaat bagi pasien dan meminimalkan potensi bahaya.

Non-maleficence: Tidak melakukan tindakan yang dapat membahayakan pasien.

Justice: Memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua pasien, tanpa memandang status sosial, ekonomi, atau latar belakang lainnya.

Fidelity: Menjaga kepercayaan pasien dan menjaga kerahasiaan informasi pasien.

Prinsip-prinsip lain yang sering ditemukan dalam kode etik kebidanan:

Kewajiban memprioritaskan kebutuhan klien: Bidan harus selalu mengutamakan kepentingan pasien dalam setiap tindakan yang dilakukan.

Menghormati hak klien dan norma masyarakat: Bidan harus menghormati hak-hak asasi manusia pasien dan norma-norma yang berlaku di masyarakat.

Kewajiban menyediakan asuhan, konsultasi, dan rujukan: Bidan bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan yang komprehensif kepada pasien, termasuk melakukan rujukan jika diperlukan.

Menjaga kerahasiaan informasi: Bidan wajib menjaga kerahasiaan semua informasi yang diperoleh dari pasien.

Kewajiban mendukung sejawat dan profesi lain: Bidan harus bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien.

Kewajiban menjaga nama baik dan menjunjung tinggi citra profesi: Bidan harus selalu menjaga nama baik profesi kebidanan.

Kewajiban mengembangkan pengetahuan dan praktik kebidanan: Bidan harus terus meningkatkan kompetensinya melalui pendidikan dan pelatihan.

Secara garis besar, masalah etika dalam teknologi dapat dikategorikan menjadi beberapa poin utama:

1.Privasi:

Pengumpulan data pribadi tanpa izin: Banyak aplikasi dan situs web mengumpulkan data pengguna secara besar-besaran, seringkali tanpa persetujuan yang jelas.

Penggunaan data pribadi untuk tujuan komersial: Data pribadi seringkali dijual atau digunakan untuk menargetkan iklan yang sangat personal.

Pengawasan massal: Teknologi seperti kamera pengawas dan pengenalan wajah memungkinkan pengawasan yang sangat luas terhadap individu.

2. Kecerdasan Buatan (AI):

Bias algoritma: Algoritma AI seringkali mencerminkan bias yang ada dalam data pelatihan,

yang dapat menyebabkan diskriminasi.

Autonomi senjata: Pengembangan senjata otonom yang dapat mengambil keputusan untuk membunuh tanpa intervensi manusia menimbulkan pertanyaan etis yang serius.

Ketergantungan berlebihan: Ketergantungan yang berlebihan pada AI dapat mengurangi kemampuan manusia untuk berpikir kritis dan memecahkan masalah.

3.Akses dan Kesenjangan Digital:

Kesenjangan digital: Tidak semua orang memiliki akses yang sama terhadap teknologi, menciptakan kesenjangan sosial dan ekonomi.

Digital divide: Kesenjangan digital dapat memperburuk ketidaksetaraan yang sudah ada, terutama di negara berkembang.

4.Hak Cipta dan Kekayaan Intelektual:

Pembajakan: Pelanggaran hak cipta semakin mudah dilakukan di era digital.

Penggunaan konten tanpa izin: Penggunaan konten yang dilindungi hak cipta tanpa izin merupakan pelanggaran hukum.

5.Etika dalam Dunia Maya:

Cyberbullying: Perundungan di dunia maya dapat menyebabkan trauma psikologis.

Hoax dan berita palsu: Penyebaran informasi yang salah dapat merusak reputasi individu dan organisasi, serta memicu konflik sosial.

6.Otonomi Pasien:

Hak untuk memilih: Setiap wanita hamil berhak untuk memilih metode persalinan yang diinginkan, asalkan secara medis memungkinkan dan tidak membahayakan dirinya atau janinnya.

7.Informed consent: Proses pemberian informasi yang jelas dan komprehensif kepada pasien mengenai prosedur medis, risiko, dan alternatifnya sangat penting untuk memastikan pasien dapat mengambil keputusan yang tepat.

8.Kerahasiaan Medis:

Informasi sensitif: Informasi mengenai kesehatan reproduksi dan kehamilan sangat sensitif dan harus dijaga kerahasiaannya.

9.Pembocoran data: Kebocoran data medis dapat menimbulkan stigma sosial dan merugikan pasien.

10.Konflik Kepentingan:

Komersialisasi pelayanan: Tekanan komersial dapat mempengaruhi keputusan klinis dan mengarah pada tindakan yang tidak etis, seperti tindakan medis yang tidak perlu.

Konflik antara kepentingan pasien dan institusi: Terkadang, kepentingan pasien dapat bertentangan dengan kebijakan institusi tempat bidan bekerja.

11.Aborsi:

Hak hidup janin vs. hak perempuan: Isu aborsi selalu menjadi perdebatan yang kompleks, melibatkan aspek agama, hukum, dan etika.

Kondisi medis yang mengancam: Aborsi terapeutik untuk menyelamatkan nyawa ibu merupakan isu yang seringkali muncul.

Persalinan Caesar:

Indikasi medis vs. pilihan pribadi: Persalinan caesar seringkali dilakukan atas permintaan pasien, meskipun secara medis tidak diperlukan.

Donor ASI:

Keamanan dan kesehatan: Donor ASI harus dilakukan dengan aman untuk mencegah penularan penyakit.

Komersialisasi ASI: Ada kekhawatiran mengenai komersialisasi ASI yang dapat mengeksploitasi ibu menyusui.

Dilema Etika adalah situasi di mana kita dihadapkan pada dua pilihan yang sama-sama memiliki nilai moral yang kuat, namun saling bertentangan. Dalam situasi ini, tidak ada pilihan yang sepenuhnya benar atau salah.

Pengambilan keputusan etis yang normal lebih mengacu pada situasi di mana pilihan yang kita hadapi memiliki konsekuensi moral yang jelas, di mana satu pilihan jelas lebih baik secara etis dibandingkan pilihan lainnya.

3. Teori-teori Pengambilan Keputusan

a. Teori Rasional Komprehensif

Teori rasional komprehensif atau sering disebut model rasional-komprehensif adalah metode yang melibatkan analisis dan evaluasi menyeluruh dalam pengambilan keputusan. Sebelum memutuskan, decision maker akan menelaah semua psi yang memungkinkan untuk menghasilkan pilihan paling tepat dan optimal. Teori ini lahir atas keyakinan bahwa decision maker dapat mengevaluasi dan menganalisis setiap alternatif dan potensi hasilnya secara objektif agar mendapat hasil terbaik.

Unsur-unsur dalam model rasional komprehensif, yakni sebagai berikut:

1) Pembuat keputusan menghadapi suatu masalah yang berbeda dengan masalah-masalah yang lain, atau masalah-masalah tersebut mempunyai nilai yang dapat diperbandingkan satu sama lain.

2) Tujuan, nilai dan pedoman pengambilan keputusan jelas dan dapat diukur dan dibuat perangkingan.

b. Teori Incremental

Model pengambilan keputusan ini dikembangkan oleh Charles E. Lindblom sebagai kritik terhadap model rasional komprehensif untuk pembuatan kebijakan publik. Lindblom dalam bukunya 'the science of

muddling through menjelaskan tentang proses pembuatan keputusan yang disebut 'disjointed incrementalism. Inkremental sendiri berarti kebijakan yang mengalami perubahan sedikit demi sedikit.

Model ini memandang kebijakan publik sebagai suatu kelanjutan kegiatan pemerintah di masa lalu dengan hanya menambahkan atau merubahnya sedikit- demi sedikit. Model ini disebut juga sebagai mode. tambal sulam. Contohnya: Peraturan Perundang-undangan, revisi atas peraturan sebelumnya. Amandemen undang-undang dan sebagainya.

Model pengambilan keputusan ini berbeda jauh dengan model rasional komprehensif yang menjabarkan masalah secara detail dan membutuhkan analisa yang cermat dan teliti.

c. Teori-teori Mixed Scanning (Pengamatan Terpadu)

Model ini menggabungkan model rasional dengan model incremental (Amitai Etzioni, 1967). Atzioni mencoba mencari jalan tengah atas kecenderungan ekstrimisme model rasional-komprehensif dengan inkrementist yang kemudian menghasilkan Mixed Scanning Theory.

Gambaran teori pengamatan terpadu etzioni adalah observasi tentang cuaca. Ada 3 (tiga) alternatif dalam observasi tersebut. Para penganut paham rasional komprehensif akan melakukan pengamatan di semua tempat dengan rinci dan tentu saja memerlukan biaya dan waktu lebih. Sebaliknya inkrementalis akan mengambil pengamatan di satu tempat secara rinci dan mengabaikan observasi tempat lain. Sehingga tidak memiliki gambaran yang bulat mengenai situasi cuaca secara menyeluruh. Selanjutnya teori ini menggabungkan kedua metode dengan melakukan pengamatan secara garis besar kemudian memilih tempat-tempat khusus sebagai sampel untuk dilakukan pengamatan secara rinci. Dengan metode ini dianggap pengambilan keputusan dapat mewakili gambaran secara menyeluruh dengan akurasi dan lebih tepat dan biaya lebih murah dibandingkan metode komprehensif.

d. Teori ini dikembangkan oleh Daniel Kahneman dan Amos Tversky dengan konsep revolusioner tentang bagaimana manusia membuat keputusan di bawah ketidakpastian dan risiko. Teori ini menjelaskan bahwa dalam situasi penuh resiko dan ketidakpastian, pengambilan keputusan cenderung dilakukan untuk menghindari resiko (loss aversion).

Kahneman menyampaikan manusia cenderung lebih menderita kerugian daripada menikmati keuntungan yang sepadan. Mereka merasakan sakit akibat kehilangan lebih besar daripada kesenangan yang diperoleh dari keuntungan yang setara. Teori ini banyak diaplikasikan dalam bidang ekonomi untuk menilai perilaku individu dalam mempertimbangkan keuntungan (gains) dan konveks untuk kerugian (losses). Contoh aplikasi teori prospek dalam pembelian dan penjualan saham.

2. Midwefiry led care (l&d)

Bidan merupakan pemimpin profesional yang bertanggung jawab untuk menilai kebutuhan perempuan, merencanakan asuhan, merujuk kepada tenaga profesional lain yang tersedia. Menyediakan konsultasi oleh staf medis lain (obgin atau nakes lain) pada beberapa kasus asuhan antenatal, intranatal dan postnatal, kolaborasi atau rujukan.

1. Karakteristik midwifery led care (L&D)

1) Kebidanan modern ialah prilaku dan reaksi atas rasa sakit atau ketidaknyamanan. Beberapa perempuan membutuhkan penguatan untuk menerima rasa sakit dan menciptakan rasa nyaman disekitar perempuan termasuk bidan.

2) Perempuan mampu mengatur kebutuhan diri dan reproduksi mereka sendiri, penguatan dilakukan oleh bidan

2. Nilai midwifery led care (L&D)

Nilai-nilai yang dimiliki oleh midwifery led care (L&D) adalah sebagai berikut:

1) Respek terhadap individu dan kehidupannya

2) Fokus pada wanita dalam proses childbirth

3) Keterpaduan yang merefleksikan kejujuran dan prinsip moral

4) Keadilan dan kebenaran

5) Menerapakan proses dan prinsip demokrasi

2. prinsip model midwifery

Prinsip model midwifery led care

Bidan dalan memengang prinsip midwifery led care yaitu sebagai berikut:

1) Mengakui dan mendukung keterkaitan antara fisik, psikis dan lingkungan kultur social.

2) Berasumsi bahwa mayoritas wanita bersalin ditolong tanpa intervensi.

3) Mendukung dan meningkatkan persalinan alami.

4) Menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang dilandaskan ilmu dan seni.

5) Wanita punya kekuasaan yaitu berlandaskan tanggung jawab bersama untuk suatu pengambilan keputusan, tetapi wanita punya kontrol atau keputysan akhir mengenai keaadan dirinya dan bainya.

6) Dibatasi oleh hukum dan ruang lingkup praktik.

7) Berprinsif women centercer

3. Jenis dan pendekatan

Midwifery led care merupakan pendekatan perawatan yang diberikan oleh bidan kepada ibu hamil, mulai dari awal kehamilan hingga setelah melahirkan. Pendekatan ini memberikan perawatan berkelanjutan yang meliputi: Pemeriksaan rutin, Persiapan persalinan, Dukungan selama persalinan, Perawatan pasca persalinan.

Model perawatan ini terbukti dapat mengurangi intervensi medis pada ibu dan menurunkan angka kelahiran bayi prematur.

Tujuan Dan Pentingnya Midwifery L & D Care

Model midwifery led care bertujuan untuk menyediakan pelayanan tidak hanya dimasyarakat atau rumah sakit tetapi juga pada perempuan sehat tanpa komplikasi atau kehamilan dengan resiko rendah.

Untuk dapat memberikan care (asuhan) yang baik, bidan harus menerapkan hal-hal berikut ini:

1. Lakukan intervensi minimal.

2. Memberikan asuhan yang komprehensif.

3. Memberikan asuhan yang sesuai kebutuhan.

4. Melakukan segala tindakan yang sesuai dengan standar, wewenang, otonomi dan

kompetensi.

5. Memberikan informed content.

6. Memberikan asuhan yang aman, nyaman, logis dan berkualitas.

7. Menerapkan ashan sayang ibu.

Yang dimaksud asuhan sayang ibu ini adalah :

1. Asuhan yang tidak menimbulkan penderitaan bagi ibu.

2. Ibu punya otonomi dalam setiap pengambilan keputusan.

3. Asuhan yang berorientasi dengan kebutuhn ibu. 4. Memberdayakan ibu/wanita dan keluarga.

Dengan dilaksanakannya midwifery led-care, berikut beberapa manfaat danpentingnya pelaksanaan midwifery led-care:

1. Terwujudnya praktik atau asuhan yang efisien.

2. Terciptanya ruang lingkup bidan yang luas.

3. Terciptanya komunikasi yang baik antara bidan dan pasien.

4. Tercapainya segala prinsip-prinsip kebidanan.

5. Terwujudnya peningkatan angka kelahiran normal dalam persalinan.

BAB 11

1) Primary Care

Primary Care adalah pendekatan seluruh masyarakat terhadap kesehatan yang bertujuan untuk memastikan tingkat kesehatan dan kesejahteraan setinggi mungkin serta distribusi yang adil dengan berfokus pada kebutuhan dan preferensi masyarakat (sebagai individu, keluarga, dan masyarakat) sepanjang rangkaian dari promosi Kesehatan dan pencegahan penyakit hingga perawatan paliatif.

Primary Care merupakan dasar pelayanan utama dari sistem pelayanan kesehatan. Primary Health Care (PHC) adalah pelayanan kesehatan pokok yang didasarkan pada praktek, ilmu pengetahuan yang logis. dan metode social yang tepat serta teknologi universal yang dapat diperoleh olch individu dan keluarga dalam komunitas melalui partisipasi dan merupakan suatu value dalam masyarakat dan negeri yang mampu menjaga setiap langkah perkembangan berdasarkan kepercayaan dan ketentuannya.

Bidan adalah praktisi primary care giver yaitu, praktisi pertama yang memberikan layanan Kesehatan kepada perempuan yang membutuhkan Asuhan Antenatal Care (ANC) terkait dengan kehamilannya. Bidan sebagai primary care giver memberikan pelayanan kebidanan secara berkesinambungan selama masa kehamilan, persalinan, dan masa pasca partum dibawah tanggung jawabnya sendiri sesuai kewenangan yang dimilikinya.

Cakupan pelayanan pada primary care adalah pelayanan kebidanan dan neonatal, antara lain:

1) Pelayanan pemeriksaan kehamilan atau antenatal care (ANC). Salah satu fungsi terpenting dari perawatan antenatal adalah untukmemberikan saran dan informasi pada seorang wanita mengenai tempat kelahiran yang tepat sesuai dengan kondisi dan status kesehatannya. Perawatan antenatal juga merupakan suatu kesempatan untuk menginformasikan kepada para wanita mengenai tanda tanda bahaya dan gejala yang memerlukan bantuan segera dari petugas kesehatan (WHO). Tujuan Antenatal Care (ANC) adalah untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilannya, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat, serta menghasilkan bayi yang sehat (Depkes RI), sehingga mengurangi angka kematian ibu dan angka kematian bayi dari suatu proses persalinan. Pemeriksaan antenatal juga memberikan manfaat bagi ibu dan janin, antara lain:

a) Bagi Ibu

Mengurangi dan menegakkan secara dini komplikasi kehamilan dan mengobati secara dini komplikasi yang mempengaruhi kehamilan.

Mempertahankan dan meningkatkan Kesehatan mental dan fisik ibu hamil dalam menghadapi persalinan. Meningkatkan Kesehatan ibu setelah persalinan dan untuk dapat memberikan ASI. Memberikan konseling dalam memilih metode kontrasepsi.

b) Bagi Janin

Manfaat bagi janin adalah mengurangi terjadinya persaliana premature, berat badan lahir rendah,, juga meningkatkan kesshatan bayi sebagai titik awal kualitas sumber daya manusia.

2) Persalinan

3) pemeriksaan pasca persalinan atau postnatal care (PNC) Pemeriksaan bayi baru lahir dan ibu pasca persalinan sangat penting untuk memastikan kesehatan dan keselamatan bayi dan ibu, terutama pada masa nifas awal yaitu setelah kelahiran bayi dan selama 7 (tujuh) hari pertama setelah melahirkan. Namun demikian, sepanjang periode nifas yaitu setelah melahirkan hingga 28 hari setelah kelahiran adalah masa- masa risiko tinggi. K

4) Pemeriksaan bayi baru lahir

5) Pelayanan KB.

Pelayanan primary care kebidanan dan neonatal dapat dilakukan pada:

1. Puskesmas Puskesmas PONED/Klinik Dokter praktik perorangan beserta jejaringnya (Pustu, Polindes/Poskesdes. Bidan desa/Bidan Praktik Mandiri).

2. Bidan Praktik Mandiri yang menjadi jejaring laskes tingkat pertama dan Bidan Praktik Mandiri pada daerah tidak ada faskes

3. Tujuan Empowering & Trust

Tujuan Program Pendidikan Perempuan adalah Perempuan semua usia yang tidak memiliki kemampuann/keterampilan, miskin dan rawan terhadap tindak diskriminasi/kekerasan/trafiking.

Tujuan pemberdayaan perempuan sebagian meliputi:

1. Meningkatkan kedudukan dan peran perempuan di berbagai bidang kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, berbangsa dan bernegara.

2. Meningkatkan peran perempuan sebagai pengambil keputusan dalam mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender.

3. Meningkatkan kualitas peran kemandirian organisasi perempuan dengan 4. Meningkatkan komitmen dan kemampuan semua lembaga yang memperjuangkan pempertahankan nilai persatuan dan kesatuan kesetaraan dam keadilan gender.

5. Mengembangkan usaha pemberdayaan perempuankesejahteraan keluarga dan masyarakat serta perlindungan anak.

Karakteristik Trust :

lima karakteristik yang merupakan komponen utama yang digunakan untuk menilai dan mengukur trust yaitu:

a. Niat Baik (Benevolence) yaitu kepercayaan akan kesejahteraan atau kepemilikan seseorang terhadap perlindungan dan perhatian orang lain atau kelompok yang dipercayainya. Sikap dan keinginan yang baik akan menumbuhkan hubungan kepercayaan ini.

b. Keandalan (Reliability) yaitu seseorang bergantung kepada pihak lain. untukmendapatkan kenyamanan.

c. Kompetensi (Competence) yaitu adanya keyakinan bahwa seseorang mampu melakukan suatu pekerjaan sesuai yang dikehendaki.

d. Jujur (Honesty) yaitu berkaitan dengan perwatakan, integriti dan ketulenan tingkah laku seseorang yang menjadi dasar dari kepercayaan.
e. Keterbukaan (Openness) yaitu adanya rasa untuk saling memahami antara satu dengan yang lain. Menurut Zand kepercayaan akan meningkat bila seseorang atau suatu pihak mau bersikapterbuka terhadap pengaruh dari pihak lain (dalam Laksmana, 2002:7).

3. Pentingnya Empowering & Trust
Untuk mendorong pemberdayaan perempuan melalui perusahaan. UN Women dan UN Global Compact telah menyusun Prinsip-Prinsip Pemberdayaan Perempuan (WEPs) sebagai serangkaian prinsip bagi perusahaan mengenai cara memberdayakan perempuan di tempat kerja, tempat kegiatan usaha, dan komunitas. Pada Mei 2018, terhitung lebih dari 1.900 pemimpin bisnis dari seluruh dunia telah menandatangi deklarasi untuk mendukung WEPS, 11 di antaranya berasal dari Indonesia.

Prinsip-Prinsip Pemberdayaan Perempuan (WEPs) terdiri dari tujuh prinsip, yaitu:
1. Kepemimpinan yang Mendukung Kesetaraan Gender.
2. Kesetaraan Peluang. Inklusi, dan Nondiskriminasi.
3. Kesehatan, Keamanan dan Bebas dari Kekerasan.
4. Pendidikan dan Pelatihan.
5. Pengembangan Perusahaan, Rantai Pasokan dan Pemasaran.
6. Kepemimpinan dan Pelibatan Komunitas.
7. Transparansi, Pengukuran dan Pelaporan.

Trust adalah kecenderungan sifat kepribadian yang umumnya stabil dan dapat diukur. Individu yang cenderung trusnya tinggi atau rendah memiliki ciri-ciri kepribadian dan karakteristik tertentu. Kecenderungan trust (Wade & Robison, 2012) merunjuk pada seberapa banyak mereka bersedia untuk bergantung pada orang lain secara umum. Hal ini dibentuk oleh pengalaman hidup.
anan. 5 ed. Jakarta:

A. whole person-physiology adalah mempelajari perilaku dan mental manusia yang berkaitan dengan hubungan antar individu dalam hubungan bermasyarakat.

Teori whole person-physiology
1. Family/keluarga. Hal ini sangat ditekankan sebagai hal pertama yang harus diberi perhatian khusus dalam menjaga keseimbangan hidup kita dengan alasan tuntunan pekerjaan, kita sering melupakan menghabiskan waktu bersama keluarga. Keluarga adalah harta yang paling berharga.

2. Health kesehatan Makan-makanan yang sehat dan bersih, banyak minum air mineral. kurangi makan makanan yang tidak sehat, dan berolahrgalah secara rutin. Onderdil tubuh

hanya ada 1. rawatlah sebaik-baiknya supaya tetap bisa bekerja dengan baik dan optimal. Tidak ada pengganti sebaik onderdil asli dan biaya penggantiannya sangat mahal.

3. Education & Personal Growth Pendidikan dan pengembangan pribadi, tidak akan pernah merasa cukup untuk belajar. Jangan cepat merasa cukup hebat, cukup belajar, karena jaman terus berkembang. Jika kita tidak mau belajar hal baru, maka kita akan tertinggal. Ilmu yang digunakan 5 tahun yang lalu, belum tentu bisa digunakan saat ini. Keep update, besarkan kapasitas masing- masing.

4. Carier Karier. Dapatkan pencapaian- pencapaian tertentu dalam dunia kerja, meraih penghargaan.

5. Financial Keuangan. Dengan memiliki karier yang bagus, bisnis yang bagus, dan mempersiapkan untuk mengantisipasi resiko keuangan yang mungkin terjadi.

6. Service & Giving Back melayani memberi sumbangan. Tanamkan sifat mau melayani sesama.

7. Spiritual adalah kebangkitan atau pencerahan dalam diri untuk mencapai tujuanan dan makna dalam hidup serta bagian paling pokok dari masalah kesehatan dan kesejahteraan seseorang.

Jika kita memiliki spiritual yang baik hal-hal baik akan selalu datang Konsep whole person ini menekankan kepada keseimbangan pikiran dan tubuh. Karena dengan pikiran yang baik dan badan yang sehat akan membuat kehidupan lebih baik.

"Seorang bidan menganut filosofis yang mempunyai keyakinan di dalam dirinya bahwa semua manusia adalah makhluk bio-psiko- sosio-kultural dan spiritual yang unik merupakan satu kesatuan jasmani dan rohani yang utuh dan tidak ada individu yang sama". Dalam implementasinya: "Praktik kebidanan dilakukan dengan menempatkan perempuan sebagai partner dengan pemahaman holistik terhadap perempuan, sebagai satu kesatuan fisik, psikis, emosional, sosial, budaya, spiritual serta pengalaman reproduksi". Kutipan di atas merupakan pernyataan yang termuat dalam falsafah kebidanan yang menjadi panduan dalam menjalankan praktik kebidanan yang termuat dalam Standar Profesi Bidan Indonesia. Profesi bidan berperan dalam memberikan asuhan yang aman, bersifat holistik, dan berpusat pada individu di segala batasan usia dan berbagai setting kehidupan.

Pendekatan holistik merupakan pendekatan yang paling komprehensif dalam pelayanan kesehatan, termasuk kebidanan. Dalam pendekatan ini, seorang individu merupakan sebuah kesatuan yang terdiri dari dimensi fisik, mental, emosional, sosio kultural dan spiritual, dan

setiap bagiannya memiliki hubungan dan ketergantungan satu sama lain. Untuk mempertahankan seorang individu sebagai satu kesatuan, pemenuhan kebutuhan spiritual merupakan salah satu aspek yang harus diperhatikan disamping pemenuhan terhadap kebutuhan lain.

Kajian tentang spiritualitas dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan sebagian besar hanya membahas tentang spiritualitas pada akhir kehidupan, sedangkan aspek spiritualitas sendiri juga melekat pada praktik dan peran bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan (kebidanan), dan termasuk di dalamnya adalah proses kelahiran.

