BAHAN AJAR

MATA KULIAH

KONSEP

KEBIDANAN

DISUSUN OLEH
SASTRARIAH, S.ST.,M.Keb

STIKES BINA BANGSA MAJENE

2016

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan Bahan Ajar Mata Kuliah Konsep Kebidanan. Bahan Ajar ini disusun dengan harapan dapat dijadikan sebagai bahan ajar untuk Mata Kuliah Konsep Kebidanan bagi mahasiswa yang mengikuti pendidikan DIII Kebidanan di STIKES Bina Bangsa Majene.

Tujuan penyusunan Bahan Ajar ini untuk dijadikan pedoman bagi dosen dan mahasiswa mengikuti pembelajaran di kelas. Diharapkan mahasiswa membaca Bahan Ajar sebelum mengikuti pembelajaran sehingga proses pembelajaran berlangsung aktif dan kreatif. Hasil akhir dari pembelajaran menggambarkan pencapaian kompetensi mahasiswa di pelayanan kebidanan.

Pada kesempatan ini tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Bahan Ajar ini. Penulis menyadari keterbatasan dalam menyusun modul, oleh karena itu demi pengembangan kreatifitas dan penyempurnaan modul ini, penulis mengharapkan saran dan masukan dari pembaca maupun para ahli, baik dari segi isi, istilah serta pemaparannya. Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan modul ini. Akhir kata, semoga modul ini dapat memberi manfaat bagi para pembaca. Amin.

Majene, 2016
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR i
DAFTAR ISI ii

MATERI 1 1
Defenisi dan Filosofi Bidan 1

MATERI 2 9
Perkembangan Pelayanan & Pendidikan Kebidanan Internasional .. 9

MATERI 3 18
Perkembangan Pelayanan & Pendidikan Kebidanan di Indonesia 18

MATERI 4 25
Paradigma Kebidanan 25

MATERI 5 32
Peran dan Fungsi Bidan 32

MATERI 6 43
Standar Profesi Bidan 43

MATERI 7 48
Model Konseptual Asuhan Kebidanan 48

MATERI 8 70
Teori-Teori Kebidanan 70

DAFTAR PUSTAKA

MATERI 1

DEFENISI DAN FILOSOFI BIDAN

I. DEFENISI DAN FILOSOFI BIDAN

A. DEFINISI BIDAN

Kebidanan adalah suatu profesi yang diakui secara internasional dan memiliki praktisi diseluruh dunia. Definisi internasional berikut ini tentang bidan dan ruang lingkup praktiknya telah disetujui oleh *International Confederation of Midwifes, International Federation Gynaecology and Obstetriks,* dan *World Health Organization.*

Defenisi Bidan menurut International Confederation of Midwives (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di seluruh dunia, dan diakui oleh WHO dan Federation of International Gynecologist Obstetrition (FIGO). Definisi tersebut secara berkala di review dalam pertemuan Internasional/Kongres ICM. Definisi terakhir disusun melalui konggres ICM ke 27, pada bulan Juli tahun 2005 di Brisbane Australia ditetapkan sebagai berikut: Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya,

telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan.

Menurut IBI (2003), bidan merupakan profesi yang diakui secara nasional maupun internasional dengan sejumlah praktisi di dunia. Pengertian bidan dalam bidang praktiknya secara internasional telah diakui oleh *International Confederation of Midwifes (ICM)* tahun 1972 dan *International Federation of Gynaecology and Obstetriks (FIGO)* tahun 1973, WHO, dan badan lainnya. Tahun 1990, ada pertemuan di Kobe, ICM menyempurnakan definisi tersebut, yang kemudian disahkan oleh FIGO (1991) dan WHO (1992). Secara lengkap, pengertian bidan adalah:

A midwife is a person who, having been regularly admintted to a midwifery educational program fully recognized in the country in which it is located, has successfully completed the prescribe course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualification to be registered and or legally licensed to practice midwifery.

Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti suatu program pendidikan kebidanan yang diakui di Negara dimana program tersebut diselenggarakan, telah berhasil menyelesaikan serangkaian pendidikan kebidanan yang ditetapkan, dan telah memperoleh kualifikasi yang diperlukan untuk dapat didaftarkan atau secara hukum memperoleh izin (lisensi) untuk melakukan praktik kebidanan.

She must be able to give neccesary supervision, care and advice to women during pregnancy, labor and postpartum, to conduct delivires on her own responsibility and to care for the newborn and the infant. This care includes preventive measures, the detection of abnormal condition in mother and child. The procurement of medical assistance, and the execution of emergency measures in the absence of medical help.

She has important task in counseling and education, not only for patient, but alsowithin the family and community.

Ia harus mampu melakukan pengawasan, perawatan, serta memberi saran yang diperlukan kepada perempuan selama masa hamil, bersalin, dan setelah melahirkan. Ia juga harus mampu memimpin persalinan sebagai bagian dari tanggung jawabnya dan merawat bayi baru lahir serta bayi berusia beberapa bulan. Perawatan ini meliputi tindakan preventif, deteksi kondisi abnormal pada ibu dan anak, usaha memperoleh bantuan medis, dan pelaksanaan tindakan darurat pada saat pertolongan medis tidak ada. Bidan memiliki tugas penting member konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk wanita, tetapi juga untuk keluarga dan komunitas.