Fatma Sylvana Dewi Harahap (2018) dengan mengutip dari berbagai sumber menyebutkan efek positif dari pemenuhan kebutuhan spiritualitas saat kehamilan, persalinan, maupun nifas yang dikutip dari herbagai sumber. Dalam kehamilan, asuhan kebidanan yang diberikan secara seimbang, baik aspek fisik, psikis, dan spiritual akan meningkatkan derajat kesehatan, serta menghindarkan kecemasan. Kondisi ini jika dijaga, dapat meningkatkan keyakinan ibu hamil serta menghindarkan ibu dari persoalan psikologis saat menghadapi dan menjalani proses persalinan, disebabkan spiritualitas sendiri merupakan bentuk coping dalam menghadapi persalinan. Dalam masa setelah melahirkan, spiritualitas membantu proses penyembuhan dan mengurangi depresi postpartum.

B. Respek Dalam Pemberdayaan

Respek dan Pemberdayaan adalah upaya untuk membangun kemampuan masyarakat, dengan mendorong, memptivasi, membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimiliki dan berupaya untuk mengembangkan potensi itu menjadi tindakan nyata (Zubaed, 2007)sedangkan Erich Fromm. seorang filsuf Jerman mengatakan bahwa "To respect a person is not possible without knowing him; care and responsibility would be blind if they were not guided by knowledge" Jadi seseorang yang melakukan aktivitas "respek" seharusnya didasari oleh ilmu pengetahuan yang akan membimbingnya memberikan perhatian dan bertanggung jawab sehingga dapat mengerti akan seseorang. Respek adalah mengakui, menghargai dan menerima siswa apa adanya, tidak membodoh- bodohkan siswa, terbuka menerima pendapat dan pandangan siswa tanpa menilai atau mencela, terbuka untuk berkomunikasi dengan siswa dan tidak hanya menghargai akademik, memberi keamanan psikologis dan memberi pengalaman sukses kepada siswa (Paterson, 1973). Salah satu prinsip dasar dalam berkomunikasi secara efektif adalah dengan memberikan penghargaan jujur dan tulus. Kebutuhan untuk dihargai merupakan suatu kebutuhan yang harus dipenuhi. Dalam konsep manajerial, supaya dapat membangkitkan antusiasme dan mendorong orang lain melakukan hal-hal terbaik adalah dengan memberikan penghargaan yang tulus. Rogers mulai mengangkat tema "Respect" dalam artikelnya yang terbit tahun 1957 (Patterson, 1985). Dia menyebutkan bahwa respek merupakan penghargaan tanpa syarat sebagai salah satu kondisi untuk merubah kepribadian secara konstruktif. Penghargaan positif yang tanpa syarat ketika hal ini tidak bergantung pada tingkah laku orang lain. Mereka dihargai sebagai seorang manusia bukan sebuah kumpulan tingkah laku. Rogers menggunakan pernyataan ini untuk menjelaskan bahwa kondisi ini

termasuk didalamnya menerima orang lain sebagai seorang manusia, dengan aspek negatif sebagaimana aspek positifnya. Kondisi respek didalamnya ada perhatian, menghargai, menilai dan menyukai. Orang lain dihargai sebagai seorang manusia yang dia butuhkan dalam respek terhadap dirinya (Patterson, 1985).

Aspek kondisi respek yang lain adalah nonpossessive warmth. Adalah sebuah bentuk melihat kenyataan diri secorang dengan sebuah kepercayaan dan cinta tulus padanya. Namun ini tidak bermaksud pasif atau tidak merespon, nonpossesive warmth adalah sebuah aksi positif secara personal. Respek dapat dikomunikasikan dalam beberapa cara, seperti kehangatan dan suara yang dimodulasikan.

C. Rasional/subjektif

Rasional subjektif ialah suatu pikiran seseorang yang didasarkan pada sebuah pertimbangan akal sehat dan logis. Atau dapat juga dikatakan sebagai sesuatu yang dilakukan berdasarkan pemikiran dan pertimbangan yang logis, pikiran yang sehat, dan cocok dengan akal. Jadi yang dinamakan dengan pilihan rasional ialah suatu pilihan yang didasarkan atas rasio akal sesuai dengan logika pribadi individu masing-masing. Rasionalitas mucul ketika dihadapkan sama banyaknya suatu pilihanpilihan yang ada di depan mata, yang memberi kebebasan untuk menentukan, pilihan, dan menuntut adanya satu pilihan yang harus ditentukan. Suatu pilihan dapat dikatakan rasional apabila pilihan tersebut diambil dengan maksud untuk memaksimalkan kebutuhannya. Pilihan rasional yang diambil akan menghasilkan konsekuensi tertentu berupa sikap maupun tindakan.

[15:04, 04/09/2024] dinda: d) Praktik Kebidanan dalam Lingkungan Terpadu

Merupakan pendekatan yang holistik dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, bayi, dan keluarga. Model ini menekankan pada kolaborasi antara bidan dengan tenaga kesehatan lain, serta melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi.

Tujuan utama dari model ini adalah untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan dan anak, serta menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

1) Karakteristik Utama:

a) Kolaborasi: Bidan bekerja sama dengan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan yang komprehensif.

b) Keterpaduan: Pelayanan kesehatan diberikan secara terintegrasi, mulai dari antenatal care, persalinan, postnatal care, hingga pelayanan kesehatan reproduksi lainnya.

c) Berpusat pada Keluarga: Keluarga dilibatkan secara aktif dalam proses pengambilan keputusan dan perawatan.

d) Pencegahan: Model ini lebih fokus pada upaya pencegahan penyakit daripada pengobatan.

e) Berbasis Komunitas: Pelayanan kesehatan diberikan di dalam komunitas, sehingga lebih mudah diakses oleh masyarakat.

2) Lingkungan Terpadu:

Lingkungan terpadu dalam praktik kebidanan mengacu pada suatu sistem yang memungkinkan bidan untuk memberikan pelayanan secara komprehensif dan berkesinambungan.

Lingkungan ini dapat berupa:

a) Puskesmas: Sebagai pusat pelayanan kesehatan primer, puskesmas merupakan tempat yang ideal untuk menerapkan model praktik kebidanan terpadu.

b) Rumah Sakit: Bidan dapat berkolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi untuk memberikan pelayanan yang lebih kompleks.

c) Klinik: Klinik swasta atau klinik bersalin juga dapat menjadi tempat praktik kebidanan terpadu.

d) Komunitas: Bidan dapat memberikan pelayanan kesehatan langsung di komunitas, seperti posyandu atau rumah warga.

e) Antisipasi keadaan normal

Pengertian Antisipasi

Sikap Antisipasi adalah sikap yang dilakukan seseorang sebelum terjadinya sesuatu yang bertujuan untuk mengurangi kerugian yang terjadi. Antisipasi ialah presepsi pendapat yang terbentuk sebelumnya mengenai sesuatu.Gagasan antisipasi disuarkan oleh mahzab Epikurean. Antisipasi menunjukkan sebuah konsep unium yang muncul dalam kesadaran sebelum persepsi terhadap hal-hal individual kongkret yang berlangsung berdasarkan logos,

Tampilnya aktivitas-aktivitas pengaturan-diri itu,termasuk dalam usaha mempromosikan kesehatandidasari oleh tiga prinsip pengaturan-diri, yaitu: antisipasi pengaturan (regulatory anticipation), rujukanpengaturan (regulatory reference) dan fokus pengaturan(regulatory focus) (Higgins, 1997). Ketiga predisposisiitu berperan dalam pengaturan tingkahlaku apa yang dianggap baik untuk ditampilkan dan tingkahlaku apa yang sebaiknya dihindari (Higgins, Grant, dan Shah, 1999; Friedman & Förster 2001).

Antisipasi pengaturan mempengaruhi persepsi tentang masa depan dan bagaimana menyikapi situasi yang akan datang. Antisipasi pengaturan didasari oleh kemampuan orang mengantisipasi apa yang mungkin terjadi di masa depan berdasarkan pengalaman-pengalaman di masa lalunya.

Secara umum ada dua jenis antisipasi yaitu

(1)antisipasi untuk menghindari kesakitan, dan

(2)antisipasi memperoleh kenikmatan.

Pengaturan-diri yang dilakukan orang secara umum mengandung dua antisipasi ini, yaitu menghindari kesakitan yang diantisipasi dan mendekati kenikmatan yang diantisipasi. Ada orang yang antisipasi pengaturannya didasari oleh antisipasi terhadap kesakitan sehingga ia

cenderung melakukan tingkahlaku menghindari dari kesakitan. Di pihak lain, ada orang yang pengaturan antipasinya didasari olch antisipasi terhadap kenikmatan yang mungkin diperoleh sehingga ia cenderung menampilkan tingkahlaku mendekati hal-hal yangdiantisipasi menghasilkan kenikmatan (Higgins, 1997).

Rujukan pengaturan adalah gambaran-gambaranemosional yang dirujuk oleh seseorang dalam kegiatan-kegiatan mengatur dirinya. Variasi gambaran emosionalitu terdiri dari muatan emosi yang menyenangkan danmuatan emosi yang menyakitkan. Gambaran-gambaranitu diperoleh dari pengalaman-pengalaman masa lalu. Jika di masa lalu seseorang lebih banyak mengalami kejadian- kejadian yang menyakitkan, maka besar kemungkinan bahwa ia selalu merujuk kepada situasi yang menyakitkan.

Fokus pengaturan adalah kecenderungan tingkahlaku yang ditampilkan seseorang dalam mengatur dirinya; bisa disebut sebagai strategi penentuan tingkahlakudalam rangka pencapaian tujuan (Higgins, 1997).

Ada dua fokus pengaturan:

1. Fokus pengaturan prevensi(pencegahan), dan
2. Fokus pengaturan promosi.

Fokus pengaturan prevensi memiliki ciri-ciri:

(i)secara strategis menghindari kesalahan pencapaian keadaan yang ingin dicapai (dan menghindaritingkahlaku yang mendekatkan pada keadaan yang tak diinginkan)

(ii) memastikan penolakan yang tepat,

(iii)memastikan diri menentang kehendak yang menjauhkan dari pencapaian tujuan dan menghindari kesalahan tindakan.

Fokus pengaturan promosi memiliki ciri-ciri:

1. secara strategis mendekati hal-hal yang mendukung pencapaian keadaan yang diinginkan. (dan mendekati tingkahlaku yang tidak sesuai dengan keadaan yang tak diinginkan);
2. memastikan pencapaian sasaran: dan
3. memastikan tidak ada kelalaian dan langkah yang terlewat.

Ketiga prinsip itu, meski merupakan predisposisi kepribadian, secara teoritis isinya dapat diubah melalui serangkaian proses perubahan keyakinan, sebaliknya juga ketiga prinsip itu, terutama fokus pengaturan, mempengaruhi kecenderungan perubahan tingkahlaku (Liberman, Idson, Camacho & Higgins 1999). Dengan demikian, pembiasaan perilaku promosi kesehatan dapat dilakukan pula melalui serangkaian program yang memfasilitasi proses-proses perubahan itu. Namun, sejauh ini belum ada studi khusus yang meneliti hubungan antara prinsip-prinsip pengaturan-diri dan kesehatan secara empirik. Oleh karen ini, sebelum memikirkan dan meneliti program apa yang dapat dijalankan untuk mengubah prinsip-prinsip pengaturan-diri dalam rangka pembiasaan perilaku promosi.

f) Seni

Definisi Seni Dalam Praktik Kebidanan

Seni dalam praktik kebidanan adalah kemampuan seorang bidan dalam melakukan asuhan atau praktek kebidanan kepada pasien dengan ketrampilan dan kemampuan yang dia miliki. Keberhasilan seorang bidan dalam melakukan tugasnya sangat bergantung pada seni yang ia miliki, karena seni merupakan kemampuan yang ia miliki sebagai seorang bidan.

Banyak seni yang dapat diaplikasikan oleh para tenaga kesehatan khususnya bidan untuk menolong pasiennya, macam-macam seni itu mempunyai manfaat masing-masing yang dapat membantu proses pemberian pelayanan kesehatan yang nyaman dan memuaskan.

a) Seni Dalam Praktik Kebidanan

Diantaranya seni yang sering diaplikasikan oleh seorang bidan adalah sebagai berikut:

1. Dukungan psikis dari suami

Dukungan psikis dari suami sangat membantu proses pemberian pelayanan kesehatan dalam praktek kebidanan. Hal itu telah banyak dibuktikan dan hasilnya memang benar-benar terbukti. Dukungan psikis dari suami dapat menambah dukungan dan semangat seorang ibu dalam proses persalinan. Perasaan seorang ibu yang tengah berjuang melahirkan bayinya harus mendapat dukungan psikis dari keluarga khususnya suami karena dukungan itu sendiri merupakan obat yang mujarab yang dapat membantu untuk mencapai keberhasilan.

2. Posisi ibu saat melahirkan

Seni dalam praktek kebidanan dapat diterapkan dalam seni hidan dalam mengatur posisi seorang ibu yang akan melahirkan. Seorang bidan hendaknya membiarkan ibu bersalin dan melahirkan memilih sendiri posisi persalinan yang diinginkannya dan bukan berdasarkan keinginan bidannya sendiri. Dengan kebebasan untuk memutuskan posisi yang dipilihnya, ibu akan lebih merasa aman.

Manfaat pemilihan posisi berdasarkan pilhan ibu:

a. Sedikit rasa sakit dan ketidaknyamanan.
b. Kala 2 persalinan menjadi lebih pendek.
c. Laserasi perineum lebih sedikit.

Macam-macam posisi yang dapat dipilih oleh seorang ibu:

a. Posisi terlentang (supine).
b. Posisi duduk/setengah duduk.
e. Posisi jongkok/berdiri,
d. Berbaring miring kekiri.
e. Posisi merangkak.

3. Teknik persalinan IMD (Inisiasi Menyusui Dini)

IMD atau Inisiasi, Menyusui Dini adalah adalah proses bayi menyusu segera setelah dilahirkan, di mana bayi diletakkan di dada ibu dan dibiarkan bergerak untuk mencari puting susu ibunya sendiri. Menurut penelitian diperkirakan sebanyak 22% kematian bayi baru lahir dapat di cegah bila bayi di susui oleh ibunya dalam satu jam pertama kelahiran. Pada satu jam

pertama ini bayi harus disusukan pada ibunya, bukan untuk pemberian nutrisi tetapi untuk belajar menyusu atau membiasakan menghisap puting susu dan mempersiapkan ibu untuk mulai memproduksi ASI kolostrum (depkes), kolostrum ini sangat berguna bagi bayi.

b) Cara Pendekatan Pengaplikasian Seni Dalam Praktik Kebidanan :

Pelayanan praktik kebidanan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari pelayanan rumah sakit. Oleh karena itu, tenaga bidan bertanggung jawab memberikan pelayanan kebidanan yang optimal dalam meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan kebidanan yang diberikan selama 24 jam secara berkesinambungan. Bidan harus memiliki keterampilan. professional, ataupun global. Agar bidan dapat menjalankan peran fungsinya dengan baik, maka perlu adanya pendekatan sosial budaya yang dapat menjembatani pelayanannya kepada pasien.

Bidan dapat menunjukan otonominya dan akuntabilitas profesi, melalui pendekatan sosial dan budaya yang akurat. Terdapat beberapa bentuk pendekatan yang dapat digunakan atau diterapkan oleh para bidan dalam melakukan pendekatan asuhan kebidanan kepada masyarakat misalnya paguyuhan, kesenian tradisional, agama dan sistem banjar. Hal tersebut bertujuan untuk memudahkan masyarakat dalam menerima, bahwa pelayanan atau informasi yang diberikan oleh petugas, bukanlah sesuatu yang tabu tetapi sesuatu hal yang nyata atau benar adanya pelayanan kebidanan yang optimal dalam meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan kebidanan yang diberikan selama 24 jam secara berkesinambungan. Bidan harus memiliki keterampilan professional, ataupun global. Agar bidan dapat menjalankan peran fungsinya dengan baik, maka perlu adanya pendekatan sosial budaya yang dapat menjembati pelayanannya kepada pasien, Tercapainya pelayanan kebidanan yang optimal, perlu adanya. tenaga bidan yang professional dan dapat diandalkan dalam memberikan pelayanan kebidanan berdasarkan kaidah-kaidah profesi, antara lain:

a) memiliki pengetahuan yang adekuat.

b) menggunakan pendekatan asuhan kebidanan.

Bidan dapat menunjukan otonominya dan akuntabilitas profesi.melalui pendekatan sosial dan budaya yang akurat. Bentuk-bentuk pendekatan yang dapat digunakan dengan berbagai cara misalnya paguyuban, kesenian tradisional, agama dan sistem banjar. Hal tersebut bertujuan untuk memudahkan masyarakat menerima bahwa pelayanan atau informasi yang diberikan guna meningkatkan guna bidan.

[15:04, 04/09/2024] dinda: g) Lokal/ Komunitas

1) Sasaran kebidanan di komunitas

Komuniti adalah sasaran kebidanan komunitas. Di dalam komuniti terdapat kumpulan individu yang membentuk keluarga atau kelompok masyarakat. Sasaran utama kebidanan komunitas adalah ibu dan anak dalam keluarga. Menurut UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, yang dimaksud dengan keluarga adalah suami, istri, dan anggota keluarga lainnya. Pelayanan kebidanan komunitas diarahkan untuk mewujudkan keluarga yang sehat dan

sejahtera. Pelayanan kebidanan komunitas merupakan bagian upaya kesehatan keluarga di masyarakat yang ditujukan kepada keluarga. Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga sehat, bahagia dan sejahtera. Atas dasar hal tersebut, maka sasaran kebidanan komunitas, adal…

[15:04, 04/09/2024] dinda: h) Teknologi Sebagai Penolong

Perkembangan teknologi telah membawa perubahan signifikan dalam berbagai bidang, termasuk kebidanan. Penggunaan teknologi dalam praktik kebidanan tidak hanya meningkatkan efisiensi, tetapi juga memberikan manfaat yang sangat besar bagi ibu hamil, bayi yang baru lahir, dan para tenaga kesehatan.

Berikut adalah beberapa contoh teknologi yang berperan penting dalam kebidanan:

1. Pemantauan Kehamilan

a) Ultrasound: Teknologi ini memungkinkan dokter dan bidan untuk memantau perkembangan janin secara visual, mendeteksi kelainan sejak dini, dan memantau detak jantung janin.

b) CTG (Cardiotocography): Alat ini digunakan untuk merekam detak jantung janin dan kontraksi rahim secara bersamaan. Dengan CTG, dapat dipantau kesejahteraan janin selama persalinan.

c) Aplikasi Mobile: Banyak aplikasi yang dirancang khusus untuk ibu hamil, menyediakan informasi tentang perkembangan kehamilan, kalkulator perkiraan tanggal lahir, serta fitur untuk mencatat gejala dan perkembangan janin.

2. Persalinan

a) Epidural: Teknologi ini memberikan anestesi lokal pada bagian bawah tubuh, sehingga ibu dapat merasakan kontraksi namun tidak merasakan sakit yang hebat selama persalinan.

b) Vakum Ekstraksi: Alat ini digunakan untuk membantu mengeluarkan bayi dengan cara lembut jika persalinan normal mengalami kesulitan.

c) Forsep: Alat ini digunakan untuk membantu mengeluarkan bayi dengan menarik kepala bayi secara perlahan.

3. Pascapersalinan

a) Pompa ASI: Alat ini membantu ibu menyusui untuk mengeluarkan ASI lebih banyak dan menyimpannya untuk kemudian diberikan kepada bayi.

b) Perangkat Monitoring Bayi: Perangkat ini digunakan untuk memantau detak jantung, pernapasan, dan kadar oksigen bayi, terutama untuk bayi yang baru lahir prematur atau memiliki kondisi medis tertentu.

4. Telemedisin

a) Konsultasi Online: Ibu hamil dapat berkonsultasi dengan dokter atau bidan secara online untuk mendapatkan saran dan informasi terkait kehamilan dan persalinan.

b) Pemantauan Jarak Jauh: Pasien dengan risiko tinggi dapat dipantau dari jarak jauh menggunakan perangkat medis yang terhubung dengan sistem kesehatan.

[15:04, 04/09/2024] dinda: i) Menghargai perbedaan

Dalam dunia kebidanan, kita berinteraksi dengan beragam individu dengan latar belakang budaya, sosial, ekonomi, dan agama yang berbeda-beda. Setiap ibu hamil memiliki kebutuhan, harapan, dan pengalaman yang unik. Menghargai perbedaan ini adalah kunci untuk memberikan pelayanan kebidanan yang holistik dan berpusat pada pasien.

Menghargai perbedaan sangat penting dalam kebidanan karena yaitu:

1) Pemberian Asuhan yang Lebih Baik: Dengan memahami dan menghargai perbedaan, bidan dapat memberikan asuhan yang lebih sesuai dengan kebutuhan individu.

2) Membangun Kepercayaan: Ketika ibu hamil merasa dihargai dan dipahami, mereka akan lebih terbuka untuk berkomunikasi dan bekerja sama dengan bidan.

3) Mencegah Diskriminasi: Menghargai perbedaan membantu mencegah terjadinya diskriminasi berdasarkan ras, etnis, agama, atau kondisi sosial ekonomi.

4) Meningkatkan Kualitas Hidup: Dengan memberikan asuhan yang berpusat pada pasien, kualitas hidup ibu hamil dan bayinya dapat meningkat secara signifikan.

Contoh penerapan menghargai perbedaan dalam kebidanan:

1) Memahami Kebudayaan: Mempelajari praktik budaya yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas dapat membantu bidan memberikan dukungan yang sesuai.

2) Menghormati Pilihan: Memberikan pilihan kepada ibu hamil dalam membuat keputusan tentang persalinan, misalnya metode persalinan atau pemberian ASI.

3) Menyediakan Informasi yang Jelas: Menjelaskan prosedur medis dengan bahasa yang mudah dipahami dan sesuai dengan tingkat pendidikan ibu hamil.

4) Menghormati Privasi: Menjaga kerahasiaan informasi pribadi pasien dan menghormati hak-hak pasien.

5) Bekerja Sama dengan Keluarga: Melibatkan keluarga dalam proses pengambilan keputusan dan memberikan dukungan emosional.

Tantangan dalam Menghargai Perbedaan:

1) Prasangka: Bidan juga manusia, sehingga tidak terhindar dari prasangka terhadap budaya atau kelompok tertentu.

2) Keterbatasan Waktu: Terkadang, bidan memiliki keterbatasan waktu untuk memberikan penjelasan yang mendalam kepada setiap pasien.

3) Perbedaan Nilai: Terkadang, nilai-nilai yang dianut oleh bidan berbeda dengan nilai-nilai yang dianut oleh pasien.

Cara Mengatasi Tantangan:

1) Meningkatkan Kesadaran: Mengikuti pelatihan dan pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan kesadaran tentang pentingnya menghargai perbedaan.

2) Berlatih Empati: Mencoba untuk menempatkan diri pada posisi pasien dan memahami

perspektif mereka.

3) Membangun Komunikasi yang Efektif: Menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami, serta memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya.

4) Bekerja Sama dengan Tim: Bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan yang komprehensif.

[15:04, 04/09/2024] dinda: j) Kepercayaan

Kepercayaan adalah pondasi penting dalam hubungan antara bidan dan ibu hamil. Kepercayaan ini tidak hanya melibatkan aspek medis, tetapi juga mencakup aspek psikologis, sosial, dan budaya. Kepercayaan yang kuat akan menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi ibu hamil untuk berbagi kekhawatiran, mengajukan pertanyaan, dan membuat keputusan yang tepat terkait kehamilan dan persalinan.

Kepercayaan sangat penting dalam kebidanan yaitu :

1) Kualitas Asuhan: Ibu hamil yang percaya pada bidan mereka cenderung lebih terbuka untuk menerima saran dan mengikuti anjuran yang diberikan. Hal ini akan meningkatkan kualitas asuhan yang diberikan.

2) Kepatuhan terhadap Pengobatan: Ibu hamil yang percaya pada bidan lebih mungkin untuk mematuhi rencana …

[15:04, 04/09/2024] dinda: k) Intuisi/memaknai intuisi

Intuisi seringkali dianggap sebagai 'firasat' atau 'naluri' yang mendalam, sebuah pengetahuan yang muncul tanpa melalui proses berpikir rasional yang jelas. Dalam konteks praktik kebidanan, intuisi memainkan peran yang sangat penting. Bidan seringkali harus mengambil keputusan cepat dalam situasi yang kompleks dan dinamis, dan intuisi seringkali menjadi pemandu dalam mengambil keputusan tersebut.

Memaknai Intuisi dalam Hubungan Kebidanan

1) Koneksi Mendalam dengan Ibu dan Bayi: Bidan seringkali membangun hubungan yang sangat dekat dengan ibu dan bayi yang dilayaninya. Intuisi memungkinkan bidan untuk 'merasakan' apa yang dibutuhkan oleh ibu dan bayi, bahkan sebelum mereka sendiri menyadarinya.

2) Pengambilan Keputusan Cepat: Dalam persalinan, situasi dapat berubah dengan cepat. Intuisi memungkinkan bidan untuk mengambil keputusan yang tepat dan cepat, bahkan dalam kondisi yang penuh tekanan.

3) Menemukan Tanda-Tanda yang Tersembunyi: Bidan yang intuitif seringkali mampu melihat tanda-tanda yang mungkin terlewatkan oleh orang lain. Misalnya, mereka mungkin merasakan adanya komplikasi sebelum tanda-tanda klinis yang jelas muncul.

4) Menyediakan Asuhan yang Holistik: Intuisi membantu bidan untuk memberikan asuhan yang holistik, yang tidak hanya berfokus pada aspek medis, tetapi juga pada aspek emosional dan spiritual.

Intuisi dalam Praktik Kebidanan: Bukan hanya firasat meskipun intuisi sering dianggap

sebagai sesuatu yang mistis, namun dalam praktik kebidanan, intuisi seringkali didasarkan pada pengalaman, pengetahuan, dan keterampilan yang mendalam. Bidan yang intuitif bukanlah mereka yang hanya mengandalkan firasat, tetapi mereka yang mampu mengintegrasikan pengetahuan ilmiah dengan pengalaman klinis mereka.

Contoh Penerapan Intuisi dalam Kebidanan:

1) Posisi Persalinan: Bidan yang intuitif seringkali dapat menyarankan posisi persalinan yang paling nyaman dan efektif bagi ibu, berdasarkan pada intuisinya tentang kemajuan persalinan dan kenyamanan ibu.

2) Penggunaan Sentuhan: Sentuhan terapeutik dapat sangat menenangkan bagi ibu yang sedang bersalin. Bidan yang intuitif tahu kapan dan bagaimana menggunakan sentuhan untuk memberikan dukungan emosional.

3) Pengenalan Komplikasi: Bidan yang berpengalaman seringkali dapat merasakan adanya tanda-tanda komplikasi sebelum tanda-tanda klinis yang jelas muncul. Misalnya, mereka mungkin merasakan perubahan detak jantung janin yang tidak normal atau adanya ketegangan pada perut ibu.

l) Hubungan

Dalam dunia kebidanan, hubungan merupakan aspek yang sangat krusial. Hubungan yang baik antara bidan dengan ibu hamil, keluarga, dan tim kesehatan lainnya akan sangat mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan.

Jenis-jenis Hubungan dalam Kebidanan:

1) Hubungan Bidan-Ibu Hamil:

a) Hubungan Teraputik: Ini adalah hubungan yang didasarkan pada kepercayaan, empati, dan komunikasi yang efektif. Bidan berperan sebagai pendengar yang baik, memberikan dukungan emosional, dan membantu ibu hamil mengatasi kecemasan.

b) Hubungan Kolaboratif: Bidan dan ibu hamil bekerja sama dalam membuat keputusan tentang perawatan kehamilan dan persalinan. Ibu hamil dilibatkan secara aktif dalam proses pengambilan keputusan.

2) Hubungan Bidan-Keluarga:

a) Dukungan Keluarga: Bidan melibatkan keluarga dalam proses persalinan dan memberikan dukungan emosional kepada keluarga.

b) Pendidikan Kesehatan: Bidan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang perawatan ibu hamil dan bayi baru lahir.

3) Hubungan Bidan-Tim Kesehatan:

a) Kerjasama Tim: Bidan bekerja sama dengan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan yang komprehensif.

b) Koordinasi: Bidan berperan sebagai koordinator dalam memberikan pelayanan antenatal, persalinan, dan postnatal.

Pentingnya Hubungan dalam Kebidanan:

a) Meningkatkan Kualitas Asuhan: Hubungan yang baik akan menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi ibu hamil, sehingga mereka lebih terbuka untuk menerima perawatan.

b) Meningkatkan Kepuasan Pasien: Ibu hamil yang merasa dihargai dan didukung akan lebih puas dengan pelayanan yang mereka terima.

Menurunkan Tingkat Komplikasi: Hubungan yang baik dapat membantu mencegah komplikasi selama kehamilan dan persalinan.

c) Meningkatkan Adherence: Ibu hamil yang memiliki hubungan yang baik dengan bidan cenderung lebih patuh terhadap rencana perawatan.

m) Aktualisasi diri (Mackenzie et al, 2010)

Menurut Mackenzie et al. (2010), aktualisasi diri dalam kebidanan mencakup beberapa aspek, antara lain:

1) Pengembangan Profesional: Bidan yang telah mengaktualisasikan diri akan terus berupaya meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya melalui pendidikan berkelanjutan, penelitian, dan partisipasi dalam organisasi profesi. Mereka juga akan mencari peluang untuk mengembangkan kepemimpinan dan manajemen dalam lingkup pekerjaan mereka.

2) Fokus pada Pasien: Bidan yang telah mengaktualisasikan diri akan menempatkan kebutuhan pasien sebagai prioritas utama. Mereka akan memberikan perawatan holistik yang mempertimbangkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Bidan juga akan membangun hubungan yang kuat dan saling percaya dengan pasien.

3) Kemandirian dan Inisiatif: Bidan yang telah mengaktualisasikan diri akan memiliki inisiatif yang tinggi dalam mengambil keputusan dan bertanggung jawab atas tindakannya. Mereka juga akan mampu bekerja secara mandiri dan kolaboratif dengan tim kesehatan lainnya.

4) Kreativitas dan Inovasi: Bidan yang telah mengaktualisasikan diri akan selalu mencari cara-cara baru untuk meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan. Mereka akan terbuka terhadap ide-ide baru dan berani mengambil risiko untuk mencapai hasil yang lebih baik.

5) Kepuasan Kerja: Bidan yang telah mengaktualisasikan diri akan merasa puas dengan pekerjaannya dan memiliki rasa pencapaian yang tinggi. Mereka juga akan menjadi role model bagi bidan lainnya.

Konsep aktualisasi diri, yang pertama kali diperkenalkan oleh Abraham Maslow dalam hierarki kebutuhannya, mengacu pada keinginan manusia untuk mencapai potensi penuhnya. Dalam konteks kebidanan, aktualisasi diri dapat diartikan sebagai upaya seorang bidan untuk mencapai tingkat profesionalisme tertinggi, memberikan perawatan terbaik bagi pasien, dan terus berkembang secara pribadi dan profesional.

BAB XII
MODEL PRAKTIK KEBIDANAN

A. SEJARAH KEBIDANAN DI INGGRIS

Bidan adalah pembantu kelahiran tradisional. Pengetahuan dan keterampilan diperoleh secara turun-temurun. Pada abad pertengahan, beberapa bidan tradisional dikutuk sebagai penyihir dan dibakar di tiang (Ehreinreich dan English 1972). Bidan juga dianggap sebagai suatu ancaman terhadap pria yang sedang berusaha mencari untuk duduk sebagai pemegang tunggal seni perawatan.

Abad XIV di lembaga pension Inggris bidan dibayar oleh kerajaan atas jasa yang diberikan. Abad XVII, muncul bidan pria/praktisi medis yang mempunyai spesialisasi dalam kelahiran anak. Kemunculan pembantu kelahiran pria, menimbulkan peningkatan penerimaan masyarakat pada mereka dalam suatu area yang sebelumnya dipertimbangkan sebagai tanggungjawab wanita. Pada waktu yang sama dengan perubahan sosial tersebut terdapat ledakan pengetahuan.

B. SEJARAH PELAYANAN KEBIDANAN DI INGGRIS

a. Perkembangan Pelayanan Kebidanan Abad 16 dan 17

Terbentuknya kebidanan di Inggris di mulai pada abad pertengahan yaitu dimana seorang bidan yang dianggap dan dikutuk sebagai penyihir oleh masyarakat dan di bakar, hal ini disebabkan karena bidan dianggap ancaman bagi perawat wanita. Setelah itu pada abad 16 kebebasan bidan berada di bawah pendeta, karena pendetalah yang sangat dihormati dan ditakuti pada masa ini, pendeta dapat mengerti akan profesi dan keberadaan bidan yang sebenarnya ingin membantu masyarakat khususnya wanita, sehingga pada masa ini bidan memiliki sedikit kebebasan. Agar dapat diterima dimasyarakat bidan masih dalam pengawasan pendeta, hal ini dapat mencegah kejadian yang buruk di masa lalu tidak lagi tentunya hal ini merupakan hal baik dan sangat membantu bidan agar dapat diterima kembali dimasyarakat.

Pada awal abad ke-17, bidan banyak berasal dari Inggris yang keberadaannya merupakan bantuan dari pihak gereja sehingga penilaian orang lebih ditekankan. Seorang bidan dituntut memiliki karakter/perilaku yang baik. Bidan tersebut disumpah dan memiliki
wewenang untuk mendengarkan pengakuan dosa dan melakukan pembaktisan. Kewenangan tersebut menimbulkan kontroversi karena dalam sumpahnya, seorang bidan harus bertanya dan memaksa ibu untuk mengatakan ayah sang bayi yang sebenarnya. Hal ini tentunya dianggap sebagian besar orang tidak etis. Selain itu, para bidan di daerah pedesaan seringkali

dianggap sebagai penyihir, khususnya bila bayi yang dilahirkan cacat. Pada abad ke 17 muncul "BIDAN PRIA", bidan pria disini bukanlah murni seorang bidan, akan tetapi merupakan seorang praktisi medis spesialisasi kelahiran anak.

b. Perkembangan Pelayanan Kebidanan Abad 18

Pada abad ke-18 merupakan titik pusatnya perkembangan dunia medis, keperawatan, serta praktik obsterti. Tapi sayangnya perkembangan ini tidak dilayani profesi kebidanan. Tidak ada sistem yang teroganisasi untuk pendidikan bagi bidan.

Abad 18 terjadi migrasi, dimana pada abad ini bidan mulai dapat menolong persalinan. Pada masa ini, tepatnya tahun 1824 Jamess Blundell dari Inggris yang menjadi orang pertama yang berhasil menangani perdarahan postpartum dengan menggunakan transfusi darah dan pada masa ini juga William Smellie dari Skotlandia mendirikan pusat pelatihan bidan wanita dan membuka klinik untuk masyarakat yang tidak mampu, pusat pelatihan bidan wanita di sini di buka agar bidan wanita dapat disamakan dengan wanita biasa yang lainnya, dimana selama ini bidan wanita kurang dipercaya dan diakui oleh masyarakat sehingga bidan wanita membutuhkan pelatihan agar benar-benar mampu diterima dan disamakan dengan wanita biasa lainnya. Seiring berjalannya waktu pada akhir abad ke 18, didirikan Rumah sakit tunggu di Inggris oleh Sir Richard pada tahun 1809 dan berkembang menjadi Rumah sakit Queen Charlotte's yaitu tempat melatih kemampuan dokter dan bidan. Pada tahun 1880 kelompok bidan terpelajar memiliki pengesahan dalam mengatur ketrampilannya dan praktik bidan.

c. Perkembangan Pelayanan Kebidanan Abad 19

Buku tentang praktek kebidanan diterbitkan pada 1902 di Inggris dan dirancang untuk melindungi masyarakat dari praktisi yang tidak mempunyai kualifikasi pada saat itu sebagian besar penolong persalinan buta huruf bekerja sendiri, menerima bayaran untuk pelayanan yang mereka berikan pada wanita meskipun promosi praktek kebidanan yag mempunyai kualifikasi meningkat dari 30% pada tahun 1905 menjadi 74% pada tahun 1915, banyak wanita yang menyukai paraji. Hal ini karena paraji lebih murah, mengikuti tradisi lokal dan memberikan dukungan domestik.

2. Model Australia Kebidanan dan keperawatan di Australia dimulai dengan tradisi dan latihan yang dipelopori oleh Florence Nightingale pada abad ke-19. Pada tahun 1824 kebidanan masih belum dikenal sebagai bagian dari pendidikan medis di Inggris dan Australia. Kebidanan masih banyak didominasi oleh dokter. Ketidakseimbangan seksual dan moral di Australia telah membuat prostitusi berkembang dengan cepat. Hal ini menyebabkan penduduk wanita banyak yang hamil dan jarang dari mereka yang dapat memperoleh pelayanan dari bidan maupun dokter karena status sosial mereka.Sebagian besar wanita yang melahirkan

tidak dirawat dengan selayaknya oleh masyarakat. atau pada komunitas yang terbatas, meskipun demikian di Australia bidan tidak bekerja sebagai perawat, mereka bekerja sebagaimana layaknya seorang bidan. Pendapat bahwa seseorang bidan haru reflek menjadi seorang perawat dan program pendidikan serta prakteknya banyak di buka di beberapa tempat dan umumnya dibuka atau disediakan oleh Non Bidan. Di Amerika, para bidan berperan seperti dokter, berpengalaman tanpa pendidikan yang spesifik, standart-standart, atau peraturan-peraturan sampai pada awal abad ke 20. Kebidanan, sementara itu dianggap menjadi tidak diakui dalam sebagian besar yuridiksi (hukum-hukum) dengan istiklah "nenek tua" kebidanan akhirnya padam, profesi bidan hampir mati. Sekitar tahun 1700, para ahli sejarah memprediksikan bahwa angka kematian ibu di AS sebanyak 95%. Salah satu alasan kenapa dokter banyak terlibat dalam persalinan adalah untuk menghilangkan praktek sihir yang masih ada pada saat itu. Dokter memegang kendali dan banyak memberikan obat-obatan tetapi tidak mengindahkan aspek spiritual. Sehingga wanita yang menjalani persalinan selalu dihinggapi perasaan takut terhadap kematian. Walaupun statistik terperinci tidak menunjukkan bahwa pasien-pasien bidan mungkin tidak sebanyak dari pada pasien dokter untuk kematian demam nifas atau infeksi puerperalis, sebagian besar penting karena kesakitan maternal dan kematian saat itu. Tahun 1765 pendidikan formal untuk bidan mulai dibuka pada akhir abad ke 18 banyak kalangan medis yang berpendapat bahwa secara emosi dan intelektual wanita tidak dapat belajar dan menerapkan metode obstetric. Pendapat ini digunakan untuk menjatuhkan profesi bidan, sehingga bidan tidak mempunyai pendukung, uang tidak terorganisir dan tidak

dianggap profesional. Pada pertengahan abad antara tahun 1770 dan 1820, para wanita golongan atas di kota-kota di Amerika, mulai meminta bantuan "para bidan pria" atau para dokter. Sejak awal 1990 setengah persalinan di AS ditangani oleh dokter, bidan hanya menangani persalinan wanita yang tidak mampu membayar dokter. Dengan berubahnya kondisi kehidupan di kora, persepsi-persepsi bartu para wanita dan kemajuan dalam ilmu kedokteran, kelahiran menjadi semakin meningkat dipandang sebagai satu masalah medis sehingga di kelola oleh dokter. Tahun 1915 dokter Joseph De Lee mengatakan bahwa kelahiran bayi adalah proses patologis dan bidan tidak mempunyai peran di dalamnya, dan diberlakukannya protap pertolongan persalinan di AS yaitu :

memberikan sedatif pada awal inpartu, membiarkan serviks berdilatasi memberikan ether pada kala dua, melakukan episiotomi, melahirkan bayi dengan forcep elstraksi plasenta, memberikan uteronika serta menjahit episiotomi. Akibat protap tersebut kematian ibu mencapai angka 600-700 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1900-1930, dan sebanyak 30-50% wanita melahirkan di rumah sakit. Dokter Grantly Dicke meluncurkan buku tentang persalinan alamiah. Hal ini membuat para spesialis obstetric berusaha meningkatkan peran tenaga diluar medis, termasuk bidan. Pada waktu yang sama karena pelatihan para medis yang terbatas bagi para pria, para wanita kehilangan posisinya sebagai pembantu pada persalinan, dan suatu peristiwa yang dilaksanakan secara tradisional oleh suatu komunitas wanita menjadi sebuah pengalaman utama oleh seorang wanita dan dokternya. Tahun 1955

American College of Nurse – Midwives (ACNM) dibuka. Pada tahun 1971 seorang bidan di Tennesse mulai menolong persalinan secara mandiri di institusi kesehatan. Pada tahun 1979 badan pengawasan obat Amerika mengatakan bahwa ibu bersalin yang menerima anasthesi dalam dosisi tinggi telah melahirkan anak-anak melahirkan anak-anak yang mengalami kemunduran perkembangan psikomotor. Pernyataan ini membuat masyarakat tertarik pada proses persalinan alamiah, persalinan di rumah dan memacu peran bidan. Pada era 1980-an ACNM membuat pedoman alternatif lain dalam homebirth. Pada tahun yang sama dibuat legalisasi tentang opraktek profesional bidan, sehingga membuat bidan menjadi sebuah profesi dengan lahan praktek yang spesifik dan membutuhkan organisasi yang mengatur profesi tersebut. Pada tahun 1982 MANA (Midwive Alliance Of North America) di bentuk untuk meningkatkan komunikiasi antar bidan serta membuat peraturan sebagai dasar kompetensi untuk melindungi bidan. DI beberapa negara seperti Arizona, bidan mempunyai tugas khusus yuaitu melahirkan bayi untuk perawatan selanjutnya seperti merawat bayi, memberi injeksi bukan lagi tugas bidan, dia hanya melakukan jika diperlukan namun jarang terjadi. Bidan

menangani 1,1% persalinan di tahun 1980 : 5,5% di tahun 1994. Angka sectio caesaria menurun dari 25% (1988) menjadi 21% (1995). Penggunaan forcep menurun dari 5,5% (1989) menjadi 3,8% (1994). Dunia kebidanan berkembang saat ini sesuai peningkatan permintaan untuk itu profesi kebidanan tidak mempunyai latihan formal, sehingga ada beberapa tingkatan kemampuan, walaupun begitu mereka berusaha agar menjadi lebih dipercaya, banyak membaca dan pendekatan tradisional dan mengurangi teknik invasif untuk pertolongan seperti penyembuhan tradisional. Hambatan-hambatan yang dirasakan oleh bidan Amerika Serikat saat ini antara lain: Walaupun ada banyak undang-undang baru, direct entry midwives masih dianggap ilegal dibeberapa negara bagian. Lisensi praktek berbeda tiap negara bagian, tidak ada standart nasional sehingga tidak ada definisi yang jelas tentang bidan sebagai seseorang yang telah terdidik dan memiliki standart kompetensi yang sama. Sedikit sekali data yang akurat tentang direct entry midwives dan jumlah data persalinan yang mereka tangani. Kritik tajam dari profesi medis kepada direct entry midwives ditambah dengan isolasi dari system pelayanan kesehatan pokok telah mempersulit sebagian besar dari mereka untuk memperoleh dukungan medis yang adekuat bila terjadi keadaan gawat darurat. Pendidikan kebidanan biasanya berbentuk praktek lapangan, sampai saat ini mereka bisa menangani persalinan dengan pengalaman sebagai bidan. Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan selam 4 tahun dan praktek lapangan selama 2 tahun, yang mana biaya yang sangat mahal. Kebidanan memiliki sebuah organisasi untuk membentuk standart, menyediakan sertifikat dan membuat ijin praktek. Saat ini AS merupakan negara yang menyediakan perawatan maternitas termahal di dunia, tetapi sekaligus merupakan negara industri yang paling buruk dalam hasil perawatan natal di negara-negara industri lainnya. 2.1.3 Canada Ontario adalah provinsi pertama di canada yang menerbitkan peraturan tentang kebidanan setelah sejarah panjang tentang kebidanan yang ilegal dan berakibat pada meningkatnya praktik bidan yang tidak berijin. Seperti selandia baru, wanitalah yang

menginginkan perubahan, mereka bicara tentang pilihan asuhan dan keputusan yang dibuat. Model kebidanan yang dipakai di ontario berdasarkan pada definisi ICM tentang Bidan yaitu seorang tenaga yang mempunyai otonomi dalam lingkup persalinan yang normal. Bidan mempunyai akses kepada rumah sakit maternitas dan wanita mempunyai pilihan atas persalinan dirumah atau dirumah sakit. Selandia baru dan canada sama – sama menerapkan model partnersip dalam asuhan kebidanan. Beberapa aspek didalamnya antara lain :

hubungan dengan wanita, asuhan kebidanan, informed choise, informed chonsent, praktik bidan yang memiliki otonomi dan fokus pada normalitas kehamilan dan persalinan. Dalam membangun dunia profesi kebidanan yang baru, selandia baru dan canada membuat suatu sistem baru dalam mempersiapkan bidan – bidan untuk registrasi. Keduanya memulai dengan suatu keputusan bahwa bidanlah yang dibutuhkan dalam perawatan maternitas. Ruang ligkup praktik bidan di kedua negara tersebut tidak keluar dari jalur yang telah ditetapkan ICM. Yaitu bidan yang bekerja dengan otonomi penuh dalam lingkup persalinan normal, atau pelayanan maternitas primer. Bidan bekerja dan berkonsultasi dengan ahli obstetri bila terjadi komplikasi pada ibu serta bayi memerlukan bantuan dari pelayanan maternitas sekunder. Bidan di kedua negara tersebut mempunyai akses fasilitas rumah sakit tanpa harus bekerja di rumah sakit. Mereka bekerja di rumah atau dirumah sakit maternitas. Selandia baru dan canada menerapkan program direct entry selama 3 tahun dalam pendidikan bidan. Sebelumnya, di selandia baru ada perawat kebidanan dimana perawat dapat menambah pendidikannya untuk menjadi seorang bidan sedangkan di canada tidak ada. Bagaimanapun kedua negara tersebut yakin bahwa untuk mempersiapkan bidan yang dapat bekerja secara otonom dan dapat memberikan dukungan kepada wanita untuk mengontrol persalinannya sendiri. Penting untuk mendidik wanita yang sebelumnya belum pernah berkecimpung dalam sistem kesehatan yang menempatkan kekuatan dan kontrol medis. Karena itu program direct entry lebih diutamakan. Kedua negara tersebut menggunakan dua model pendidikan yaitu pembelajaran teori dan magang. Pembelajaran teori dikelas difokuskan pada teori dasar yaitu pembelajaran teori dan magang. Pembelajarn teori di kelas difokuskan pada teori dasar, yang akan melahirkan bidan – bidan yang dapat mengartikulasikan teorinya sendiri dalam praktik, memanfaatkan penelitian dalam praktik mereka dan berfikir kritis tentang praktik. Dilengkapi dengan belajar magang, dimana mahasiswa bekerja dengan bimbingan dan pengawasan bidan yang berpraktik dalam waktu yang cukup lama. Bidan tersebut memberikan role model yang penting untuk proses pembelajaran. Satu mahasiswa akan bekerja dengan 1 bidan, sehingga mereka tidak akan dikacaukan dengan bermacam – macam model praktik. Mahasiswa bidan juga akan mulai belajar tentang model partnership. Model ini terdiri dari : partnership antara wanita dan mahasiswa bidan, mahasiswa bidan dengan bidan, mahasiswa bidan dengan guru bidan, guru bidan dengan bidan, partnership antara program kebidanan dengan profesi kebidanan, serta program kebidanan dengan wanita. Partnership ini menjaga agar program pendidikan tetap pada tujuan utamanya, yaitu mencetak bidan – bidan yang dapat bekerja secara otonom sebagai pemberi asuhan maternitas.

3. Selandia baru dan canada telah sukses dalam menghidupkan kembali status bidan dan status wanita. Keselarasan antara pendidikan bidan dan ruang lingkup praktik kebidanan adalah bagian penting dari sukses tersebut. 2.1.4 Selandia Baru Di selandia baru telah mempunyai peraturan mengenai praktisi kebidanan sejak 1904 tetapi lebih dari 100 tahun yang lalu, lingkup praktik bidan telah berubah secara berarti sebagai akibat dari meningkatnya hospitalisasi dan medikalisasi dalam persalinan. Dari tenaga yang bekerja dengan otonomi penuh dalam persalinan normal di awal tahun 1900, secara perlahan bidan menjadi asisten dokter. Dari bekerja di masyarakat bidan sebagian besar mulai bekerja di Rumah sakit area tertentu, seperti klinik antenatal, ruang bersalin dan ruang nifas. Kehamilan dan persalinan menjadi terpisah. Dalam hal ini bidan kehilangan pandangannya bahwa persalinan adalah kejadian normal dalam kehidupan dan peran mereka sebagai pendamping kejadian tersebut. Selain itu bidan menjadi ahli dalam memberikan intervensi dan asuhan maternitas yang penuh dengan pengaruh medis. Di Selandia baru para wanitalah yang berusaha melawan model asuhan persalinan tersebut dan menginginkan kembalinya bidan tradisional yaitu seorang yang berada disamping mereka dalam melalui kehamilan sampai 6 minggu setelah kelahiran bayi. Mereka menginginkan bidan yang percaya pada kemampuannya untuk menolong persalinan tanpa intervensi medis, dan memberikan dukungan bahwa persalinan adalah proses yang normal. Wanita – wanita di selandia baru ingin mengembalikan kontrol dalam diri mereka, dan menempatkan diri mereka sebagai pusat kejadian tersebut, bukan obyek dari medikalisasi. Pada era 1980-an bidan bekerja sama dengan wanita untuk menegaskan kembali otonomi bidan dan sama – sama sebagai rekanan. Mereka telah membawa kebijakan politik yang diperkuat dengan legalisasi tentang profesionalisasi praktik bidan. Sebagian besar bidan di selandia baru mulai memilih untuk bekerja secara independen dengan tanggungjawab yang penuh pada klien dan asuhannya dalam lingkup yang normal. Lebih dari 10 tahun yang lalu pelayanan maternitas telah berubah secara dramatis. Saat ini 86% wanita mendapat pelayanan dari bidan dari kehamilan sampai nifas dan asuhan berkelanjutan yang hanya dapat dilaksanakan pada persalinan di rumah. Sekarang disamping dokter, 63% wanita memilih bidan sebagai salah satunya perawat maternitas, dan hal ini terus meningkat. Ada suatu keinginan dari para wanita agar dirinya menjadi pusat dari pelayanan maternitas. Model kebidanan yang digunakan di Selandia baru adalah partnershiip antara bidan dan wanita. Bidan dengan pengetahuan, keterampilan dan pengalamannya serta wanita dengan

pengetahuan tentang kebutuhan dirinya dan keluarganya serta harapan – harapan terhadap kehamilan dan persalinan. Dasar dari model partnership adalah komunikasi dan negoisasi. 2.1.5 Inggris Buku tentang praktek kebidanan diterbitkan tahun 1902 di Inggris, dan didisain untuk melindungi masyarakat dari praktisi yang tidak memiliki kualifikasi. Pada saat itu sebagian besar bidan, buta huruf, bekerja sendiri, menerima bayaran untuk pelayanan yang mereka berikan pada klien. Meskipun proporsi dari praktek bidan yang mempunyai kualifikasi meningkat dari 30% pada tahun 1905 menjadi 74% di tahun 1915, banyak wanita yang lebih

menyukai dukun. Hal ini karena dukun lebih murah mengikuti tradisi lokal dan memberikan dukungan domestik. Selama tahun 1920-an 50-60% wanita hanya ditolong oleh seorang bidan dalam persalinannya, tetapi dalam keadaan gawat darurat bidan harus memanggil dokter. Pelayanan dipusatkan pada persalinan dan nifas dan pelayanan antenatal mulai dipromosikan pada tahun 1935. Bidan mandiri terancam oleh praktik lokal dan peningkatan persalinan di rumah sakit. Pada tahun 1930 perawat yang juga terdaftar memasuki kebidanan karena dari tahun 1916 mereka dapat mengikuti kursus pendek kebidanan daripada wanita tanpa kualifikasi sebagai perawat. Hal ini mengakibatkan penurunan status dan kekuatan bidan karena perawat disosialisasikan untuk menangani keadaan patologis daripada keadaan fisiologis. Meskipun direct entrynya dibuka kembali pada awal tahun 1990. semua kursus kebidanan saat ini cenderung untuk dibatasi disekitar kualifikasi keperawatan. Selama tahun 1980, bidan di inggris mulai berusaha mendapatkan otonomi yang lebih dan meningkatkan sistem melalui penelitian tentang alternatif pola perawatan. Dengan perkembangan persalinan alternatif, bidan mulai mengembangkan praktik secara mandiri. Selama pertengahan 1980 kira – kira ada 10 bidan yang praktik secara mandiri di Inggris. Pada 1990 ada 32 bidan independent dan pada tahun 1994 angka perkiraan dari bidan independent adalah 100 orang dengan 80 orang diantaranya terdaftar dalam Independent Midwifery. 2.1.6 Belanda Seiring dengan meningkatnya perhatian pemerintah Belanda terhadap kelahiran dan kematian, pemerintah mengambil tindakan terhadap masalah tersebut. Wanita berhak memilih apakah ia mau melahirkan di rumah sakit, hidup atau mati.belanda memilki angka kelahiran yang sangat tinggi sedangkan kematian perinatal relatif rendah. Satu dari tiga persalinan lahir di rumah dan ditolong oleh bidan dan perawat sedang yang lain lahir di rumah sakit juga dibantu oleh bidan.

Prof. Geerit Van Kloosterman pada konferensinya di Toronto tahun 1984 menyatakan bahwa setiap kehamilan adalah normal dan harus selalu dipantau dan mereka bebas memilih untuk tinggal di rumah atau di rumah sakit dimana bidan yang sama akan memantau kehamilannya. Yang utama dan penting, kebidanan di Belanda melihat suatu perbedaan yang nyata antara kebidanan keperawatan. Astrid Limburg mengatakan : seorang perawat yang baik tidak akan menjadi seorang bidan yang baik karena perawat dididik untuk merawat orang yang sakit, sedangkan bidan untuk kesehatan wanita. Tidak berbeda dengan ucapan Maria De Broer yang mengatakan bahwa kebidanan tidak memiliki hubungan dengan keperawatan, kebidanan adalah profesi yang mandiri. Pendidikan kebidanan di Amsterdam memiliki prinsip yakni sebagaimana memberi anastesi dan sedatif pada pasien barulah kita harus mengatakan pendekatan dan memberi dorongan pada ibu saat persalinan. Jadi pada prakteknya bidan harus memandang ibu secara keseluruhan dan mendorong ibu untuk menolong dirinya sendiri. Pada kasus resiko rendah dokter tidak ikut menangani, mulai dari prenatal, natal, post natal, pada resiko menengah mereka selalu memberi job tersebut pada bidan dan pada kasus resiko tinggi dokter dan bidan saling bekerja sama. Bidan di Belanda 75% bekerja secara mandiri, karena kebidanan adalah profesi yang mendiri dan aktif. Sehubungan dengan hal tersebut bidan harus menjadi role model dimasyarakat dan harus menganggap kehamilan adalah sesuatu yang

normal sehingga apabila seorang wanita merasa dirinya hamil dia dapat langsung memeriksakan diri ke bidan. Pelayanan Antenatal Bidan menurut peraturan Belanda lebih berhak praktek mandiri daripada perawat. Bidan mempunyai izin resmi untuk praktek dan menyediakan layanan kepada wanita dengan resiko rendah, meliputi antenatal, intrapratum dan post natal. Tanpa ahli kandunagn yang menyertai mereka bekerja di bawah Lembaga Audit Kesehatan. Bidan harus merujuk wanita dengan resiko tinggi atau kasus patologi ke Ahli Kebidanan untuk dirawat dengan baik. Untuk memperbaiki pelayanan kebidanan dan ahli kebidanandan untuk meningkatkan kerjasama antar bidan dan ahli kebidanan dibentuklah daftar indikasi oleh kelompok kecil yang berhubungan dengan pelayanan maternal di Belanda. Daftar ini berisi riwayat sebelum dan sesudah pengobatan. Riwayat kebidanan akan berguna dalam pelayanan kebidanan. Penelitian Woremever menghasilkan data tentang mortalitas dan mobilitas yang menjamin kesimpulan : dengan sistem pelayanan yang diterapkan Belanda memungkinkan mendapatkan hasil yang memuaskan melalui seleksi wanita. Suksesnya penggunaan daftar indikasi merupakan dasar yang penting mengapa persalinan di rumah disediakan dan menjadi

alternatif karena wanita dengan resiko tinggi dapat diidentifikasi dan kemudian dirujuk ke Ahli Kebidanan. Selama kehamilan bidan menjumpai wanita hamil 10-14 kali di klinik bidan. Sasaran utama praktek bidan adalah pelayanan komunitas. Jika tidak ada masalah, wanita diberi pilihan untuk melahirkan di rumah atau di rumah sakit. Karena pelayanan antenatal yang hatihati sehingga kelahiran di rumah sama amannya dengan kelahiran di rumah sakit. Tahun 1969 pemerintah Belanda menetapkan bahwa melahirkan di rumah harus dipromosikan sebagai alternatif persalinan. Di Amsterdam 43% kelahiran (catatan bidan dan Ahli Kebidanan) terjadi di rumah. Di Holland, diakui bahwa rumah adalah tempat yang aman untuk melahirkan selama semuanya normal. Pelayanan IntraPartum Pelayanan Intrapartum dimulai dari waktu bidan dipanggil sampai satu jam setelah lahirnya plasenta dan membrannya. Bidan mempunyai kemampuan untuk melakukan episiotomi tapi tidak diizinkan menggunakan alat kedokteran. Baisanya bidan menjahit luka perineum atau episiotomi, untuk luka yang parah dirujuk ke Ahli Kebidanan. Syntomentrin dan Ergometrin diberikan jika ada indikasi. Kebanyakan kala III dibiarkan sesuai fisiologinya. Analgesik tidak digunakan dalam persalinan. Pelayanan Post partum Di Kebidanan Belanda, pelayanan post natal dimulai setelah. Pada tahun 1988, persalinan di negara Belanda 80% telah ditolong oleh bidan, hanya 20% persalinan di RS. Pelayanan kebidanan dilakukan pada community – normal, bidan sudah mempunyai indefendensi yuang jelas. Kondisi kesehatan ibu dan anak pun semakin baik, bidan mempunyai tanggung jawab yakni melindungi dan memfasilitasi proses alami, menyeleksi kapan wanitya perlu intervensi, yang menghindari teknologi dan pertolongan dokter yang tidak penting. Pendidikan bidan digunakan sistem Direct Entry dengan lama pendidikan 3 tahun. Uni Soviet Pelayanan Antenatal Pada awalnya, pelayanan antenatal di Moskow dilakukan oleh dokter dengan beberapa perawat atau bidan yang melakukan tugas rutin yang cukup berat, pemeriksaan urine dan sebagai asisten dokter. Di beberapa area

pedesaan bidan lebih terlibat dalam pelayanan antenatal. Angka kematian ibu bervariasi, tetapi biasanya lebih tinggi di area pedesaan dimana akses untuk mendapatkan pelayanan suilit. Pengelolaan masalah seperti kehamilan yang menyebabkan hipertensi dan pre eklampsi sering terjadi. Terdapat kekurangan pada

perlengkapan monitore dan fasilitas untuk pemeriksaan yang akan menghasilkan bentuk manajemen yang kuno. Ibu mengunjungi klinik secara rutin setiap bulan pada umur kehamilan 12-20 minggu pada kehamilan 32-40 minggu. Pemeriksaan urine rutin, tekanan darah dan berat badan dilakukan pada setiap kunjungan Pelayanan Intrapartum Di Moskow, beberapa persalinan terjadi di rumah, namun menurut laporan rumah sakit ada sekitar 51 bayi yang lahir di rumah sebelum ambulan datang. Pada saat masuk ke rumah sakit diikuti dengan berbagai peraturan, seorang ibu yang akan bersalin tidak dianamnesa lagi tentang statusnya dan apa yang terjadi pada dirinya. Suami tidak diperkenankan untuk menemani isterinya sampai 7 hari setelah kelahiran bayi. Di beberapa daerah Baltic hal ini tidak dilakukan, di daerah ini justru beranggapan bahwa ibu harus di support selama persalinan oleh suami. Banyak dokter yang tidak yakin akan hal ini, namun sebagian lagi sudah mau mendiskusikannya dan perubahan pola asuhan kebidanan lainnya. Kegiatan rutin pada saat masuk rumah sakit adalah dengan cara mengoleskan jari tangan dan kaki dengan iodine 2% dan juga puting susu dengan Gentian Violet. Hal ini dilakukan untuk pencegahan infeksi di unit tertentu, yang juga merupakan salah satu enema dilakukan karena keharusan. Ruang bersalinnya juga sangat tidak ranmah dan dingin, menghadap koridor sehingga dapat dilihat oleh orang yang berlalulalang, toiletnya terbuka dan sangat tidak provacy. Persalinan dilakukan di meja persalinan dengan sikap litotomi. Nampaknya tidak ada upaya untuk memberikan penjelasan kepada ibu mengenai apa yang sedang terjadi. Bayi diberikan tetesan Prophylatic Albusid pada matanya sebelum diamati secara singkat dan berlangsung di bungkus, kemudaian dibawa ke ruangan khusus yang jauh dari ibunya. Sementara itu ibu diberi kompres es diperutnya untuk mencegah perdarahan postpartum dan menunggu di koridor selama 2 jam sebelkum dipindahkan ke ruangan postpartum. Bidan adalah asisten pertama dokter dan bertanggung jawab untuk melakukan observasi rutin. Bidan lebih banyak bekerja pada rumah sakit yang menitikberatkan pada asuhan dan persalinan normal. Jepang Pelayanan kebidanan Jepang setelah Perang Dunia II, lebih banyak terkontaminasi oleh medikalisasi. Dan pelayanan kepada masyarakat masih bersifat hospitalisasi. Bidan berasal dari perawat jurusan kebidanan dan perawat kesehatan masyarakat dan bidan hanya berperan sebagai asisten dokter. Pertolongan persalinan lebih banyak dilakukan oleh dokter dan perawat.

[19.15, 4/9/2024] rena Bk: 1. model dalam mengkaji pelayanan kebidanan

Model adalah rencana, representasi, atau deskripsi yang menjelaskan suatu objek, sistem, atau konsep, yang seringkali berupa penyederhanaan atau idealisasi.

 Model konseptual adalah model representasi untuk suatu ide atau konseptual Modelasuhankebidananadalahsuatubentukpedoman/ acuanyangmerupakan

kerangkakerjaseorangbidandalam memberikanasuhankebidanandipengaruhioleh filosofi yang dianut bidan (filosofi asuhan kebidanan) meliputi unsur-unsur yang
terdapat dalam paradigma kesehatan (manusia-perilaku, lingkungan dan pelayanan kesehatan).
- tujuan Model asuhan kebidanan dibuat berdasarkan filosofi bahwa kehamilan dan persalinan merupakan sebuah hal yang fisiologis. Model asuhan kebidanan yang berfokus pada perempuan(Women CenteredCare)dapatmengurangi kejadian trauma dan kesakitan pada bayi dan operasi sectio caesarea.

•Womencentercaremerupakanmodelkonseptualdalam asuhan midwifery care dan asuhan ini berorientasi pada wanita. Bidan fokus memberi dukungan pada wanita dalam upaya memperoleh status yang sama di masyarakat untuk memilih dan memutuskan perawatan kesehatannya sendiri.

* KONSEP WOMENCENTEREDCARE

a. Perawatan yang berfokus pada kebutuhan wanita yang unik, harapan dan aspirasi wanita.
b. Memperhatikan hak-hak perempuan untuk menentukan nasib sendiri dalam hal pilihan, kontrol dan kontinuitas perawatan dalam bidang kebidanan.
c. Kebutuhan janin, bayi, atau keluarga wanita, orang lain yang signifikan, seperti yang diidentifikasi dan dipercaya oleh wanita tersebut.
d. Melibatkan peran serta masyarakat, mulai dari kehamilan, persalinan, dan setelah kelahiran bayi.
e. Melibatkan kolaborasi dengan profesional Kesehatan lainnya bila diperlukan.
f. ‘Holistik’ dalam hal menangani masalah sosial wanita, emosional, fisik, psikologis, kebutuhan spritual dan budaya.

* Komponen model konseptual kebidanan

1) Memonitor kesejahteraan ibu baik fisik, psikologi maupun social dalam siklus kehamilan dan persalinan
2) Mempersiapkan ibu dengan memberikan pendidikan, konseling, asuhan prenatal, dalam proses persalinan dan bantuan masa post partum
3) Intervensi teknologi seminimal mungkin
4) Mengidentifikasi dan memberikan bantuan obstetric
yang dibutuhkan
5) Melakukan rujukan

Referensi : Model Asuhan Pelayanan Kebidanan - Spada UNS

[19.15, 4/9/2024] rena Bk: 1. Asuhan kebidanan dipandang sebagai suatu aktivitas atau intervensi yang dilaksanakan oleh bidan kepada klien, yang mempunyai kebutuhan atau permasalahan, khususnya dalam KIA atau KB. Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang

mempunyai kebutuhan dan/atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi dan keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat. Standar Asuhan Kebidanan Menurut Kepmenkes RI No 938/Menkes/2007 mengacu pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan.

Buku Asuhan Kebidanan merupakan sebuah buku yang menghantarkan pandanan para ahli dibidang kebidanan untuk membantu para pengelola intansi kesehatan maupun pelajar dan pengajar dalam menata dan mengelola intansi kesehatannya, agar menjadikan intansi kesehatanya yang mampu berkembang dan bersaing di era revolusi industri masa kini. Berdasarkan hal tersebut maka, buku ini menyajikan segala yang dibutuhkan oleh para pengelola intansi kesehatan dalam menjalankan roda pergerakan intansi kesehatan agar dapat menciptakan kualitas dan kuantitas perusahaan tersebut. Oleh sebab itu buku ini hadir kehadapan sidang pembaca sebagai bagian dari upaya diskusi sekaligus dalam rangka melengkapi khazanah keilmuan dibidang kebidanan, sehingga buku ini sangat cocok untuk dijadikan bahan acuan bagi kalangan intelektual dilingkungan perguru tinggi ataupun praktisi yang berkecimpung langsung dibidang kebidanan.

Seni Dalam Praktik Kebidanan

Diantaranya seni yang sering diaplikasikan oleh seorang bidan adalah sebagai berikut:

1. Dukungan psikis dari suami

Dukungan psikis dari suami sangat membantu proses pemberian pelayanan kesehatan dalam praktek kebidanan. Hal itu telah banyak dibuktikan dan hasilnya memang benar-benar terbukti. Dukungan psikis dari suami dapat menambah dukungan dan semangat seorang ibu dalam proses persalinan. Perasaan seorang ibu yang tengah berjuang melahirkan bayinya harus mendapat dukungan psikis dari keluarga khususnya suami karena dukungan itu sendiri merupakan obat yang mujarab yang dapat membantu untuk mencapai keberhasilan.

2. Posisi ibu saat melahirkan

Seni dalam praktek kebidanan dapat diterapkan dalam seni bidan dalam mengatur posisi seorang ibu yang akan melahirkan. Seorang bidan hendaknya membiarkan ibu bersalin dan melahirkan memilih sendiri posisi persalinan yang diinginkannya dan bukan berdasarkan keinginan bidannya sendiri. Dengan kebebasan untuk memutuskan posisi yang dipilihnya, ibu akan lebih merasa aman.

Manfaat pemilihan posisi berdasarkan pilhan ibu:

a. Sedikit rasa sakit dan ketidaknyamanan.
b. Kala 2 persalinan menjadi lebih pendek.
c. Laserasi perineum lebih sedikit
Macam-macam posisi yang dapat dipilih oleh seorang ibu:

a. Posisi terlentang (supine).

b. Posisi duduk/setengah duduk.

c. Posisi jongkok/berdiri.

d. Berbaring miring kekiri.

e. Posisi merangkak.

3. Teknik persalinan IMD (Inisiasi Menyusui Dini)

IMD atau Inisiasi. Menyusui Dini adalah adalah proses bayi menyusu segera setelah dilahirkan, di mana bayi diletakkan di dada ibu dan dibiarkan bergerak untuk mencari puting susu ibunya sendiri. Menurut penelitian diperkirakan sebanyak 22% kematian bayi baru lahir dapat di cegah bila bayi di susui oleh ibunya dalam satu jam pertama kelahiran. Pada satu jam pertama ini bayi harus disusukan pada ibunya, bukan untuk pemberian nutrisi tetapi untuk belajar menyusu atau membiasakan menghisap puting susu dan mempersiapkan ibu untuk mulai memproduksi ASI kolostrum (depkes), kolostrum ini sangat berguna bagi bayi.

C. Cara Pendekatan Pengaplikasian Seni Dalam Praktik Kebidanan

Pelayanan praktik kebidanan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari pelayanan rumah sakit. Oleh karena itu, tenaga bidan bertanggung jawab memberikan pelayanan kebidanan yang optimal dalam meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan kebidanan yang diberikan selama 24 jam secara berkesinambungan. Bidan harus memiliki keterampilan professional, ataupun global. Agar bidan dapat menjalankan peran fungsinya dengan baik, maka perlu adanya pendekatan sosial budaya yang dapat menjembatani pelayanannya kepada pasien.

Bidan dapat menunjukan otonominya dan akuntabilitas profesi, melalui pendekatan sosial dan budaya yang akurat. Terdapat beberapa bentuk pendekatan yang dapat digunakan atau diterapkan oleh para bidan dalam melakukan pendekatan asuhan kebidanan kepada masyarakat misalnya paguyuban, kesenian tradisional, agama dan sistem banjar. Hal tersebut bertujuan untuk memudahkan masyarakat dalam menerima, bahwa pelayanan atau informasi

yang diberikan oleh petugas, bukanlah sesuatu yang tabu tetapi sesuatu hal yang nyata atau benar adanya.

Pelayanan kebidanan yang optimal dalam meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan kebidanan yang diberikan selama 24 jam secara berkesinambungan. Bidan harus memiliki keterampilan professional, ataupun global.

BAB XIII
KONSEP BERUBAH YANG BAIK DAN BENAR

1. Pengertian Perubahan

Perubahan merujuk pada proses atau keadaan di mana sesuatu beralih dari kondisi lama ke kondisi baru. Perubahan dapat terjadi dalam berbagai aspek kehidupan, seperti sosial, ekonomi, politik, dan teknologi.

2. Fungsi Perubahan

Fungsi perubahan meliputi:

Adaptasi: Membantu individu atau organisasi menyesuaikan diri dengan lingkungan yang dinamis.

Pertumbuhan: Mendorong perkembangan dan kemajuan.

Inovasi: Memfasilitasi penciptaan ide-ide baru dan solusi kreatif.

Peningkatan Efisiensi: Meningkatkan cara kerja atau proses untuk hasil yang lebih baik.

3. Teori Perubahan

Beberapa teori perubahan meliputi:

Teori Evolusi: Menyatakan bahwa perubahan terjadi secara bertahap dan bertahap.

Teori Revolusi: Menyatakan bahwa perubahan besar terjadi secara mendalam dan mendadak.

Teori Sistem: Menyoroti bahwa perubahan mempengaruhi keseluruhan sistem dan sub-sistemnya.

4. Tahap Berubah Menurut Roger E.

Menurut Everett Rogers, dalam proses adopsi inovasi, terdapat lima tahap perubahan:

Pengetahuan (Knowledge): Individu mengetahui inovasi.

Persuasi (Persuasion): Individu membentuk sikap terhadap inovasi.

Keputusan (Decision): Individu memutuskan untuk mengadopsi atau menolak inovasi.

Implementasi (Implementation): Individu mulai menggunakan inovasi.

Konfirmasi (Confirmation): Individu mengevaluasi hasil penggunaan inovasi dan memutuskan untuk melanjutkan atau menghentikan penggunaannya.

5. Proses Perubahan

Proses perubahan umumnya melibatkan beberapa langkah, seperti:

Identifikasi Kebutuhan Perubahan: Mengidentifikasi apa yang perlu diubah.

Perencanaan Perubahan: Menyusun strategi dan rencana perubahan.

Implementasi: Melaksanakan perubahan yang direncanakan.

Evaluasi: Mengevaluasi hasil perubahan dan membuat penyesuaian jika diperlukan.

6. Tipe Perubahan

Tipe perubahan dapat dibagi menjadi:

Perubahan Incremental: Perubahan kecil yang terjadi secara bertahap.

Perubahan Radikal: Perubahan besar yang mempengaruhi seluruh sistem.

Perubahan Struktural: Perubahan yang mempengaruhi struktur organisasi.

Perubahan Kultural: Perubahan dalam nilai, kepercayaan, atau norma dalam organisasi atau masyarakat.

7. Proses Terjadinya Perubahan

Proses terjadinya perubahan melibatkan:

Inisiasi: Sumber perubahan, baik dari internal maupun eksternal.

Implementasi: Proses pengenalan dan pelaksanaan perubahan.

Integrasi: Menyerap perubahan dalam sistem atau budaya yang ada.

Pemantauan: Mengawasi dampak perubahan dan menilai efektivitasnya.

8. Motivasi dalam Perubahan

- Motivasi Bidan : Motivasi bidan dipengaruhi oleh beberapa aspek, yaitu Need for Power, Need for Affiliation, dan Need for Achievement. Motivasi ini mempengaruhi kinerja bidan dalam mencapai tujuan organisasi. Bidan termotivasi jika ada sistem reward atau penghargaan yang baik, sehingga mereka dapat memberikan kinerja yang terbaik. Analisis pengaruh motivasi bidan terhadap kinerja bidan dilakukan dengan menggunakan uji Regresi Logistik Binary.

9. Tahap Pengelolaan Perubahan

- Tahap Perubahan Menurut Lewin : Lewin mengidentifikasi tiga tahap dalam mengelola perubahan: Pencairan (Unfreezing), Bergerak (Moving), dan Pembekuan (Refreezing). Tahap ini melibatkan proses mengadakan perubahan, mempertahankan perubahan, dan menghentikan bantuan secara bertahap.

10. Pedoman untuk Pelaksanaan Perubahan

- Model Perubahan: Menurut Lewin, proses perubahan melibatkan langkah-langkah seperti:
  - Mendiagnosa Masalah: Mengidentifikasi masalah yang dihadapi dan kebutuhan untuk berubah.
  - Mengadakan Asesmen Motivasi dan Kemampuan: Mengkaji motivasi dan kemampuan untuk berubah.
  - Menetapkan Tujuan: Menetapkan tujuan perubahan yang spesifik.
  - Menetapkan Peran Agen Pembaharu: Mengidentifikasi peran yang tepat untuk agen pembaharu.
  - Mempertahankan Perubahan: Menghentikan bantuan secara bertahap untuk memastikan perubahan tetap stabil

11. Agen Pembaharu (Change Agent)

- Peran Bidan sebagai Agen Pembaharu: Bidan tidak hanya bertindak sebagai penyedia layanan kesehatan, tetapi juga sebagai agen pembaharu dalam pelayanan kesehatan. Mereka memiliki peran penting dalam penyuluhan dan edukasi kesehatan, serta dalam mengembangkan kekhususan pelayanan kebidanan komunitas.

12. Respon Terhadap Suatu Perubahan

- Respon Perubahan dalam Kebidanan: Proses perubahan dalam kebidanan melibatkan agen perubahan dan sistem pada individu, yang mengarah pada tingkah laku individu dalam masyarakat. Perubahan ini dapat disebabkan oleh keadaan terpaksa, meniru, atau berdasarkan kesadaran dan penghayatan masing-masing individu.

13. Perubahan dalam Kebidanan

- Model Perubahan Lewin : Lewin mengidentifikasi tiga tahap dalam mengelola perubahan: Pencairan (Unfreezing), Bergerak (Moving), dan Pembekuan (Refreezing). Tahap ini melibatkan proses mengadakan perubahan, mempertahankan perubahan, dan menghentikan bantuan secara bertahap.

- Perubahan dalam Pelayanan Kebidanan: Pelayanan kebidanan telah mengalami perubahan seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Perubahan ini melibatkan pengembangan standar pelayanan kebidanan, seperti standar pelayanan antenatal, pertolongan persalinan, dan penanganan kegawatan obstetri dan neonatal.

1. Pengertian Evidence-Based Practice (EBP)

- Pengertian EBP: Evidence-Based Practice (EBP) adalah sebuah proses yang membantu tenaga kesehatan membuat keputusan yang efektif dan efisien dengan menggunakan bukti ilmiah. EBP melibatkan tiga tahap utama: Inquiry, Implementation, dan Evaluation. Proses ini memastikan bahwa keputusan klinis didasarkan pada bukti yang ada, bukan hanya pada pengetahuan tradisional atau pengalaman pribadi.

2. Evidence-Based Practice dalam Praktik Kebidanan

- Penerapan EBP dalam Kebidanan: Penerapan EBP dalam kebidanan melibatkan penggunaan bukti ilmiah untuk mengembangkan standar pelayanan kebidanan. Hal ini termasuk penggunaan metode pengumpulan data yang sistematis, analisis data, dan implementasi keputusan berdasarkan bukti tersebut. Contohnya, dalam asuhan antenatal, bidan menggunakan EBP untuk menentukan skenario persalinan yang paling aman berdasarkan hasil penelitian terkini.

3. Evidence-Based Practice dalam Promosi Kesehatan

- Penerapan EBP dalam Promosi Kesehatan: EBP juga digunakan dalam promosi kesehatan untuk meningkatkan kesadaran dan perilaku kesehatan masyarakat. Contohnya, dalam kampanye vaksinasi, promosi kesehatan menggunakan bukti ilmiah untuk menunjukkan efektivitas vaksinasi dalam mencegah penyakit. Strategi ini melibatkan komunikasi yang efektif, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat untuk mengambil keputusan kesehatan yang tepat.

BAB XIV
EVIDENCE BASED KEBIDANAN

1. pengertian

Evidence-Based Practice adalah pendekatan sistematis untuk
meningkatkan kualitas praktik keperawatan dengan mengumpulkan bukti terbaik. Evidence adalah kumpulan fakta yang diyakini kebenarannya. Ada dua bukti yang dihasilkan oleh evidence yaitu bukti eksternal dan internal.

2. Tingkatan dan Hierarki dalam penerapan EBP

Tingkatan evidence disebut juga dengan hierarchy evidence yang digunakan untuk mengukur kekuatan suatu evidence dari rentang bukti terbaik sampaidengan bukti yang. paling rendah. Tingkatan evidence ini digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam EBP. Hirarki untuk tingkatan evidence yang ditetapkan oleh Badan Kesehatan. Penelitian dan Kualitas (AHRQ), sering digunakan dalam keperawatan. Adapun level of evidence tersebut adalah sebagai berikut:

Hierarki dalam penelitian ilmiah terdapat hieraraki dari tingkat kepercayaannya yang paling rendah hingga yang paling tinggi. Dibawah ini mulai dari yang paling rendah hingga yang paling tinggi:

1. Laporan fenomena atau kejadian-kejadian yang kita temuai sehari-hari
2. Studi kasus
3. Studi lapangan atau laporan deskriptif
4. Studi percobaan tanpa penggunaan tekhnik pengambilan sampel secara acak(random)
5. Studi percobaan yang menggunakan setidaknya ada satu kelompok pembanding, dan menggunakan sampel secara acak
6. Systemic reviews untuk kelompok bijak bestari atau meta-analisa yaitu pengkajian berbagai penelitian yang ada dengan tingkat kepercayaan yang tinggi.

3. Model Evidence Decision Based Practice

1. Haynes et al (1996) membuat suatu model keputusan klinis berdasarkan bukti ilmiah. Pada model tersebut, terdapat 4 komponen yang dapat mempengaruhi pengelolaan masalah yang dihadapi pasien, yaitu penguasaan klinis, pilihan paslen terhadap alternatif bentuk bidanan, hasil penelitian klinis, dan sumber-sumber yang tersedia

a. Keahlian klinis Keahlian klinis merupakan elemen penting dalam mengaplikasikan aturan-aturan dan panduan yang ada dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Bukti/hasil penelitian Kunci penggunaan bukti/hasil penelitian adalah dengan memastikan bahwa desain penelitian yang tepat digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian. Masing-masing desain penelitian mempunyai tujuan, kekuatan dan kelemahan. Penelitian kuantitatif (randomized trials dan review sistematik) merupakan desain penelitian yang terbaik untuk mengevaluasi intervensi kebidanan. Di lain pihak, penelitian kualitatif merupakan desain terbaik yang dapat digunakan untuk memahami pengalaman, tingkah laku dan kepercayaan pasien.

c. Pilihan paslen Pilihan pasien terhadap asuhan bidanan dapat meliputi proses memilih bidanan alternatif dan mencari second opinions. Dewasa ini pasien telah mempunyai akses yang luas terhadap Informasi klinis dan menjadi lebih sadar tehadap kondisi kesehatannya. Pada beberapa hal, pilihan pasien merupakan aspek penting dalam proses pengambilan keputusan klinis.

d. Sumber-sumber Yang dimaksud dengan sumber-sumber di sini adalah sumber-sumber terhadap bidanan kesehatan. Hampir seluruh keputusan dalam bidanan kesehatan mempunyai implikasi terhadap sumber-sumber, misalnya pada saat suatu intervensi mempunyal potensi yang menguntungkan bagi pasien, namun tidak dapat segera dilaksanakan karena keterbatasan biaya

2. Melnyk dan Overholt (2011) membuat suatu berdasarkan pengambilan keputusan klinik sebagai berikut:

a. Bukti eksternal yaitu berupa Hasil penelitian, teori-teori yang lahir dari penelitian, pendapat dari ahll, hasil dari diskusi panel para ahli

b. Bukti internal yaitu penilaian klinis, hasil dari proyek peningkatan kualitas dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan klinik, hasil dari pengkajian dan evaluasi pasien, alasan klinis, evaluasi dan penggunaan sumber daya tenaga kesehatan yang diperlukan untuk melakukan treatment yang dipilih, dan mencapai hasil yang diharapkan.

c. Manfaat dan keinginan pasien yaitu memberikan manfaat terbaik untuk kondisi pasien saat itu dan meminimalkan pembiayaan

4. Model EBP

Langkah-langkah yang sistematis dibutuhkan dalam memindahkan evidence ke dalam praktik guna meningkatkan kualitas kesehatan dan keselamatan
(patient safety) dan dalam mengembangkan konsep, perawat dapat dibantu dengan berbagai model EBP melalui pendekatan yang sistematis dan jelas, alokasi waktu dan sumber yang jelas, sumber daya yang terlibat,serta mencegah implementasi yang tidak runtut dan lengkap dalam sebuah organisasi.

Setiap institusi dapat memilih model yang sesuai dengan kondisi organisasi karena beberapa model memiliki keunggulannya masing-masing.

Model-model yang dapat digunakan dalam mengimplementasikan EBP adalah Iowa Model (2001), Stetler Model (2001), ACE STAR Model (2004), John Hopkins EBP Model (2007),

Rosswurm dan Larrabee's Model. Karakteristik model yang dapat dijadikan landasan dalam menerapkan EBP yang sering digunakan yaitu IOWA Model dimana model ini dalam EBP digunakan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan,
digunakan dalam berbagai akademik dan setting klinis. Ciri khas dari model ini adalah adanya konsep (triggers) dalam melaksanakan EBP. Triggers adalah informasi ataupun masalah klinis yang berasal dari luar organisasi. Terdapat 3 kunci dalam membuat keputusan, yaitu;
adanya penyebab mendasar timbulnya masalah, pengetahuan terkait dengan kebijakan institusi atau organisasi, penelitian yang cukup kuat, dan pertimbangan
mengenai kemungkinan diterapkannya perubahan ke dalam praktik sehingga dalam model tidak semua jenis masalah dapat diangkat dan menjadi topik prioritas organisasi. Model John Hopkins memiliki 3 domain prioritas masalah, yaitu praktik keperawatan, penelitian, dan pendidikan. Terdapat beberapa tahapan dalam pelaksanaan model ini, yaitu menyusun practice question yang menggunakan PICO approach, menentukan evidence dengan penjelasan mengenai setiap level yang jelas dan translation yang lebih sistematis dengan model lainnya serta memiliki lingkup yang lebih luas. ACE Star Model merupakan model transformasi pengetahuan berdasarkan research atau penelitian. Model
ini tidak menggunakan evidence non-research. Sedangkan untuk Stetler Model tidak berorientasi pada perubahan formal tetapi pada perubahan oleh individu perawat. Model ini dilaksanakan dengan menyusun masalah berdasarkan data internal yang disebut juga quality improvement dan operasional dan data eksternal yang berasal dari research atau penelitian
6. Langkah –langkah dalam Proses Evidence Based Practice.

Ada tujuh tahapan atau langkah proses EBP yang diawali dorongan guna melaksanakan pendalaman ataupun
pencairan personal. Pembiasaan melakukan Evidence Based Practice dan ranah EBP merupakan ciri yang sangat penting untuk konsisten menjaga munculnya persoalan-persoalan klinis yang responsif dalam penerapan sehari-hari.

Langkah-langkah yang dilakukan dalam proses Evidence Based Practice adalah sebagai berikut :

1) Meningkatkan keinginan pencarian (inquiry). Inquiry adalah semangat untuk melakukan penyelidikan
yaitu sikap kritis untuk selalu bertanya terhadap fenomena-fenomena serta kejadian-kejadian yang terjadi saat praktek dilakukan oleh seorang petugas kesehatan
dalam melakukan perawatan kepada pasien. Namun demikian, tanpa adanya budaya yang mendukung, semangat untuk menyelidiki atau meneliti baik dalam
lingkup individu ataupun institusi tidak akan bisa berhasil dan dipertahankan.

Dalam membangun budaya EBP terdapat elemen kunci yaitu adanya semangat dalam

melakukan penyelidikan, dimana semua tenaga kesehatan didorong untuk mempertanyakan kualitas praktek yang selama ini mereka jalankan dan pada saat ini mereka jalankan.

Sebuah filosofi, misi dan system promosi klinis dengan mengintergrasikan Evidence Based Practice, mentor yang memiliki pemahaman mengenai Evidence Based Practice, mampu mengatasi tantangan atau hambatan yang
mungkin dapat terjadi, mampu membimbing orang lain, ketersediaan infrastruktur yang mendukung untuk
mencari informasi atau literatur seperti computer dan laptop, dukungan dari administrasi dan kepemimpinan, serta motivasi dan konsistensi individu itu sendiri dalam menerapkan Evidence Based Practice.

2) Mengajukan pertanyaan PICO (T) question.

Dalam mencari jawaban untuk pertanyaan klinis yang muncul, maka diperlukan strategi yang efektif yaitu dengan membuat format PICO.
P, adalah pasien, populasi atau masalah baik itu umur,
gender, ras ataupun penyakit. I, merupakan intervensi baik itu meliputi treatment di klinis ataupun pendidikan dan
administrative. Selain itu juga intervensi juga dapat berupa perjalanan penyakit ataupun perilaku beresiko
seperti perilaku merokok. C atau comparison merupakan
intervensi pembanding bisa dalam bentuk terapi, faktor resiko, placebo ataupun non-intervensi. Sedangkan O atau outcome adalah hasil yang ingin dicari dapat berupa kualitas hidup, pastient safety, menurunkan biaya
ataupun meningkatkan kepuasan pasien. Menurut Botswick et al, bahwa pada langkah selanjutnya membuat pertanyaan klinis dengan menggunakan format
PICOT yaitu P (patient atau populasi), I (intervention atau
aksi/tindakan atau pokok persoalan yang menarik), C (comparison intervention atau intervensi yang dibandingkan), O (outcome atau hasil), serta T (Time frame atau kerangka waktu). Contohnya dalam membentuk pertanyaan sesuai PICOT adalah pada mahasiswa kebidanan (population) bagaimana mengatasi nyeri haid (dismenorea) dengan menggunakan kompres air hangat (intervention) dibandingkan dengan menggunakan aromaterapi(comparison atau pembanding) berakibat pada pengurangan nyeri haid (dismenorea) setelah
penerapan dalam kurun satu siklus haid (time frame). Penggunaan PICOT non-intervensi juga dapat dilakukan
misalnya bagaimana ibu dengan postpartum (population) payudara terkena infeksi payudara (masalah yang menarik) atas kecakapannya memberikan Air Susu Ibu (hasil) saat bayi usia 7 hari. Hasil maupun asal bukti atau literature yang diperoleh akan berbeda apabila kita memakai pertanyaan-pertanyaan yang salah maka dapat

memperoleh ikhtisar yang berbeda dengan yang dibutuhkan.
3) Menemukan fakta-fakta yang terbaik.

Istilah kunci yang telah dirangkai dengan memakai PICO(T), di fungsikan guna mengawali penyelidikan data (evidence) yang unggul (terbaik). Yang dimaksud dengan bukti yang unggul yaitu diamati dari macam dan level dalam penelitian.
Beberapa tingkat penelitian yang dapat ditampilkan sebagai evidence atau bukti atau ciri yang unggul (terbaik) adalah meta-analysis dan systematic review. Terdapat lima jenjang yang dapat diambil sebagai bukti diantaranya:

a). Data dari analisis statistik atau tinjauan Pustaka sistematik.

b) Data desain Randomized Control Trial.

c). Data kasus control dan cohort study.

d). Data yang bermula pada deskripsi tunggal maupun studi mutu (qualitative).

e). Informasi berawal dari pendapat atau badan ahli

4) Melaksanakan evaluasi ciri atau data yang sudah diketahui.

Setelah mengetahui evidence atau bukti yang paling baik dan sebelum di terapkan ke pendidikan maupun ke dalam pelayanan klinis. Hal yang perlu dilakukan yaitu melaksanakan appraisal atau penilaian tentang evidence yang ditemukan tersebut. Untuk melaksanakan penilaian, beberapa hal yang harus ditinjau kembali antara lain :

a) “Evidence quality” merupakan bagaimana sebuah mutu bukti dari artikel, ketepatan jurnal atau keras dan dapat dipercaya.

b) “What is magnitude of effect?” Yang berarti “Seberapa penting dampaknya?”

c) “How pricise the estimate of effect?”, hal ini berarti “Seberapa tepat perkiraan efeknya?”

d) “Apakah evidence tersebut mempunyai efek samping ataukah keuntungan dalam penggunaannya?”

e) “Berapa biaya yang perlu disiapkan untuk
mengaplikasikan bukti?”

f) “Apakah bukti tersebut sesuai untuk kondisi atau fakta yang ada di praktek klinis?”

5) Memadukan data dengan ketrampilan klinis serta pilihan pasien untuk membuat keputusan klinis terbaik.

Sesuai dengan definisi dari Evidence Based Practice, untuk mengimplementasikan EBP ke dalam praktik klinis kita harus bisa mengintegrasikan bukti penelitian dengan informasi lainnya. Informasi itu dapat berasal dari keahlian dan pengetahuan yang kita miliki, ataukah dari pilihan dan nilai yang dimiliki oleh pasien. Selain itu juga, menambahkan penelitian kualitatif mengenai pengalaman atau perspektif pasien bisa menjadi dasar untuk mengurangi resiko kegagalan dalam melakukan intervensi terbaru. Setelah mempertimbangkan beberapa hal tersebut untuk membuat keputusan klinis yang tepat dan efektif untuk pasien. Evidence yang digunakan sangat mempengaruhi tingkat keberhasilan pelaksanaan proses
Evidence Based Practice serta tahap dari kecakapan dalam melewati setiap prosedur didalam Evidence Based Practice.

6) Evaluasi hasil setelah penerapan Evidence Based Practice pada perubahan praktek.

Evaluasi penerapan evidence based sungguh harus dikerjakan untuk memahami keefektifan dari evidence yang sudah diterapkan dalam penelitian, apakah terdapat perubahan yang terjadi dan perubahan tersebut telah sebanding dengan harapan hasilnya dan apakah evidence tersebut berakibat pada penambahan kualitas kesehatan pada pasien.

7) Membagikan hasil.

Terakhir dari tahapan pratik berbasis bukti yaitu menyebarkan produk. Apabila bukti yang diperoleh dapat
membuktikan bisa menyebabkan adanya peralihan dan memperoleh produk positif sehingga berguna dalam upaya disebarkan dan diperlukan.
7. evidence based dalam kebidanan
Penggunaan kebijakan dari bukti terbaik yang tersedia sehingga tenaga kesehatan
(Bidan) dan pasien mencapai keputusan yang terbaik, mengambil data yang diperlukan dan pada akhirnya dapat menilai pasien secara menyeluruh dalam memberikan pelayanan
kehamilan. Bidan Pasti dan selalu ingin memberikan asuhan yang terbaik dan efektif kepada kliennya Asuhan terbaik didapatkan dari bukti-bukti klinis yang terbaik, yang tersedia dan yang paling mutakhir Idealnya Bidan harusnya tahu asuhan seperti apa yang efektif yang harus diberikan dan dipraktekkan kepada kliennya Namun kenyataannya Masih banyak yang seharusnya harus sudah diketahui ternyata tidak diketahui oleh bidan dan bidan sering tidak mempraktekkan apa yang mereka ketahui sebagai bentuk asuhan
yang paling efektif
f. Hubungan ilmu humnaiora dalam konteks kebidanan

1. Bidan sebagai barisan pertama dalam masyarakat untuk menangani masalah kesehatan.

2. Bidan sebagai pelayan kesehatan yang menangani mempersiapkan kehamilan,menolong persalinan, nifas dan menyusui, masa interval dan pengaturan kesuburan,klimakterium dan menopause yang keseluruhan mencakup setengah dari masa kehidupan manusia.

3. Bidan merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat

4. Bidan sebagai komponen sosial di masyarakat

5. Bidan memiliki peluang besar dalam hal aborsi. pembatasan kelahiran yang hingga kini masih menjadi teka-teki masih kurang jelasnya status ilegal dari aborsi.

Hubungan Ilmu Spiritual Dalam Konteks Kebidanan

Asuhan kebidanan yang dilakukan secara holistik pada masa kehamilan berdampak positif pada hasil persalinan. Pengabaian terhadap aspek spiritual dapat menyebabkan klien akan mengalami tekanan secara spiritual. Dalam melakukan asuhan kebidanan yang holistik, pemenuhan kebutuhan spiritual klien dilakukan dengan pemberian spiritual care. Aspek penghormatan, menghargai martabat dan memberikan asuhan dengan penuh kasih sayang merupakan bagian dari asuhan ini.

Donia Baldacchino (2015) dalam publikasinya yang berjudul Spiritud Care Education of Health Care Professionais menyebutkan bahwa dalam memberikan spiritud core, tenaga kesehatan (bidan) berperan dalam upaya mengenali dan memenuhi kebutuhan spiritual klien dengan memperhatikan aspek penghormatan pada klien. Bidan juga berperan memfasilitasi klien dalam melakukan kegiatan ritual keagamaan. Selain itu, membangun komunikasi, memberikan perhatian, dukungan, menunjukkan empati, serta membantu klien untuk menemukan makna dan tujuan dari hidup, termasuk berkaitan dengan kondisi yang sedang mereka hadapi.

Spiritual care dapat membantu klien untuk dapat bersyukur dalam kehidupan mereka, mendapatkan ketenangan dalam diri, dan menemukan strategi dalam menghadapi rasa sakit maupun ketidaknyamanan yang dialami, baik dalam masa kehamilan, maupun persalinan. Selain itu, hal ini juga akan membantu klien dalam memperbaiki konsep diri bahwa kondisi sakit ataupun tidak nyaman yang dialami juga bentuk lain dari cinta yang diberikan oleh Tuhan.

Kehamilan dan persalinan merupakan peristiwa transformatif dalam kehidupan seorang wanita. Pemberian asuhan kebidanan dengan tidak mengabaikan aspek spiritual merupakan

hal yang sangat penting dalam menunjang kebutuhan klien. Ibu dan bayi yang sehat, fase tumbuh kembang anak yang sehat, serta menjadi manusia yang berhasil dan berkontribusi positif bagi masyarakat merupakan harapan bersama. Bidan sebagai tenaga kesehatan yang berperan dalam kesehatan ibu dan anak diharapkan agar dapat memberikan asuhan dengan pemahaman holistik terhadap wanita.

a. pengaruh

Pengaruh sosial budaya terhadap kesehatan masyarakat sangat signifikan dan mencakup berbagai aspek, mulai dari perilaku individu, pola hidup, hingga struktur sosial yang lebih luas. Faktor-faktor sosial budaya ini dapat mempengaruhi persepsi tentang kesehatan, pilihan gaya hidup, serta akses dan respons terhadap layanan kesehatan.

Berikut adalah beberapa pengaruh utama dari sosial budaya terhadap kesehatan masyarakat:

1. Norma dan Nilai BudayaPersepsi tentang penyakit dan kesehatan:

Setiap budaya memiliki pandangan berbeda mengenai apa yang dianggap sebagai kondisi kesehatan atau penyakit. Beberapa masyarakat mungkin menganggap penyakit tertentu sebagai hal yang biasa dan tidak memerlukan intervensi medis, sementara yang lain mungkin melihatnya sebagai tanda kelemahan atau kutukan.Praktik pengobatan tradisional: Di banyak budaya, praktik pengobatan tradisional masih menjadi pilihan utama sebelum mencari bantuan medis modern. Penggunaan tanaman obat, ritual, atau jasa dukun sering kali dipilih karena kepercayaan yang sudah mengakar.

2. Perilaku KesehatanKebiasaan makan:

Budaya sangat memengaruhi pola makan dan pilihan makanan. Misalnya, diet yang tinggi lemak jenuh atau rendah serat bisa lebih umum di beberapa budaya, yang dapat meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular dan diabetes.Aktivitas fisik: Budaya mempengaruhi kebiasaan aktivitas fisik. Beberapa masyarakat mendorong gaya hidup aktif, sementara yang lain mungkin lebih berfokus pada aktivitas pasif, yang bisa mempengaruhi prevalensi obesitas dan penyakit terkait lainnya.

3. Pengaruh Sosial dan Dukungan KomunitasDukungan sosial:

Komunitas dengan ikatan sosial yang kuat biasanya memiliki kesehatan mental dan fisik yang lebih baik karena adanya dukungan emosional dan bantuan dalam mengatasi masalah. Sebaliknya, isolasi sosial dapat meningkatkan risiko depresi dan gangguan kesehatan lainnya.Tekanan sosial: Budaya yang menempatkan tekanan besar pada kesuksesan ekonomi atau standar kecantikan tertentu dapat menyebabkan stres dan gangguan makan.

4. Akses terhadap Layanan KesehatanStigma dan diskriminasi:

Beberapa kelompok masyarakat mungkin menghadapi diskriminasi berdasarkan ras, etnis, agama, atau orientasi seksual, yang dapat mempengaruhi akses mereka terhadap layanan kesehatan. Stigma ini bisa menyebabkan orang enggan mencari bantuan medis, terutama untuk masalah kesehatan mental.Bahasa dan komunikasi: Hambatan bahasa dan perbedaan cara komunikasi dapat mempengaruhi efektivitas interaksi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan, serta pemahaman pasien tentang pentingnya pengobatan.

5. Faktor Sosio-ekonomiPendidikan:

Tingkat pendidikan mempengaruhi pemahaman seseorang terhadap informasi kesehatan, kemampuan dalam membuat keputusan terkait kesehatan, dan cara mengakses layanan kesehatan.Kemiskinan: Status ekonomi yang rendah sering kali dikaitkan dengan kondisi kesehatan yang buruk karena keterbatasan dalam akses ke layanan kesehatan, nutrisi yang memadai, dan lingkungan yang sehat.

6. Lingkungan dan Perilaku KolektifPerilaku merokok dan konsumsi alkohol:

Dalam beberapa budaya, merokok atau minum alkohol mungkin dianggap sebagai hal biasa atau tanda kedewasaan, yang bisa meningkatkan risiko masalah kesehatan kronis.Kebiasaan lingkungan: Pengelolaan limbah, kebiasaan mencuci tangan, dan praktik kebersihan lainnya sering kali dipengaruhi oleh norma budaya dan bisa berpengaruh langsung pada prevalensi penyakit menular.
b. aspek

Aspek sosial budaya memiliki pengaruh yang mendalam terhadap kesehatan ibu dan anak. Faktor-faktor ini mencakup berbagai norma, nilai, dan praktik yang memengaruhi perilaku kesehatan, pola pengasuhan, serta akses ke layanan kesehatan. Berikut adalah beberapa aspek sosial budaya yang relevan dalam konteks kesehatan ibu dan anak:

1. Norma Budaya dan Keyakinan TradisionalPersepsi tentang Kehamilan dan Kelahiran:

Dalam banyak budaya, kehamilan dan kelahiran dianggap sebagai proses alami yang tidak memerlukan intervensi medis kecuali dalam kondisi darurat. Hal ini dapat mempengaruhi keputusan ibu untuk tidak mengunjungi fasilitas kesehatan selama kehamilan atau memilih melahirkan di rumah dengan bantuan dukun beranak tradisional.Pantangan dan Ritual: Beberapa budaya memiliki pantangan khusus terkait makanan atau aktivitas yang boleh atau tidak boleh dilakukan selama kehamilan. Misalnya, ada keyakinan bahwa makan makanan tertentu dapat membahayakan janin, atau praktik tertentu dilakukan untuk melindungi ibu dan anak dari roh jahat.

2. Peran Gender dan Status PerempuanKewenangan Pengambilan Keputusan:

Dalam beberapa budaya, keputusan terkait kesehatan ibu dan anak sering kali diambil oleh suami atau anggota keluarga lainnya, bukan oleh ibu itu sendiri. Hal ini dapat menghambat akses ibu ke perawatan kesehatan yang diperlukan.Status Sosial dan Pendidikan: Status perempuan dalam masyarakat dan tingkat pendidikan mereka berpengaruh besar pada kesehatan ibu dan anak. Perempuan yang memiliki pendidikan lebih rendah atau status sosial rendah mungkin memiliki akses yang terbatas terhadap informasi kesehatan dan layanan kesehatan yang memadai.

3. Dukungan Keluarga dan KomunitasStruktur Keluarga:

Dalam budaya di mana keluarga besar tinggal bersama atau dekat, dukungan dari anggota keluarga lain dapat memberikan manfaat positif bagi kesehatan ibu dan anak. Namun, intervensi dari keluarga besar juga dapat menyebabkan stres atau membatasi otonomi ibu dalam mengambil keputusan tentang kesehatan mereka dan anak-anak mereka.Dukungan Komunitas: Komunitas yang solid dan mendukung dapat menyediakan jaringan sosial yang penting untuk kesehatan ibu dan anak, termasuk dukungan emosional, bantuan dalam perawatan anak, dan akses ke informasi kesehatan.

4. Praktik Pengasuhan AnakPola Asuh Tradisional:

Pola asuh anak sering kali didasarkan pada praktik budaya yang sudah lama dipegang. Misalnya, beberapa budaya mungkin menganjurkan menyusui secara eksklusif selama beberapa bulan pertama, sementara yang lain mungkin mengizinkan pemberian makanan padat lebih awal.Peran Perempuan sebagai Pengasuh Utama: Dalam banyak budaya, perempuan diharapkan menjadi pengasuh utama bagi anak-anak mereka, yang dapat mempengaruhi kesejahteraan fisik dan mental ibu, terutama jika mereka tidak mendapatkan dukungan yang memadai dari pasangan atau keluarga.

5. Akses terhadap Layanan KesehatanKetersediaan dan Keterjangkauan Layanan Kesehatan:

Faktor-faktor seperti jarak ke fasilitas kesehatan, biaya layanan, dan kualitas layanan dapat mempengaruhi keputusan ibu untuk mengakses perawatan prenatal dan postnatal. Di beberapa daerah, dukun beranak tradisional lebih mudah diakses daripada layanan kesehatan modern.Stigma dan Diskriminasi: Ibu dan anak dari kelompok minoritas atau yang tinggal di daerah terpencil mungkin menghadapi diskriminasi dalam mengakses layanan kesehatan, yang dapat menghambat mereka mendapatkan perawatan yang dibutuhkan.

6. Pendidikan dan Literasi KesehatanPendidikan Kesehatan Ibu:

Pendidikan mengenai pentingnya perawatan prenatal, imunisasi anak, dan nutrisi yang baik dapat meningkatkan hasil kesehatan bagi ibu dan anak. Literasi kesehatan yang rendah dapat menghambat pemahaman ibu tentang pentingnya perawatan kesehatan dan mempengaruhi perilaku pencarian perawatan mereka.Penyebaran Informasi Kesehatan: Metode komunikasi yang digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan harus disesuaikan dengan konteks budaya dan bahasa setempat untuk memastikan pemahaman yang baik.
c. kehamilan, persalinan, kematian ibu

Perspektif ilmu sosial budaya dan humaniora memberikan wawasan yang sangat penting dalam memahami kehamilan, persalinan, dan kematian ibu, khususnya dalam praktik kebidanan. Pendekatan ini menyoroti bahwa kehamilan dan kelahiran bukan hanya fenomena medis, tetapi juga peristiwa sosial, budaya, dan bahkan spiritual yang dipengaruhi oleh berbagai faktor konteks lokal dan global.

Berikut adalah beberapa perspektif penting dari ilmu sosial budaya dan humaniora terhadap kehamilan, persalinan, dan kematian ibu:

1. Kehamilan dan Kelahiran sebagai Pengalaman Sosial dan BudayaRitual dan Praktik Budaya:

Kehamilan dan persalinan seringkali dipandang sebagai peristiwa yang sangat penting dalam siklus hidup dan sering disertai dengan ritual budaya atau agama tertentu. Misalnya, beberapa masyarakat memiliki upacara khusus untuk merayakan kehamilan atau kelahiran anak, yang mencerminkan keyakinan dan nilai-nilai budaya tentang kehidupan dan kesuburan.

Peran Sosial Ibu: Dalam banyak budaya, menjadi ibu memberikan status sosial yang signifikan bagi perempuan. Peran ini sering kali dilihat sebagai pemenuhan fungsi utama perempuan dalam masyarakat. Hal ini memengaruhi harapan sosial dan pribadi tentang kehamilan dan melahirkan, termasuk tekanan untuk memiliki anak laki-laki atau perempuan.

Pengalaman Emosional dan Psikologis: Perspektif humaniora menekankan pentingnya pengalaman emosional dan psikologis ibu selama kehamilan dan persalinan. Perasaan cemas, gembira, atau takut adalah bagian dari proses ini, dan dukungan emosional dari keluarga dan penyedia layanan kesehatan sangat penting untuk kesejahteraan ibu.

2. Struktur Sosial dan Keadilan GenderKetidaksetaraan Gender:

Dalam banyak konteks, peran tradisional gender memengaruhi akses perempuan terhadap pendidikan dan sumber daya ekonomi, yang berdampak langsung pada kesehatan mereka selama kehamilan dan persalinan. Ketidaksetaraan ini dapat menyebabkan keterbatasan dalam

pengambilan keputusan terkait kesehatan dan kontrol terhadap tubuh mereka sendiri.

Dukungan Sosial: Struktur keluarga dan komunitas mempengaruhi sejauh mana seorang ibu menerima dukungan selama kehamilan dan persalinan. Dukungan sosial dari suami, keluarga, dan teman-teman dapat berkontribusi terhadap kesehatan ibu dan anak, sementara kurangnya dukungan dapat meningkatkan risiko komplikasi dan stres.

3. Norma dan Kepercayaan TradisionalKepercayaan tentang Penyebab dan Pencegahan Penyakit:

Kepercayaan tradisional mengenai penyebab penyakit dan cara pencegahannya dapat memengaruhi perilaku kesehatan ibu. Misalnya, beberapa komunitas mungkin percaya bahwa roh jahat dapat memengaruhi kehamilan dan kelahiran, sehingga mereka menggunakan amulet atau ritual tertentu untuk perlindungan.

Pantangan Makanan dan Aktivitas: Norma budaya sering menetapkan makanan atau aktivitas tertentu yang harus dihindari selama kehamilan. Beberapa pantangan ini mungkin bermanfaat, tetapi yang lain bisa merugikan, misalnya, pembatasan makanan bergizi yang penting untuk kesehatan ibu dan janin.

4. Kematian Ibu:isu Sosial dan Keadilan Kesehatan

Ketimpangan Sosial:

Perspektif sosial budaya menyoroti bahwa kematian ibu seringkali berkaitan dengan ketimpangan sosial, termasuk kemiskinan, akses terbatas ke layanan kesehatan, dan pendidikan rendah. Kematian ibu tidak hanya akibat masalah medis, tetapi juga kondisi sosial ekonomi yang lebih luas.

Akses ke Perawatan Kesehatan yang Berkualitas:

Di beberapa komunitas, akses ke layanan kesehatan berkualitas mungkin terbatas karena lokasi geografis, biaya, atau diskriminasi. Penyedia layanan kesehatan yang peka terhadap budaya dan sensitif gender dapat membantu mengurangi risiko kematian ibu.

5. Peran Kebidanan dalam Konteks Sosial Budaya

Dukun Beranak dan Praktik Kebidanan Tradisional:
Di banyak tempat, dukun beranak tradisional masih memainkan peran penting dalam persalinan, terutama di daerah pedesaan atau komunitas dengan akses terbatas ke layanan kesehatan modern. Praktik kebidanan ini sering kali dipandu oleh pengetahuan lokal dan

kepercayaan budaya yang sudah lama.

Integrasi Layanan Kesehatan Modern dan Tradisional:

Integrasi pendekatan kebidanan tradisional dengan layanan kesehatan modern dapat meningkatkan penerimaan dan efektivitas perawatan kesehatan ibu dan anak. Pendekatan yang peka budaya ini memastikan bahwa layanan kesehatan lebih dapat diterima oleh komunitas dan menghormati kepercayaan lokal.

e. tujuan pembangunan

Tujuan pembangunan bidang kesehatan masyarakat desa dalam kebidanan bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak serta mengurangi angka kematian ibu dan bayi di pedesaan. Fokus utama dari tujuan ini adalah untuk memastikan bahwa masyarakat desa, yang sering kali memiliki akses terbatas terhadap layanan kesehatan, dapat memperoleh perawatan yang memadai dan berkualitas selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Berikut adalah beberapa tujuan utama pembangunan bidang kesehatan masyarakat desa dalam kebidanan:

1. Mengurangi Angka Kematian Ibu dan Bayi

tujuan:
Meningkatkan akses dan kualitas layanan kebidanan untuk mengurangi risiko komplikasi selama kehamilan dan persalinan, serta mencegah kematian ibu dan bayi. Ini termasuk memastikan bahwa bidan terlatih tersedia di setiap desa dan dapat merespons kebutuhan darurat dengan cepat.

Strategi:
Mendirikan pusat kesehatan desa dengan fasilitas persalinan, meningkatkan jumlah dan kualitas bidan desa, serta menyediakan sistem rujukan yang efisien untuk kasus-kasus berisiko tinggi.

2. Peningkatan Akses terhadap Layanan Kesehatan Reproduksi yang Komprehensif

Tujuan:
Memberikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan berkualitas, termasuk perawatan prenatal, postnatal, pelayanan keluarga berencana, dan edukasi tentang kesehatan seksual dan reproduksi.

Strategi:
Menyediakan klinik kesehatan desa yang dilengkapi dengan layanan kebidanan dan kesehatan reproduksi, serta program pendidikan kesehatan yang ditargetkan untuk perempuan dan

remaja di pedesaan.

3. Meningkatkan Kualitas Pendidikan Kebidanan dan Kapasitas Bidan*

Tujuan:
Meningkatkan kompetensi bidan dan tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di pedesaan melalui pelatihan berkelanjutan dan pendidikan kebidanan yang relevan dengan kebutuhan lokal.

Strategi:
Menyediakan program pelatihan reguler bagi bidan desa, mengadopsi standar praktik kebidanan yang diakui secara internasional, dan mengintegrasikan pendekatan yang peka budaya dalam kurikulum pelatihan.

4. Memperkuat Sistem Rujukan Berjenjang

Tujuan: Mengembangkan sistem rujukan yang efisien dan efektif untuk menangani kasus-kasus persalinan berisiko tinggi dan komplikasi kesehatan ibu dan anak.

Strategi: Menghubungkan pusat kesehatan desa dengan rumah sakit yang lebih lengkap, memastikan ketersediaan transportasi darurat, dan melatih bidan untuk mengenali tanda-tanda bahaya serta merujuk pasien dengan cepat.

5. Pemberdayaan Perempuan dan Keterlibatan Komunitas*

Tujuan:
Meningkatkan partisipasi perempuan dan komunitas dalam program kesehatan ibu dan anak, serta memperkuat peran perempuan dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan.

Strategi: Menyelenggarakan program pemberdayaan yang mengedukasi perempuan tentang hak-hak kesehatan mereka, pentingnya perawatan prenatal, dan keluarga berencana. Mendorong keterlibatan tokoh masyarakat dan pemimpin desa untuk mendukung program kesehatan ibu dan anak.

6. Edukasi dan Penyuluhan Kesehatan

Tujuan:
Meningkatkan literasi kesehatan ibu dan keluarga mereka melalui penyuluhan tentang pentingnya perawatan prenatal, tanda-tanda bahaya kehamilan, dan praktik menyusui yang benar.

Strategi:
Melakukan kampanye kesehatan di tingkat desa, menyediakan materi edukasi yang mudah dipahami, dan memanfaatkan media lokal serta teknologi informasi untuk menyebarkan informasi kesehatan.

7. Meningkatkan Kesadaran tentang Kesehatan Mental Ibu

Tujuan:
Memastikan bahwa kesehatan mental ibu diperhatikan sebagai bagian integral dari layanan kesehatan ibu dan anak, termasuk pengenalan dini dan penanganan depresi postpartum.

Strategi:
Menyediakan pelatihan bagi bidan untuk mengenali tanda-tanda gangguan kesehatan mental, serta menyediakan layanan konseling dan dukungan yang diperlukan.

8. Promosi Gizi Seimbang dan Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil*

Tujuan:
Mengurangi prevalensi anemia dan malnutrisi pada ibu hamil yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin, serta meningkatkan status gizi secara keseluruhan.

Strategi:
Mengadakan program suplementasi zat besi dan vitamin, kampanye edukasi tentang pentingnya nutrisi selama kehamilan, dan menyediakan akses ke makanan bergizi melalui program bantuan pangan di desa.

9.Penguatan Kebijakan dan Sistem Pengelolaan Kesehatan Ibu dan Anak

Tujuan:
Membangun kebijakan yang mendukung layanan kesehatan ibu dan anak yang berkelanjutan dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat desa.

Strategi: Mengembangkan kebijakan kesehatan yang inklusif, memperkuat pengawasan dan evaluasi program kesehatan ibu dan anak, serta melibatkan masyarakat dalam perencanaan dan implementasi kebijakan kesehatan.

BAB XV
ILMU SOSIAL BUDAYA DAN HUMANIORA DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

a. Aspek Sosial Budaya Yang Berkaitan Dengan Praperkawinan

Masa pra perkawinan adalah suatu masa pemilihan pasangan dengan matang untuk mempersiapkan diri ke jenjang perkawinan. Proses pemilihan pasangan bukan hal yang mudah,karena banyanya aspek yang harus diperhatikan oleh kedua belah pihak. Terlebih pada masa sekarang banyak yang sudah tidak lagi mengindahkan norma-norma agama, serta pergaulan yang sudah melampaui batas kewajaran. Sehingga mempengaruhi pola pikir serta gaya hidup yang serba bebas, seperti free sex yang sudah menjadi hal lumrah dilakukan oleh remaja zaman sekarang ini.

Pelaksanaan pemeriksaan pelayanan kesehatan pra perkawinan terutama kebidanan diawali dengan menjalankan

pre marital check up (pemeriksaan kesehatan pra nikah para calon ibu). Merupakan sebuah tindakan pencegahan yang wajib dilakukan untuk mencegah terjadinya permasalahan kesehatanpada diri sendiri, pasangan, maupun keturunan ke depannya.

b. Aspek Sosial Budaya Yang Berkaitan Dengan Kehamilan

Sosial dan budaya kehamilan merupakan faktor tidak langsung penyumbang angka kematian ibu. Tingkat kurangnya pengetahuan ibu hamil juga menjadi faktor lainnya.

1. Trimester I (minggu 1 - 12)Pada masa ini biasanya ibu hamil mash bertanya-tanya, apakah benar telah hamil? Tanda-tanda kehamilan awal seperti mual dan muntah karena perubahan hormon terjadi di trimester ini. Perubahan kebiasaan seperti merokok, minum alkohol, harus dihentikan dimasa ini.Mulailah minum susu khusus ibu hamil sejak awal kehamilan.
2. Trimester II (13 - 28)Mual dan muntah mulai menghilang. Bayi berkembang pesat pada masa ini dan mulai bergerak. Olah raga ringan, menjaga kebersihan dan diet ibu hamil diperlukan dimasa ini.

3. Trimester III (29 - kelahiran)Tubuh ibu hamil makin terlihat membesar. Kadang ibu hamil harus berlatih menarik napas dalam untuk memberikan oksigen yang cukup ke bayi. Ibu hamil perlu istirahat yang cukup, jangan berdiri lama-lama dan jangan mengangkat barang berat pada masa ini.

c. Aspek Sosial Budaya Yang Berkaitan Dengan Kelahiran, Nifas Dan Bayi Baru Lahir.

Aspek sosial budaya yang berkaitan dengan bayi baru lahir dan perawatan pada bayi baru lahir merupakan faktor yang menentukan

tingkat kesehatan bayi tersebut, terutama

perkembangan dan pertumbuhan bayi. Perawatan yang benar serta sesuai dengan standar kesehatan pada dasarnya sangat diperlukan. Namun, pada kenyataannya masyarakat masih mempercayai mitos-mitos yang kebenarannya kadang tidak masuk akal bahkan ada yang berbahaya bagi kesehatan ibu dan anak. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang perawatan bayi baru lahir.

Perilaku, kebiasaan,dan adat istiadat yang merugikan

seperti misalnya:

1. Ibu hamil dilarang tidur siang karena takut bayinya besar dan sulit melahirkan,
2. Ibu menyusui dilarang makan makanan yang asin misalnya: ikan asin, telur asin karena bisamembuat ASI jadi asin
3. Ibu habis melahirkan dilarang tidur siang
4. Bayi berusia 1 minggu sudah boleh diberikan nasi atau pisang agar mekoniumnya cepat keluar,
5. Ibu post partum harus tidur dengan posisi duduk atau setengah duduk karena takut darah kotor naik ke mata.
6. Ibu yang mengalami kesulitan dalam melahirkan,rambutnya harus diuraikan dan persalinanyang dilakukan di lantai, diharapkan ibu dapat dengan mudah melahirkan.
7. Bayi baru lahir yang sedang tidur harus ditemani dengan benda-benda tajam.

1.etnik

a. pengertian etnik

etnik atau suku diartikan sebagai suatu kesatuan sosial yang bisa membedakan kesatuan berdasarkan persamaan asal-usul wilayah seseorang. Jadi hal tersebut bisa diklasifikasikan sesuai dengan arti kelompok sosial yang serupa berdasarkan status kelompok ataupun golongan.

b.etik di indonesia

Secara spesifik pengertian etika adalah ilmu tentang sikap dan kesusilaan individu dalam suatu lingkungan sosial, yang penuh dengan aturan dan prinsip tentang apa yang dianggap sebagai

perilaku yang benar.

2. gender dan tipe keluarga

a. Salah satu permasalahan gender yang paling menonjol di Indonesia adalah kesenjangan gender di bidang pendidikan. Angka partisipasi sekolah (APS) perempuan lebih rendah daripada laki-laki, terutama di daerah pedesaan. Selain itu, angka putus sekolah perempuan juga lebih tinggi daripada laki-laki.

b. Kesetaraan gender akan memperkuat kemampuan negara untuk berkembang, mengurangi kemiskinan, dan memerintah secara efektif.

c.Gender muncul akibat pengaruh sosial budaya dan kebiasaan-kebiasaan yang berkembang dalam masyarakat setempat. Perbedaan peran dan perilaku antara laki-laki dan perempuan dapat disebabkan oleh beberapa hal, seperti sosialisasi, budaya yang berlaku, serta kebiasaan yang ada.

BAB
XVI

3. Moralitas Penting dalam Lingkungan Multikultur?

Mencegah konflik: Perbedaan budaya dapat menjadi sumber konflik jika tidak dikelola dengan baik. Moralitas yang kuat membantu individu untuk saling menghormati dan menghargai perbedaan.

* Meningkatkan kerjasama: Moralitas mendorong kerjasama tim yang efektif, di mana individu dari berbagai latar belakang budaya dapat bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama.
* Membangun kepercayaan: Moralitas yang tinggi membangun kepercayaan di antara anggota tim, yang penting untuk membangun hubungan kerja yang positif.
* Menciptakan lingkungan kerja yang inklusif: Dengan menjunjung tinggi nilai-nilai moral, lingkungan kerja menjadi lebih inklusif dan semua orang merasa dihargai.

Prinsip-prinsip Moral dalam Lingkungan Multikultur

* Respek terhadap perbedaan: Menerima dan menghargai perbedaan budaya, keyakinan, dan nilai-nilai.
* Toleransi: Mampu hidup berdampingan dengan orang yang berbeda pendapat dan keyakinan.
* Keadilan: Memperlakukan semua orang secara adil dan tanpa diskriminasi.
* Integritas: Bertindak jujur dan konsisten dengan nilai-nilai yang diyakini.
* Empati: Mampu memahami perspektif orang lain dan merasakan apa yang mereka rasakan.
* Komunikasi yang efektif: Menggunakan bahasa yang sopan dan menghindari stereotipe.

Tantangan dalam Menerapkan Moralitas di Lingkungan Multikultur

* Prasangka dan stereotip: Prasangka dan stereotip dapat menghambat kerjasama dan menciptakan lingkungan kerja yang tidak nyaman.
* Konflik nilai: Perbedaan nilai antara individu dapat memicu konflik.
* Miskomunikasi: Perbedaan budaya dapat menyebabkan miskomunikasi dan kesalahpahaman.

Strategi untuk Meningkatkan Moralitas di Lingkungan Multikultur

* Pendidikan: Melakukan pelatihan dan pendidikan tentang keragaman budaya dan pentingnya toleransi.
* Dialog terbuka: Membuka ruang untuk dialog terbuka dan jujur tentang perbedaan budaya.
* Kerjasama tim: Membangun kegiatan tim yang mendorong kerjasama dan saling pengertian.
* Kepemimpinan yang kuat: Pemimpin harus menjadi role model dalam menunjukkan perilaku yang etis dan menghormati keberagaman.
* Penegakan aturan: Menetapkan aturan yang jelas dan konsisten untuk semua anggota tim.

4.

a. Pengertian Kebudayaan

Kebudayaan adalah keseluruhan sistem gagasan, tindakan, dan hasil karya manusia dalam rangka berinteraksi dengan alam sekitarnya. Kebudayaan mencakup nilai-nilai, norma, kepercayaan, bahasa, seni, dan berbagai aspek kehidupan lainnya yang diwariskan dari generasi ke generasi.

b. Ruang Lingkup Kebudayaan

Ruang lingkup kebudayaan sangat luas dan mencakup berbagai aspek kehidupan, antara lain:

* Nilai-nilai: Prinsip-prinsip yang dianggap penting dan benar dalam suatu masyarakat.
* Norma: Aturan-aturan yang mengatur perilaku individu dalam masyarakat.
* Kepercayaan: Keyakinan terhadap hal-hal yang bersifat gaib atau supranatural.
* Bahasa: Sistem lambang bunyi yang digunakan untuk berkomunikasi.
* Seni: Ekspresi keindahan melalui berbagai bentuk, seperti musik, tari, dan lukis.
* Teknologi: Alat-alat dan cara-cara yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup.
* Sistem sosial: Struktur sosial, organisasi masyarakat, dan hubungan antar individu.

c. Kebudayaan dan Unsur-unsurnya

Unsur-unsur kebudayaan saling berkaitan dan membentuk suatu sistem yang utuh. Unsur-unsur tersebut antara lain:

* Unsur ideal: Gagasan-gagasan abstrak seperti nilai, norma, dan kepercayaan.
* Unsur sosial: Pola interaksi sosial, lembaga sosial, dan organisasi masyarakat.
* Unsur fisik: Benda-benda hasil karya manusia yang berwujud fisik.

d. Pengaruh Sosial Budaya terhadap Asuhan Kebidanan

Sosial budaya memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap asuhan kebidanan. Beberapa contoh pengaruhnya adalah:

* Persepsi tentang kesehatan: Persepsi masyarakat tentang kesehatan, penyakit, dan penyebabnya dapat mempengaruhi cara mereka mencari perawatan.
* Praktik pengobatan tradisional: Banyak masyarakat memiliki praktik pengobatan tradisional yang dapat memengaruhi keputusan mereka dalam memilih pelayanan kesehatan.

* Peran gender: Peran gender yang dianut dalam suatu masyarakat dapat mempengaruhi akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi.
* Nilai-nilai budaya: Nilai-nilai budaya dapat memengaruhi sikap dan perilaku tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan.

e. Pengaruh Individu terhadap Kebudayaan dan Masyarakat
Individu juga memiliki pengaruh terhadap kebudayaan dan masyarakat. Beberapa contohnya adalah:
* Inovasi: Individu dapat menciptakan ide-ide baru dan mengubah cara masyarakat berpikir dan bertindak.
* Gerakan sosial: Individu dapat menjadi penggerak perubahan sosial melalui gerakan-gerakan yang mereka inisiasi.

* Pengaruh tokoh panutan: Tokoh panutan dapat memengaruhi nilai-nilai dan perilaku masyarakat.
Praktik Kebidanan yang Sensitif Budaya
Praktik kebidanan yang sensitif budaya adalah praktik kebidanan yang mempertimbangkan dan menghormati nilai-nilai, kepercayaan, dan praktik budaya yang dianut oleh klien. Hal ini penting untuk dilakukan agar dapat memberikan pelayanan yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan klien.

Prinsip-prinsip Praktik Kebidanan yang Sensitif Budaya:
* Kesadaran akan keragaman budaya: Tenaga kesehatan harus menyadari bahwa setiap individu memiliki latar belakang budaya yang berbeda.
* Komunikasi yang efektif: Tenaga kesehatan harus mampu berkomunikasi dengan klien secara efektif, dengan mempertimbangkan perbedaan budaya.
* Respek terhadap nilai dan kepercayaan klien: Tenaga kesehatan harus menghormati nilai-nilai dan kepercayaan klien, meskipun berbeda dengan nilai-nilai yang dianutnya sendiri.
* Kolaborasi dengan komunitas: Tenaga kesehatan harus bekerja sama dengan komunitas untuk memahami kebutuhan dan harapan klien.
* Adaptasi pelayanan: Tenaga kesehatan harus mampu menyesuaikan pelayanannya dengan kebutuhan dan preferensi klien, dengan tetap memperhatikan standar pelayanan kesehatan.

Contoh Penerapan Praktik Kebidanan yang Sensitif Budaya:
* Memberikan informasi kesehatan dalam bahasa yang mudah dimengerti oleh klien.
* Menghormati praktik pengobatan tradisional yang tidak membahayakan.
* Melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait perawatan.
* Menyediakan ruang privasi yang sesuai dengan adat istiadat setempat.

Dengan menerapkan praktik kebidanan yang sensitif budaya, diharapkan dapat meningkatkan

kualitas pelayanan kesehatan, meningkatkan kepuasan klien, dan memperkuat hubungan antara tenaga kesehatan dan masyarakat.

5.
Perubahan dan Dinamika dalam Praktik Kebidanan.
a. Pengertian Perubahan dan Dinamika dalam Praktik Kebidanan.
Perubahan dan dinamika dalam praktik kebidanan merujuk pada evolusi serta adaptasi yang terus-menerus dalam cara memberikan pelayanan kebidanan. Hal ini mencakup perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, kebijakan kesehatan, serta perubahan sosial budaya yang memengaruhi cara bidan bekerja. Dinamika ini menuntut bidan untuk selalu belajar dan beradaptasi agar dapat memberikan pelayanan yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan klien.

b. Perubahan dan Dinamika dalam Praktik Kebidanan
Beberapa faktor yang mendorong perubahan dan dinamika dalam praktik kebidanan antara lain:
* Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi: Penemuan obat-obatan baru, alat-alat medis yang canggih, serta kemajuan dalam bidang genetika dan biologi molekuler telah mengubah cara penanganan kehamilan, persalinan, dan nifas.
* Perubahan kebijakan kesehatan: Kebijakan pemerintah terkait kesehatan reproduksi, persalinan, dan bayi baru lahir dapat memengaruhi praktik kebidanan.
* Perubahan sosial budaya: Perubahan dalam nilai-nilai, norma, dan harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan juga memengaruhi praktik kebidanan.
* Peran perempuan: Perubahan peran perempuan dalam masyarakat, termasuk peningkatan partisipasi perempuan dalam dunia kerja, juga berdampak pada kebutuhan akan pelayanan kebidanan.

c. Budaya dalam Praktik Kebidanan (Normality, safety, empowering, caring, respect)
Budaya dalam praktik kebidanan adalah seperangkat nilai, norma, dan asumsi yang dianut oleh para tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan. Budaya ini sangat penting karena dapat memengaruhi kualitas dan keamanan pelayanan yang diberikan.

Beberapa nilai penting dalam praktik kebidanan yang sensitif budaya adalah:
* Normality: Menerima kehamilan dan persalinan sebagai proses fisiologis yang normal.
* Safety: Menempatkan keselamatan ibu dan bayi sebagai prioritas utama.
* Empowering: Memberdayakan perempuan untuk membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya sendiri.
* Caring: Memberikan perawatan yang penuh kasih sayang dan empati.
* Respect: Menghormati keanekaragaman budaya, keyakinan, dan nilai-nilai klien.

Hubungan antara perubahan dan dinamika dalam praktik kebidanan dengan budaya:
Perubahan dan dinamika dalam praktik kebidanan harus selalu sejalan dengan nilai-nilai budaya yang dianut. Misalnya, dalam menerapkan teknologi baru, bidan harus tetap memperhatikan aspek kemanusiaan dan memberikan pelayanan yang berpusat pada klien. Selain itu, bidan juga perlu beradaptasi dengan perubahan sosial budaya agar dapat memberikan pelayanan yang relevan dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Contoh penerapan nilai-nilai budaya dalam praktik kebidanan:
* Normality: Mendorong persalinan normal dan menghindari tindakan medis yang tidak perlu.
* Safety: Melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin dan memberikan konseling tentang tanda bahaya kehamilan.
* Empowering: Memberikan informasi yang lengkap kepada klien agar mereka dapat membuat keputusan yang tepat tentang kesehatan reproduksinya.
* Caring: Mendengarkan keluhan dan memberikan dukungan emosional kepada klien.
* Respect: Menghormati pilihan klien dalam hal persalinan, misalnya pilihan untuk melahirkan secara normal atau dengan operasi caesar.

Tantangan dalam menerapkan praktik kebidanan yang sensitif budaya:
* Perbedaan budaya: Setiap masyarakat memiliki budaya yang berbeda-beda, sehingga sulit untuk menerapkan satu pendekatan yang sama untuk semua klien.
* Tekanan waktu: Tekanan kerja yang tinggi dapat membuat bidan sulit untuk memberikan waktu yang cukup untuk setiap klien.
* Kurangnya sumber daya: Keterbatasan sumber daya dapat menghambat upaya untuk memberikan pelayanan yang berkualitas.

1.
Memahami perempuan secara komprehensif membutuhkan pendekatan yang menyeluruh, tidak hanya dari satu sudut pandang, tetapi dari berbagai perspektif. Dengan demikian, kita dapat memperoleh gambaran yang lebih utuh dan kompleks tentang siapa perempuan itu, peran mereka dalam masyarakat, serta tantangan yang mereka hadapi.
Mengapa Multiperspektif?
* Kompleksitas identitas: Perempuan bukanlah kelompok yang homogen. Identitas perempuan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti ras, etnis, kelas sosial, orientasi seksual, disabilitas, dan lain-lain.
* Beragam peran: Perempuan memiliki beragam peran dalam kehidupan, mulai dari ibu, pekerja, aktivis, hingga pemimpin.
* Konteks sosial budaya yang berbeda: Peran dan status perempuan sangat dipengaruhi oleh konteks sosial budaya yang berbeda-beda.

Perspektif-Perspektif dalam Kajian Perempuan

* Biologi: Melihat perbedaan fisik antara laki-laki dan perempuan, peran biologis dalam reproduksi, serta pengaruh hormon pada perilaku dan kesehatan.
* Psikologi: Mempelajari perkembangan psikologis perempuan, emosi, kepribadian, dan bagaimana perempuan berinteraksi dengan lingkungan sosial.
* Sosiologi: Menganalisis konstruksi sosial gender, peran gender yang diharapkan dalam masyarakat, serta pengaruh budaya terhadap pengalaman hidup perempuan.
* Antropologi: Mempelajari keragaman budaya dan bagaimana budaya membentuk pemahaman tentang gender dan peran perempuan.
* Sejarah: Menganalisis bagaimana peran dan status perempuan berubah seiring dengan berjalannya waktu.
* Ekonomi: Membahas partisipasi perempuan dalam ekonomi, kesenjangan gender dalam pekerjaan, serta dampak kebijakan ekonomi terhadap perempuan.
* Politik: Mempelajari representasi perempuan dalam politik, partisipasi politik perempuan, serta kebijakan yang berdampak pada perempuan.
* Hukum: Menganalisis bagaimana hukum mengatur hubungan gender dan melindungi hak-hak perempuan.
* Agama: Menyelidiki pandangan agama terhadap perempuan, peran perempuan dalam agama, serta bagaimana agama membentuk identitas dan nilai-nilai perempuan.

Contoh Kajian Multiperspektif

* Pengalaman perempuan bekerja: Kajian ini dapat melihat aspek biologis (misalnya, dampak menstruasi pada produktivitas), psikologis (misalnya, tekanan kerja dan keseimbangan kerja-keluarga), sosial budaya (misalnya, diskriminasi gender di tempat kerja), ekonomi (misalnya, kesenjangan upah), dan politik (misalnya, kebijakan cuti melahirkan).
* Kekerasan terhadap perempuan: Kajian ini dapat melihat aspek sosiologis (misalnya, norma sosial yang membenarkan kekerasan), psikologis (misalnya, dampak psikologis kekerasan), hukum (misalnya, kelemahan dalam sistem hukum), dan politik (misalnya, kebijakan pemerintah dalam pencegahan kekerasan).

Tujuan Kajian Multiperspektif

* Memahami kompleksitas: Memahami bahwa pengalaman perempuan sangat beragam dan dipengaruhi oleh banyak faktor.
* Mengatasi bias: Menghindari generalisasi yang terlalu sederhana dan mengatasi bias yang seringkali muncul dalam kajian tentang perempuan.
* Merancang solusi yang lebih baik: Merancang kebijakan dan program yang lebih efektif untuk mengatasi masalah yang dihadapi perempuan.

Implikasi untuk Perubahan Sosial

Dengan memahami perempuan secara multiperspektif, kita dapat:

* Membangun kebijakan yang lebih inklusif: Kebijakan yang mempertimbangkan kebutuhan

dan perspektif perempuan.
* Mendorong kesetaraan gender: Menghapus diskriminasi gender dan menciptakan masyarakat yang lebih adil.
* Memberdayakan perempuan: Memberikan perempuan kesempatan untuk berpartisipasi penuh dalam kehidupan masyarakat.

Kesimpulan
Pengenalan perempuan dalam kajian multiperspektif adalah upaya untuk memahami perempuan secara utuh dan kompleks. Dengan pendekatan ini, kita dapat membangun dunia yang lebih adil dan setara bagi semua orang.

2.
Hak-Hak Perempuan dan Anak: Dasar Hukum dan Implementasi
Hak-hak perempuan dan anak merupakan landasan penting dalam membangun masyarakat yang adil dan sejahtera. Baik perempuan maupun anak memiliki hak-hak dasar yang perlu dilindungi dan dipenuhi.

1. Hak-Hak Perempuan
Perempuan memiliki hak yang sama dengan laki-laki dalam segala aspek kehidupan. Beberapa hak dasar perempuan meliputi:
* Hak atas kehidupan: Setiap perempuan berhak untuk hidup dan bebas dari segala bentuk kekerasan.
* Hak atas kesehatan: Perempuan berhak atas akses yang sama terhadap layanan kesehatan reproduksi, termasuk kontrasepsi dan pelayanan persalinan yang aman.
* Hak atas pendidikan: Perempuan berhak atas pendidikan yang berkualitas dan setara dengan laki-laki.
* Hak atas pekerjaan: Perempuan berhak atas pekerjaan yang layak, tanpa diskriminasi gender, dan mendapatkan upah yang sama untuk pekerjaan yang sama.
* Hak untuk tidak didiskriminasi: Perempuan berhak untuk tidak didiskriminasi dalam segala bentuk, baik di rumah, tempat kerja, maupun dalam kehidupan publik.
* Hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan: Perempuan berhak untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan di semua tingkatan.

2. Hak-Hak Anak
Anak memiliki hak untuk tumbuh kembang secara optimal dalam lingkungan yang aman dan mendukung. Beberapa hak dasar anak meliputi:
* Hak untuk hidup: Setiap anak berhak untuk hidup dan berkembang secara sehat.
* Hak untuk dilindungi: Anak berhak untuk dilindungi dari segala bentuk kekerasan, eksploitasi, dan penelantaran.

* Hak untuk berkembang: Anak berhak untuk berkembang secara fisik, mental, sosial, dan spiritual.
* Hak untuk berpartisipasi: Anak berhak untuk berpartisipasi dalam kehidupan keluarga dan masyarakat.
* Hak untuk mendapatkan pendidikan: Anak berhak atas pendidikan yang berkualitas dan gratis.

Dasar Hukum Hak-Hak Perempuan dan Anak

* Undang-Undang Dasar 1945: Menjamin hak asasi manusia bagi seluruh warga negara Indonesia, termasuk perempuan dan anak.
* Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW): Suatu perjanjian internasional yang mengikat negara-negara untuk mengambil langkah-langkah menghapus diskriminasi terhadap perempuan.
* Konvensi Hak Anak: Suatu perjanjian internasional yang mengikat negara-negara untuk melindungi hak-hak anak.
* Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak: Mengatur berbagai aspek perlindungan anak di Indonesia.
* Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia: Menetapkan berbagai hak asasi manusia, termasuk hak perempuan dan anak.

Tantangan dan Upaya yang Dilakukan

Meskipun terdapat berbagai peraturan perundang-undangan yang melindungi hak-hak perempuan dan anak, masih banyak tantangan yang harus dihadapi, seperti:

* Diskriminasi gender: Perempuan masih sering mengalami diskriminasi dalam berbagai aspek kehidupan.
* Kekerasan terhadap perempuan dan anak: Kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan seksual, dan eksploitasi anak masih menjadi masalah serius.
* Perkawinan anak: Perkawinan anak masih terjadi di beberapa daerah di Indonesia.

Untuk mengatasi tantangan tersebut, berbagai upaya telah dilakukan, antara lain:

* Peningkatan kesadaran: Melalui kampanye dan edukasi, masyarakat diharapkan lebih sadar akan pentingnya melindungi hak-hak perempuan dan anak.
* Penguatan penegakan hukum: Penegakan hukum terhadap pelaku kekerasan terhadap perempuan dan anak harus diperkuat.
* Peningkatan akses terhadap layanan: Perempuan dan anak harus memiliki akses yang mudah terhadap layanan kesehatan, pendidikan, dan perlindungan sosial.
* Keterlibatan masyarakat: Masyarakat harus berperan aktif dalam melindungi hak-hak perempuan dan anak di lingkungannya.

3.

Perempuan memiliki peran yang sangat penting dalam membentuk dan mewarnai kehidupan manusia. Namun, peran dan status mereka seringkali dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial, budaya, ekonomi, dan politik yang berlaku pada suatu waktu dan tempat tertentu.

1. Dalam Keluarga:
   * Pengasuhan anak: Perempuan sering kali menjadi pengasuh utama anak-anak, membentuk karakter dan nilai-nilai sejak dini.
   * Pengelola rumah tangga: Banyak budaya menempatkan perempuan sebagai pengelola rumah tangga, mengurus kebutuhan sehari-hari keluarga.
   * Penjaga hubungan sosial: Perempuan sering kali berperan penting dalam menjaga hubungan sosial keluarga dengan lingkungan sekitar.

2. Dalam Masyarakat:
   * Kontributor ekonomi: Perempuan semakin banyak berkontribusi dalam perekonomian, baik sebagai pekerja formal maupun informal.
   * Pelaku budaya: Perempuan berperan penting dalam melestarikan dan mengembangkan budaya masyarakat.
   * Agen perubahan sosial: Perempuan telah menjadi tokoh penting dalam berbagai gerakan sosial, memperjuangkan kesetaraan gender dan hak-hak perempuan.

3. Dalam Negara:
   * Pemimpin politik: Semakin banyak perempuan yang menduduki posisi kepemimpinan politik, baik di tingkat lokal maupun nasional.
   * Partisipasi politik: Perempuan memiliki hak untuk berpartisipasi dalam proses politik, memilih dan dipilih.
   * Agen pembangunan: Perempuan berperan penting dalam pembangunan berkelanjutan, terutama dalam bidang kesehatan, pendidikan, dan pemberdayaan masyarakat.

4. Dalam Membangun Peradaban Manusia:
   * Inovator: Perempuan telah memberikan kontribusi yang signifikan dalam berbagai bidang, termasuk sains, teknologi, dan seni.
   * Pelopor perdamaian: Perempuan sering kali menjadi tokoh sentral dalam upaya membangun perdamaian dan menyelesaikan konflik.
   * Pembela hak asasi manusia: Perempuan memperjuangkan hak-hak semua orang, tanpa memandang gender, ras, atau agama.

Tantangan yang Dihadapi Perempuan

Meskipun peran perempuan semakin diakui, mereka masih menghadapi berbagai tantangan, seperti:

* Diskriminasi gender: Perempuan sering kali mengalami diskriminasi dalam berbagai aspek kehidupan, termasuk dalam kesempatan kerja, akses pendidikan, dan pengambilan keputusan.
* Kekerasan terhadap perempuan: Kekerasan terhadap perempuan masih menjadi masalah serius di banyak negara.
* Stereotipe gender: Anggapan bahwa perempuan hanya cocok untuk pekerjaan tertentu atau

memiliki peran tertentu dalam keluarga masih sering ditemukan.

Upaya untuk Memperdaya Perempuan

Untuk mengatasi tantangan tersebut, berbagai upaya perlu dilakukan, antara lain:

* Pendidikan: Memberikan akses pendidikan yang setara bagi perempuan.
* Penguatan ekonomi: Memberdayakan perempuan secara ekonomi melalui pelatihan keterampilan dan akses modal.
* Perubahan hukum dan kebijakan: Membuat kebijakan yang lebih inklusif dan melindungi hak-hak perempuan.
* Peningkatan kesadaran: Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesetaraan gender.

BAB XVII

Pertama, pemerintah perlu aktif meningkatkan kesadaran gender di kalangan elite politik dan

aparat negara. Penghambat utama kesadaran gender di level negara adalah pola pikir patriarki atau maskulin yang berkembang di kalangan elite politik dan aparat pemerintah.
Kedua, pemerintah juga harus memperbanyak hukum dan peraturan yang pro kesetaraan gender untuk mewujudkan hubungan gender yang berkeadilan. Di sisi lain, masyarakat perlu secara berkesinambungan menyuarakan dan mendesak pemerintah untuk lebih peduli pada persoalan gender.
Terakhir, masyarakat juga perlu menyelenggarakan pendidikan dan/atau kegiatan lainnya yang dapat meningkatkan kesadaran gender anggota masyarakat lainnya.

Multidimensi berasal dari kata "multi" yang berarti banyak dan "dimensi" berarti sudut pandang. Jadi, pendekatan multidimensional adalah pendekatan dengan menggunakan berbagai macam sudut pandang. Menurut Prof. Sartono Kartodirdjo, pendekatan multidimensional adalah suatu pendekatan dengan menggunakan bantuan konsep-konsep dan teori-teori dari berbagai cabang ilmu sosial untuk menganalisis peristiwa masa lampau.yang berarti kekuatan atau kemampuan. Maka pemberdayaan dimaknai sebagai proses untuk memperoleh daya, kekuatan atau kemampuan, dan atau pemberian daya, kekuatan atau kemampuan dari pihak yang memiliki daya kepada pihak yang kurang atau belum mempunyai daya bahwa pemberdayaan perempuan adalah upaya memampukan perempuan untuk memperoleh akses dan kontrol terhadap sumberdaya, ekonomi, politik, sosial, budaya, agar perempuan dapat mengatur diri dan meningkatkan rasa percaya diri untuk mampu berperan dan berpartisipasi aktif dalam memecahkan masalah, sehingga mampu membangun kemampuan dan konsep diri.
Seks adalah pembagian dua jenis kelamin, yakni laki-laki dan perempuan, yang ditentukan secara biologis. Seks juga berkaitan dengan karakter dasar fisik dan fungsi manusia, mulai dari kromosom, kadar hormon, dan bentuk organ reproduksi.
gender adalah persepsi masyarakat yang secara sosial telah dibangun dan mengacu pada peran, perilaku, dan identitas seseorang. Dalam hal ini, gender seseorang tidak ditentukan berdasarkan jenis kelaminnya.
Keduanya memiliki hubungan dengan jenis kelamin. Akan tetapi, seks bersifat mutlak, sementara gender cenderung tidak. Seks adalah perbedaan biologis seorang laki-laki dan perempuan yang sudah dibawa sejak lahir. Sedangkan, gender adalah karakteristik laki-laki dan perempuan yang dibentuk dan dibangun dalam lingkungan sekitar atau masyarakat.
Teori-Teori Gender

Perspektif keadilan gender ini seringkali digunakan untuk pemberdayaan kaum perempuan. Bersamaan dengan itu, tumbuh kajian-kajian tentang feminisme yang kompleks, sekompleks persoalan ketidakadilan yang menimpa kaum perempuan. Dikalangan Islam muncul feminisme Islam yang memandang penting perlunya perspektif gender dalam Islamic Studies, termasuk dalam studi Fikih. Untuk menjelaskan konsep perbedaan gender antara laki-laki dan perempuan, paling tidak ada tiga teori yaitu, teori feminisme, teori konflik dan teori sosiologi.

Penjelasan teori masing-masing adalah sebagai berikut:

a) Teori-Teori Feminis

b) Teori Konflik

Teori ini identik dengan teori marxis

c) Teori Konstruksi Sosial Peter L. Berger

Budaya memiliki efek mendalam pada perilaku, nilai, identitas, peran yang berhubungan dengan gender, dan bagaimana hal-hal ini dipandang dalam berbagai konteks sosial. Budaya mengatur sosialisasi anak-anak, tugas-tugas yang diajarkan kepada anak-anak, peran yang diadopsi oleh pria dan wanita dewasa, dan harapan yang mengatur sikap dan perilaku wanita dan pria. Budaya menyediakan konteks di mana peran gender, identitas, dan stereotip terungkap serta parameter mengenai perilaku seksual. Budaya memengaruhi variasi dalam perilaku yang berhubungan dengan gender antara individu dalam kelompok budaya serta variasi antara budaya. Budaya dapat memaksimalkan, meminimalkan, atau bahkan menghilangkan perbedaan gender dalam perilaku sosial dan kognisi.

Kehamilan tidak dikehendaki, yang seringkali menjurus kepada
aborsi yang tidak aman dan komplikasinya

Kehamilan dan persalinan usia muda yang menambah risiko
kesakitan dan kematian ibu dan bayi

Masalah Penyakit Menul;ar Seksual termasuk infeksi HIV/AIDS Tindak kekerasan seksual, seperti pemerkosaan, pelecehan seksual dan transaksi seks komersial

Menurut Sarwono (2015) budaya adalah suatu set dari sikap, perilaku dan simbol-simbol yang dimiliki bersama oleh orang-orang dan biasanya dikomunikasikan dari satu generasi ke generasi berikutnya.

Marginalisasi (Peminggiran)

Marginalisasi merupakan usaha membatasi atau pembatasan. Hal ini mengakibatkan perempuan tidak memiliki akses dan kontrol terhadap sumber daya.

Subordinasi (Dinomorduakan)

Perempuan dianggap hanya memiliki peran di tingkat rumah tangga, sementara laki-laki dalam tingkat publik. Anggapan lainnya juga perempuan dianggap irasional atau emosional sehingga tidak bisa tampil sebagai pemimpin, mengakibatkan munculnya sikap yang menempatkannya pada posisi yang tidak penting atau di bawah.

Stereotipe (pelabelan)

Secara umum stereotip adalah pelabelan atau penandaan terhadap suatu golongan tertentu. Stereotip itu selalu merugikan dan menimbulkan ketidakadilan. Sebagai contoh, perempuan

selalu dilabeli dengan kata manja, lemah, emosional, gemar ngerumpi, tidak dapat memimpin, matiralistis, urusan dapur dan lain sebagainya.

Violance (Kekerasan)

Kekerasan merupakan segala bentuk perbuatan yang dilakukan terhadap perempuan yang mengakibatkan penderitaan fisik, psikis, ekonomi, seksual, dan online (daring). Walaupun tidak menutup kemungkinan laki-laki juga bisa menjadi korban, namun paling banyak yang menjadi korban adalah perempuan.

Double Burden (Beban Ganda)

Beban ganda artinya beban peran/pekerjaan yang diterima perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Pekerjaan rumah tangga dianggap sebagai tanggungjawab perempuan. Akibatnya, meskipun perempuan bekerja, masih harus melakukan pekerjaan di rumah. Hal yang sama tidak terjadi pada laki-laki
Kesetaraan gender berarti kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan serta hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan politik, hukum, ekonomi, sosial budaya, pendidikan dan pertahanan dan keamanan nasional (hankamnas), serta kesamaan dalam menikmati hasil pembangunan tersebut. Kesetaraan gender juga meliputi penghapusan diskriminasi dan ketidak adilan struktural, baik terhadap laki-laki maupun perempuan.

Keadilan gender adalah suatu proses dan perlakuan adil terhadap perempuan dan laki-laki. Dengan keadilan gender berarti tidak ada pembakuan peran, beban ganda, subordinasi, marginalisasi dan kekerasan terhadap perempuan maupun laki-laki

(i) Ketidakmampuan perempuan dalam mengambil keputusan dalam kaitannya dengan kesehatan dirinya, misalnya dalam menentukan kapan hamil, dimana akan melahirkan, dsb. Hal ini berhubungan dengan kedudukan perempuan yang lemah di keluarga dan masyarakat.

1. Masalah kesehatan reproduksi dapat terjadi sepanjang siklus hidup manusia, misalnya masalah inses yang terjadi pada pada masa kanak-kanak di rumah, masalah pergaulan bebas pada masa remaja, kehamilan remaja, aborsi yang tidak aman, kurangnya informasi tentang kesehatan reproduksi dan masalah kesehatan reproduksi lainnya. Status sosial perempuan (termasuk anak perempuan) di masyarakat merupakan penyebab utama masalah kesehatan reproduksi yang dihadapi perempuan. Akibatnya, mereka kehilangan kendali terhadap kesehatan, tubuh dan fertilitasnya.

2. Perempuan lebih rentan dalam menghadapi risiko kesehatan reproduksi seperti kehamilan,

melahirkan, aborsi yang tidak aman dan pemakaian alat kontrasepsi. Karena struktur alat reproduksinya; perempuan rentan secara sosial maupun biologis terhadap penularan IMS termasuk STD/HIV/AIDS.

3. Masalah kesehatan reproduksi tidak terpisahkan dari hubungan laki-laki dan perempuan. Namun keterlibatan, motivasi serta partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi dewasa ini masih sangat kurang.

4. Laki-laki juga mempunyai masalah kesehatan reproduksi, khususnya yang berkaitan dengan IMS, termasuk HIV/AIDS. Karena itu, dalam menyusun strategi untuk memperbaiki kesehatan reproduksi harus diperhitungkan pula kebutuhan, kepedulian dan tanggung jawab laki-laki.

5. Perempuan rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga (kekerasan domestik) atau perlakuan kasar, yang pada dasarnya bersumber pada subordinasi perempuan terhadap laki-laki atau hubungan gender yang tidak setara

Pelaksanaan PUG dimaksudkan untuk memberikan landasan hukum dan pedoman kepada Pemerintah Daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan, pembangunan, dan pelayanan masyarakat yang responsif gender.

BAB XVIII

5. Isu Gender Dalam Kehidupan Perempuan

A. Pengertian isu gender dalam kesehatan reproduksi

Gender diartikan sebagai sebuah sifat yang dilekatkan pada laki-laki atau perempuan dilihat dari segi sosial dan budaya, mentalitas dan emosi, nilai dan kepercayaan, serta faktor lainnya misalnya kesehatan. Gender merupakan bentukan budaya yang telah diperkenalkan sejak

kecil. Gender melahirkan perbedaan peran, tanggung jawab dan fungsi antara perempuan dan laki-laki. Gender berkaitan dengan peran sosial berdasarkn jenis kelamin. Perbedaan biologis pada kedua jenis kelamin tersebut membawa konsekuensi fungsi alat reproduksi yang berbeda (Kartini and Maulana, 2019). Sehingga gender dipahami sebagai sebuah konstruksi sosial baik pada laki-laki maupun Perempuan dari segi peran dan tanggungjawabnya.

B. Penanganan terhadap isu gender dalam kesehatan reproduksi

Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Hal ini semakin dirasakan dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi antara lain karena hal berikut:

1. Masalah kesehatan reproduksidapat terjadi sepanjang siklus hidup manusia missal masalah inses yang terjadi pada masa anak-anak di rumah, masalah pergaulan bebas, kehamilan remaja.
2. Perempuan lebih rentan dalam menghadapi risiko kesehatan reproduksi seperti kehamilan, melahirkan, aborsi tidak aman dan pemakaian alat kontrasepsi. Karena struktur alat reproduksi yang rentan secara sosial atau biologis terhadap penularan IMS termasuk STD/HIV/AIDS.
3. Masalah kesehatan reproduksi tidak terpisah dari hubungan laki-laki dan perempuan. Namun keterlibatan, motivasi serta partisipasi laki-laki dalam kespro dewasa ini sangat kurang.
4. Laki-laki juga mempunyai masalah kesehatan reproduksi, khusunya berkaitan dengan IMS, HIV, dan AIDS. Karena ini dalam menyusun strategi untuk memperbaiki kespro harus dipertimbangkan pula kebutuhan, kepedulian dan tanggung jawab laki-laki.
5. Perempuan rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga (kekerasan domestic) atau perlakuan kasar yang pada dasarnya bersumber gender yamg tidak setara.
6. Kesehatan reproduksi lebih banyak dikaitkan dengan urusan perempuan seperti KB.

C. Upaya kesetaraan gender di Indonesia

Dunia yang terus bergerak secara global dan upaya untuk memperjuangkan kesetaraan gender terus dilakukan. Upaya pemberdayaan perempuan merupakan langkah yang terus dilakukan secara berkelanjutan untuk mewujudkan kesetaraan gender. Negara juga berperan dalam mewujudkan kesetaraan gender melalui program-program pemberdayaan yang bertujuan Penting untuk mengembangkan dan mematangkan berbagai potensi yang dimiliki oleh perempuan. Ini melibatkan pemberian kesempatan, pendidikan, pelatihan, dan dukungan yang memungkinkan perempuan untuk mencapai potensi mereka sepenuhnya. Dengan cara ini, perempuan dapat berkontribusi secara signifikan dalam berbagai bidang kehidupan, termasuk ekonomi, pendidikan, dan masyarakat secara umum. Pemberdayaan perempuan adalah langkah penting dalam menciptakan masyarakat yang lebih adil dan inklusif. Sebagaimana tulisan Prantiasih “Reposisi Peran dan Fungsi Perempuan” yang menjelaskan bahwa pemerintah Indonesia memiliki Komitmen yang sungguh-sungguh untuk mewujudkan kesetaraan gender atau gender equality adalah langkah penting dalam menciptakan masyarakat yang adil dan inklusif. Hal ini melibatkan upaya aktif untuk menghilangkan segala bentuk diskriminasi dan ketidaksetaraan berdasarkan jenis kelamin, serta memberikan kesempatan yang sama kepada perempuan dan laki- laki dalam semua aspek kehidupan.

6.Program Pemberdayaan Perempuan Dalam Program Multidimensional dan Lintas Sektoral

Maka pemberdayaan dimaknai sebagai proses untuk memperoleh daya, kekuatan atau

kemampuan, dan atau pemberian daya, kekuatan atau kemampuan dari pihak yang memiliki daya kepada pihak yang kurang atau belum mempunyai daya bahwa pemberdayaan perempuan adalah upaya memampukan perempuan untuk memperoleh akses dan kontrol terhadap sumberdaya, ekonomi, politik, sosial, budaya, agar perempuan dapat mengatur diri dan meningkatkan rasa percaya diri untuk mampu berperan dan berpartisipasi aktif dalam memecahkan masalah, sehingga mampu membangun kemampuan dan konsep diri. Lintas sektoral adalah program yag melibatkan suatu institusi atau instansi negri atau swasta yang membutuhkan pemberdayaan dan kekuatan dasar dari pemerintah atau swasta mengenai peraturan yang ditetapkan untuk mewujudkan alternatif kebijakan secara terpadu dan Komprehensif sehingga adanya keputusan dan kerjasama.

7.Kajian Gender Dalam Pelayanan Kebidanan dan Kesehatan

A. Pengertian gender dan seks

Secara istilah gender menurut Webster's New World Dictionary, diartikan sebagai perbedaan yang tampak antra laki laki dan Perempuan dilihat dari segi nilai dan tingkah laku. Sedangkan Agnes Widanti dalam bukunya "Hukum Berkeadilan Jender" mendefenisikan gender sebagai interprestasi mental dan kultural terhadap perbedaan kelamin dalam hubungan antara laki-laki dan perempuan. Walaupun pengertian gender dan sex adalah sama yaitu jenis kelamin, tapi dalam proses pertumbuhan anak menjadi laki laki atau perempuan, lebih banyak digunakan istilah gender daripada sex. Hal itu disebabkan karena istilah sex pada umumnya digunakan untuk persoalan reproduksi atau aktivitas seksual. Ada juga yang menyebutkan bahwa gender diartikan sebagai "perbedaan yang tampak antara laki-laki dan perempuan dilihat dari segi nilai dan tingkah laku".

Sedangkan sex secara umum digunakan untuk mengidentifikasi perbedaan laki-laki dan perempuan dari segi biologis. Istilah sex berkonsentrasi pada aspek biologis seseorang, meliputi perbedaan hormone dalam tubuh, anatomi fisik, reproduksi, dan karakteristik biologis lainnya. Secara fisik biologis, laki-laki dan perempuan tidak saja dibedakan oleh identitas jenis kelamin, bentuk dan anatomi biologi lainnya, melainkan juga komposisi kimiawi dalam tubuh. Perbedaan yang terakhir ini menimbulkan akibat-akibat fisik biologis seperti laki-laki yang mempunyai suara lebih besar, berkumis, berjenggot, pinggul lebih ramping dan dada yang datar. Sementara perempuan mempunyai suara lebih bening, buah dada menonjol, pinggul umumnya lebih besar dan organ reproduksi yang amat berbeda dengan laki-laki. Sex berarti berbicara tentang kodrat manusia dan ini berkaitan dengan jenis kelamin. Misalnya perempuan memiliki rahim dan laki-laki memiliki sperma. Namun, kadang terjadinya kerancuan dan pemutarbalikan makna tentang apa yang disebut seks dan gender. Selama ini yang terjadi di masyarakat adalah konstruksi sosial dianggap sebagai kodrat dan begitu juga sebaliknya yang seharusnya kodrat justru dianggap konstruksi sosial.

B. Perbedaan Sex dan Gender

Untuk melihat perbedaan pemahaman tentang sex dan gender dengan jelas dapat dilihat ilustrasi berikut ini. Menurut tinjauan sex, seorang laki-laki bercirikan seperti memiliki penis, memiliki jakala, dan memproduksi sperma; sedang seorang prempuan bercirikan seperti memiliki vagina, memiliki alat reproduksi seperti rahim dan saluran untuk melahirkan, memiliki payudara, dan memproduksi sel telur. Ciri- ciri ini melekat pada laki-laki dan perempuan dan tidak dapat dipertukarkan satu sama lain. Semua ciri-ciri tersebut diperoleh secara kodrati dari Allah Swt.. Sedang menurut tinjauan gender, seorang perempuan memiliki ciri-ciri seperti cantik, lemah lembut, emosional, dan keibuan, sedang seorang laki-laki memiliki ciri-ciri seperti kuat, rasional, gagah, perkasa, jantan, dan masih banyak lagi yang

lain. Ciri-ciri ini tidak selamanya tetap, tetapi dapat berubah. Artinya tidak semua laki-laki atau perempuan memiliki ciri-ciri seperti tersebut. Ciri-ciri itu bisa saling dipertukarkan. Bisa jadi ada seorang perempuan yang kuat dan rasional, tetapi ada juga seorang laki-laki yang lemah lembut dan emosional

C. Teori gender

1. Teori Struktural-Fungsional
   Teori atau pendekatan ini merupakan teori sosiologi yang diterapkan dalam melihat institusi keluarga. Teori ini berangkat dari asumsi bahwa suatu masyarakat terdiri atas beberapa bagian yang saling memengaruhi. Teori ini mencari unsur-unsur mendasar yang berpengaruh di dalam suatu masyarakat, mengidentifikasi fungsi setiap unsur, dan menerangkan bagaimana fungsi unsur-unsur tersebut dalam masyarakat. Banyak sosiolog yang mengembangkan teori ini dalam kehidupan keluarga pada abad ke-20, di antaranya adalah William F. Ogburn dan Talcott Parsons (Megawangi, 1999: 56).

   Teori struktural-fungsional mengakui adanya segala keragaman dalam kehidupan sosial. Keragaman ini merupakan sumber utama dari adanya struktur masyarakat dan menentukan keragaman fungsi sesuai dengan posisi seseorang dalam struktur sebuah sistem. Sebagai contoh, dalam sebuah organisasi sosial pasti ada anggota yang mampu menjadi pemimpin, ada yang menjadi sekretaris atau bendahara, dan ada yang menjadi anggota biasa. Perbedaan fungsi ini bertujuan untuk mencapai tujuan organisasi, bukan untuk kepentingan individu. Struktur dan fungsi dalam sebuah organisasi ini tidak dapat dilepaskan dari pengaruh budaya, norma, dan nilai-nilai yang melandasi sistem masyarakat (Megawangi, 1999: 56).

2. Teori Sosial-Konflik
   Menurut Lockwood, suasana konflik akan selalu mewarnai masyarakat, terutama dalam hal distribusi sumber daya yang terbatas. Sifat pementingan diri, menurutnya, akan menyebabkan diferensiasi kekuasaan yang ada menimbulkan sekelompok orang menindas kelompok lainnya. Perbedaan kepentingan dan pertentangan antarindividu pada akhirnya dapat menimbulkan konflik dalam suatu organisasi atau masyarakat (Megawangi, 1999:76).

   Dalam masalah gender, teori sosial-konflik terkadang diidentikkan dengan teori Marx, karena begitu kuatnya pengaruh Marx di dalamnya. Marx yang kemudian dilengkapi oleh F. Engels, mengemukakan suatu gagasan menarik bahwa perbedaan dan ketimpangan gender antara laki-laki dan perempuan tidak disebabkan oleh perbedaan biologis, tetapi merupakan bagian dari penindasan kelas yang berkuasa dalam relasi produksi yang diterapkan dalam konsep keluarga. Hubungan laki-laki- perempuan (suami-istri) tidak ubahnya dengan hubungan proletar dan borjuis, hamba dan tuan, pemeras dan yang diperas. Dengan kata lain, ketimpangan peran gender dalam masyarakat bukan karena kodrat dari Tuhan, tetapi karena konstruksi masyarakat. Teori ini selanjutnya dikembangkan oleh para pengikut Marx seperti F. Engels, R. Dahrendorf, dan Randall Collins.

3. Teori Feminisme-Liberal
   Teori ini berasumsi bahwa pada dasarnya tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Karena itu perempuan puan harus mempunyai hak yang sama dengan laki-laki. Meskipun demikian, kelompok feminis liberal menolak persamaan secara menyeluruh antara laki-laki dan perempuan. Dalam beberapa hal masih tetap ada pembedaan (distinction) antara laki-laki dan perempuan. Bagaimanapun juga, fungsi

organ reproduksi bagi perempuan membawa konsekuensi logis dalam kehidupan bermasyarakat (Megawangi, 1999: 228).

Teori kelompok ini termasuk paling moderat di antara teori-teori feminisme. Pengikut teori ini menghendaki agar perempuan diintegrasikan secara total dalam semua peran, termasuk bekerja di luar rumah. Dengan demikian, tidak ada lagi suatu kelompok jenis kelamin yang lebih dominan. Organ reproduksi bukan merupakan penghalang bagi perempuan untuk memasuki peran-peran di sektor publik.

4. Teori Feminisme Marxis-Sosialis
   Feminisme ini bertujuan mengadakan restrukturisasi masyarakat agar tercapai kesetaraan gender. Ketimpangan gender disebabkan oleh sistem kapitalisme yang menimbulkan kelas-kelas dan division of labour, termasuk di dalam keluarga. Gerakan kelompok ini mengadopsi teori praxis Marxisme, yaitu teori penyadaran pada kelompok tertindas, agar kaum perempuan sadar bahwa mereka merupakan 'kelas' yang tidak diuntungkan. Proses penyadaran ini adalah usaha untuk membangkitkan rasa emosi para perempuan agar bangkit untuk meubah keadaan (Megawangi, 1999: 225). Berbeda dengan teori sosial-konflik, teori ini tidak terlalu menekankan pada faktor akumulasi modal atau pemilikan harta pribadi sebagai kerangka dasar ideologi. Teori ini lebih menyoroti faktor seksualitas dan gender dalam kerangka dasar ideologinya.

5. Teori Feminisme Radikal
   Teori ini berkembang pesat di Amerika Serikat pada kurun waktu 1960-an dan 1970-an. Meskipun teori ini hampir sama dengan teori feminisme Marxis-sosialis, teori ini lebih memfokuskan serangannya pada keberadaan institusi keluarga dan sistem patriarki. Keluarga dianggapnya sebagai institusi yang melegitimasi dominasi laki-laki (patriarki), sehingga perempuan tertindas. Feminisme ini cenderung membenci laki-laki sebagai individu dan mengajak perempuan untuk mandiri, bahkan tanpa perlu keberadaan laki-laki dalam kehidupan perempuan. Elsa Gidlow mengemukakan teori bahwa menjadi lesbian adalah telah terbebas dari dominasi laki-laki, baik internal maupun eksternal. Martha Shelley selanjutnya memperkuat bahwa perempuan lesbian perlu dijadikan model sebagai perempuan mandiri (Megawangi, 1999: 226).

6. Teori Ekofeminisme
   Teori ekofeminisme muncul karena ketidakpuasan akan arah perkembangan ekologi dunia yang semakin bobrok. Teori ini mempunyai konsep yang bertolak belakang dengan tiga teori feminisme modern seperti di atas. Teori-teori feminisme modern berasumsi bahwa individu adalah makhluk otonom yang lepas dari pengaruh lingkungannya dan berhak menentukan jalan hidupnya sendiri. Sedang teori ekofeminisme melihat individu secara lebih komprehensif, yaitu sebagai makhluk yang terikat dan berinteraksi dengan lingkungannya (Megawangi, 1999: 189).

   Menurut teori ini, apa yang terjadi setelah para perempuan masuk ke dunia maskulin yang tadinya didominasi oleh laki-laki adalah tidak lagi menonjolkan kualitas femininnya, tetapi justru menjadi male clone (tiruan laki-laki) dan masuk dalam perangkap sistem maskulin yang hierarkis. Dengan masuknya perempuan ke dunia maskulin (dunia publik umumnya) telah menyebabkan peradaban modern semakin dominan diwarnai oleh kualitas maskulin. Akibatnya, yang terlihat adalah kompetisi, self- centered, dominasi, dan eksploitasi. Contoh nyata dari cerminan memudarnya kualitas feminin (cinta, pengasuhan, dan pemeliharaan) dalam masyarakat adalah semakin rusaknya alam, meningkatnya kriminalitas, menurunnya solidaritas sosial, dan

semakin banyaknya perempuan yang menelantarkan anak-anaknya (Megawangi, 1999: 183).

D. Budaya yang mempengaruhi gender

Gender merupakan hasil konstruksi yang berkembang selama masa anak-anak sebagaimana mereka disosialisasikan dalam lingkungan mereka. Adanya perbedaan reproduksi dan biologis mengarahkan pada pembagian kerja yang berbeda antara pria dan wanita dalam keluarga. Perbedaan-perbedaan ini pada gilirannya mengakibatkan perbedaan ciri-ciri sifat dan karakteristik psikologis yang berbeda antara pria dan wanita. Berry, dkk (1992) mengajukan

suatu kerangka berpikir untuk menggambarkan bagaimana praktek budaya dapat mempengaruhi perbedaan gender dalam karakteristik psikologis. Faktor-faktor yang terlibat dalam memahami budaya dan gender sebagaimana dalam gambar dibawah adalah tidak statis dan unidimensional. Sesungguhnya keseluruhan sistem itu dinamis dan saling berhubungan dan menjadi umpan balik atau memperkuat sistem itu sendiri. Sebagai akibatnya sistem ini bukan suatu unit yang linear dengan pengaruh yang berlangsung dalam satu arah, dan semua ini diperoleh dalam kehidupan kita sendiri. Kehidupan dari sistem ini diperkuat oleh suatu perekat yang kita kenal sebagai budaya.

Sebagai konsekuensinya, budaya yang berbeda akan memberikan hasil yang berbeda pula. Satu budaya mungkin mendukung kesamaan antara pria dan wanita, namun budaya lainnya tidak mendukung kesamaan tersebut. Dengan demikian budaya mendefinisikan atau memberikan batasan mengenai peran, kewajiban, dan tanggung jawab yang cocok bagi pria dan wanita.

8.Dampak Ketidaksetaraan Sosial Pada Kesehatan Perempuan

A. Kondisi sosial budaya yang mempengaruhi gender

Pengaruh budaya dan lingkungan sangat besar dalam membentuk konsep gender pada masyarakat. Setiap budaya memiliki norma dan nilai yang berbeda-beda terkait peran dan tugas yang diharapkan dari laki- laki dan perempuan. Misalnya, di beberapa budaya tertentu, laki-laki dianggap sebagai tulang punggung keluarga yang bertanggung jawab untuk mencari nafkah, sementara perempuan dianggap sebagai pengasuh dan pengurus rumah tangga. Namun, di budaya lain, perempuan dapat memiliki peran yang sama pentingnya dalam mencari nafkah seperti laki- laki.

Lingkungan juga dapat mempengaruhi konsep gender pada individu. Lingkungan yang lebih otonom dapat memberikan kesempatan bagi perempuan untuk mengambil peran yang lebih dominan dalam masyarakat dan memiliki kesempatan yang sama seperti laki-laki. Di sisi lain, lingkungan yang lebih patriarkal dapat membatasi peran dan akses perempuan dalam masyarakat.

B. Bentuk-bentuk ketidakadilan/diskriminasi gender

Senada disampaikan oleh Sofyan Efendi macam- macam diskriminasi gender adalah:

a. Marginalisasi/pemiskinan artinya suatu proses peminggiran akibat perbedaan jenis kelamin yang mengakibatkan kemiskinan. Banyak cara yang dapat digunakan untuk memarginalkan seseorang atau kelompok. Salah satunya adalah dengan menggunakan asumsi gender.
b. Subordinasi/penomor duaan, artinya suatu anggapan bahwa suatu peran yang

dilakukan oleh satu jenis kelamin lebih rendah dari yang lain.

c. Stereotype/pelabelan, artinya semua bentuk ketidakadilan gender di atas sebenarnya berpangkal pada satu sumber kekeliruan yang sama, yaitu stereotype gender laki-laki dan perempuan. Stereotype itu sendiri berarti pemberian citra baku atau label/cap kepada seseorang atau kelompok yang didasarkan pada suatu anggapan yang salah atau sesat.
d. Kekerasan (violence), artinya tindak kekerasan, baik fisik maupun non fisik yang dilakukan oleh salah satu jenis kelamin atau sebuah institusi keluarga, masyarakat atau negara terhadap jenis kelamin lainnya. Peran gender telah membedakan karakter perempuan dan laki-laki. Perempuan dianggap feminism dan laki-laki maskulin.

C. Kesetaraan dan keadilan gender

Kesetaraan gender dalam Bahasa Inggris diartikan sebagai gender equality, yang mempunyai arti persamaan dalam hal. Definisi kesetaraan gender adalah memberi kesempatan, pada perempuan dan laki-laki untuk setara atau sebanding menikmati kesempatan atas hak-haknya, mempunyai benda-benda kepemilikan, sumber daya, dan saling dapat manfaat dari hasil pembangunan.

Konsep kesetaraan gender merujuk pada kesetaraan penuh laki-laki dan perempuan untuk menikmati rangkaian lengkap hak-hak politik, ekonomi, sipil, sosial dan budaya. Konsep ini juga merujuk pada situasi dimana tidak ada individu yang ditolak aksesnya atas hak-hak tersebut, atau hak-hak tersebut dirampas dari mereka karena jenis kelamin mereka.

DAFTAR PUSTAKA

Solang, Sisca Diana dkk. 2023. *Bunga Rampai Pelayanan Keluarga Berencana*. Cilacap: PT Media Pustaka Indonesia.

Sihite. Helprida dan Nova Siregar. 2022. *Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga.* Pekalongan: PT Nasya Expanding Management.

Tokoro, Neelje Angela Virginia dkk. 2024. *Sektor Kehutanan: Tinjauan Dari Perspektif Gender dan Antikorupsi.* Indramayu: CV. Adanu Abimata.

Tanjung, Yurisna dkk. 2020. *Kesetaraan dan Keadilan Gender dalam Keluarga.* Medan: UMSU Press.

Ula, Ahmad Nilnal Munachifdlil. 2022. *Buku Ajar Pendidikan Agama Islam.* Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.

Mahasiswa Sosiologi Minat Sosiologi Pembangunan UMM 2014. 2017. *Ketimpangan dalam Pembangunan: Bunga Rampai Realitas Sosial Atas Ketimpangan Pembangunan di Indonesia.* Malang: MNC Publishing.

Marzuki. 2018. *Analisis Gender dalam Kajian-Kajian Keislaman*. Yogyakarta: UNY Press.

Dayakisni, Tri dan Salis Yuniardi. 2022. *Psikologi Lintas Budaya.* Malang: UMM Press.

Vee, Katrin. 2023. Gender dan Warna: *Menggali Konsep Kaitan Pink dan Biru dengan Peran Gender dalma Kehidupan Sehari-Hari.* Yogyakarta: Cahaya Harapan.

Mualimah dan Yusuf. 2022. *Diskriminasi Gender dalam Promosi Jabatan.* Sumatera Barat: CV. Azka Pustaka.

Matara, Kusmawaty dkk. 2023. *Kesetaraan Gender dalam Pembangunan Daerah*. Gorontalo: CV. Cahaya Arsh Publisher & Printing.

Anita, siti.2023 .Asuhan kebidana remaja dan menopause .Bandung.Kaize Media Publishing.

Matahari, ratu. 2022.Buku ajar keluarga berencana dan kontrasepsi.yogyakarta.cv.

Dartiwin.2019.Asuhan kebidanan pada persalinan .Yogyakarta.CV Andi offset

Lilis suryani.2023.Konsep kebidanan.Malang. Rena cipta mandiri

https://id.scribd.com/document/500997714/Makalah-MIdwifery-Led-Care-S1-Kebidanan-tingkat-1

http://repository.stikessaptabakti.ac.id/204/1/MODUL%20MANAJEMEN%20PELAYANAN%20KEBIDANAN.pdf

Wildan (2008). Dokumentasi Kebidanan. Salemba medika.

Pedvin Ratna, (2022). Dokumentasi Kebidanan. Nasya Expanding Management.

Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). Nursing theorist and their work. (6th Ed). St. Louis: Mosby.

Anjani Dwi Arum, dkk. 2022. Pengantar Praktik Klinik Kebidanan. Jawa Tengah: CV Pena Persada

Asrinah dkk. 2020. Konsep kebidanan. yogyakarta: Graha

Bahiyatun, 2019. Buku Ajar Kebidanan Asuhan Nifas Normal. Jakarta: EGC.Publishin

Amalia Merlly. 2021. KONSEP KEBIDANAN. Jawa Barat: LovRinz Publishing

Binus University. (2023). Dilema Moral Dalam Pengambilan Keputusan. Diakses dari https://binus.ac.id/character-building/2023/08/dilema-moral-dalam-pengambilan-keputusan/

Zubacdi, Wacana Pembangun Alternatif: Ragam Prespektif Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat, (Jakarta: Ar Ruzz Media, 2007), him 42.

Trisnawati, Frisca. 2016. Pengantar Ilmu Kebidanan. Jakarta: Prestasi Pustakaraya

Tajmiati, Atit. (dkk).. 2016, Modul Konsep Kebidanan dan Etikolegal dalam Praktik Kebidanan. Surakarta: Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Surakarta

Purwandari, Atik. (dkk). 2014. Kebidanan Teori dan Asuhan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Repository UMY: Pengertian Evidence-Based Practice.

Library Poltekbaubau: Manajemen Kebidanan.

Blog Daimatur Rahma: Konsep Kebidanan: Konsep Berubah.

Teacher Magazine: Praktik Berbasis Bukti dalam Pendidikan.

Kemenkes RI. (2018). Pedoman Program Kesehatan Ibu dan Anak di Desa. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Say, L., Chou, D., & Gemmill, A. (2014). Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. The Lancet Global Health, 2(6), e323-e333.

Browner, C. H., & Sargent, C. F. (2011). Reproduction, Globalization, and the State: New Theoretical and Ethnographic Perspectives. Duke University Press

World Health Organization (WHO). (2010). Social Determinants of Maternal and Child Health. Geneva: WHO.

Gender dan Pembangunan: Perspektif Indonesia" oleh Sri Esti Widyawati

"Feminisme: Teori dan Praktik" oleh Ratna Saptari

Daftar Pustaka

1. Adjie, S.2004. *Efektifitas Asuhan Antenatal*. Jakarta.Buletin Perinasia. Bobak,

Lowdermill, Jensen. 2004. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*,Jakarta, EGC.

2. Bryar, Rosamund. 1995.*Theory for Midwifery Practice*, Macmillan, Houndmills.
3. Christina, Y. 2001. *Esensial Obstetri dan Ginekologi*, Edisi 2, Jakarta : EGC. Cunningham, Mc Donald, Gant, Wiliam (. ..*) Obstetric*, Edisi 22, Jakarta. EGC.
4. DeCherney, H. Alan. 2003, *Current Obstetric & Gynecologic*, Edisi 9, India Appleton and Lange
5. Enkin M, Keirse M, Neilson J dkk, 2000, *A Guide To Effective Care in Pregnancy and Chilbirth*, Oxford University Press Inc, New York.
6. Farrer, H. 2001. *Perawatan Maternitas*. Jakarta. EGC.
7. Hacker.N.F dkk, 2001. *Essential Obstetri dan Ginekologi*, Hipokrates, Jakarta. JHPIEGO.2003.*Panduan Pengajaran Kebidanan Fisiologi Bagi Dosen Diploma III Kebidanan.*
8. *Buku Ante Partum*.Jakarta.Pusdiknakes.
9. JNPKKR – POGI. 2004.*Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta. YBP– SP.
10. JNPKKR – POGI, 2002. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Jakarta, YBP-SP.
11. Manuaba, I. B. G.1999.*Memahami Kesehatan ReproduksiWanita*.Jakarta,Arcan. Pusdiknakes, 2001. *Asuhan Antenatal*, WHO:JHPIEGO. Jakarta.
12. Varney H, 1997.*Varney's Midwifery 3rd ed*. New York. Jones and Bartlett Publishers.
13. Wiknjosastro H,Saifudin AB,Rachimhadhi T.2010.*Ilmu Kebidanan*. Jakarta.Yayasan Sarwono Prawirohardjo