Their work should involve antenatal education and preparation for parenthood and extend to certain areas of gynecology, family planning and child care. She may practice in hospitals, clinics, healt unit, domiciliary conditions or any other service.

Pendidikan ini melibatkan pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua dan meluas mencakup area tertentu bidang ginekologi, keluarga berencana, dan perawatan anak. Ia dapat melakukan praktik di rumah sakit, klinik, unit kesehatan, lingkungan tempat tinggal, atau layanan kesehatan (Varney 2006).

Definisi bidan menurut WHO adalah seseorang yang telah diakui secara regular dalam program pendidikan bidan, diakui secara yuridis, ditempatkan dan mendapatkan kualifikasi serta terdaftar di sector dan memperoleh izin melaksanakan praktik kebidanan.

Definisi bidan menurut IBI adalah seorang perempuan yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan yang telah diakui pemerintah, dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku dan diberi izin secara sah untuk melaksanakan praktik. Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dan kebidanan di masyarakat, bidan diberi wewenang oleh pemerintah sesuai dengan wilayah pelayanan yang diberikan. Wewenang tersebut berdasarkan keputusan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 900/menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktik bidan.

B. FALSAFAH ASUHAN KEBIDANAN

Falsafah kebidanan merupakan pandangan hidup atau penuntun bagi bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan (IBI, 2003).

Falsafah kebidanan tersebut adalah:

1. Profesi kebidanan secara nasional diakui dalam undang-undang maupun peraturan pemerintahan Indonesia yang merupakan salah satu tenaga pelayanan kesehatan professional dan secara internasional diakui oleh ICM, FIGO, dan WHO.
2. Tugas, tanggung jawab, dan kewenangan profesi bidan yang telah diatur dalam beberapa peraturan maupun keputusan Menteri Kesehatan ditujukan dalam rangka membantu program pemerintah bidang kesehatan, khususnya dalam bidang rangka menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Perinatal (AKP), pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Pelayanan Keluarga Berencana (KB), pelayanan kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan reproduksi lainnya.
3. Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan esuai dengan kebutuhan manusia dan perbedaan budaya. Setiap

individu berhak untuk menentukan nasib sendiri, mandapat informasi yang cukup, dan berperan di segala aspek pemeliharaan kesehatannya.

4. Bidan meyakini bahwa menstruasi, kehamilan, persalinan dan menopause adalah proses fisiologi, dan hanya sebagian kecil yang membutuhkan intervensi medis.
5. Persalinan adalah suatu proses yang alami, peristiwa normal, namun apabila tidak dikelola secara tepat, bisa berubah menjadi abnormal.
6. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, untuk itu setiap perempuan usia subur, ibu hamil, melahirkan, dan bayinya berhak mendapatkan pelayanan yang berkualitas.
7. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga yang membutuhkan persiapan mulai anak menginjak masa remaja.
8. Kesehatan ibu periode reproduksi dipengaruhi oleh perilaku ibu, lingkungan, dan pelayanan kesehatan.
9. Intervensi kebidanan bersifat komprehensif, mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitative yang ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat.
10. Manajemen kebidanan diselenggarakan atas dasar pemecahan masalah dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan yang professional dan interaksi social serta asas penelitian dan pengembangan yang dapat melandasi manajemen secara terpadu.
11. Proses kependidikan kebidanan sebagai upaya pengembangan kepribadian berlangsung sepanjang hidup manusia, perlu dikembangkan dan diupayakan untuk berbagai strata mesyarakat.

C. PELAYANAN KEBIDANAN

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan, dilakukan secara mandiri, kolaborasi, konsultasi dan rujukan bagi kesehatan reproduksi perempuan sepanjang siklus kehidupannya, termasuk bayi dan anak Balita. Pelayanan kebidanan diselenggerakan mulai dari tingkat primer, sekunder, dan tersier yang tersusun dalam suatu mekanisme rujukan timbal-balik.

D. PRAKTIK KEBIDANAN

Praktik kebidanan adalah implementasi dari ilmu kebidanan oleh Bidan yang bersifat otonom, kepada perempuan, keluarga dan komunitasnya, didasari etika dan kode etik Bidan.

E. ASUHAN KEBIDANAN

Asuhan kebidanan ad/ proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh Bidan sesuai dengan wewenang & ruang lingkup praktiknya brdasarkn ilmu dan kiat kebidanan. Penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan

pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta KB.

MATERI 2

PERKEMBANGAN PELAYANAN DAN PENDIDIKAN KEBIDANAN INTERNASIONAL

II. PERKEMBANGAN PELAYANAN DAN PENDIDIKAN KEBIDANAN INTERNASIONAL

A. Zaman Kuno (Sebelum Masehi)

Catatan paling awal keberadaan manusia berisi tentang fakta adanya pembantu kelahiran. Pembantunya berasal dari keluarga atau di luar keluarga yg mempunyai pengalaman dalam

kelahiran. Hal inilah yg memungkinkan pertama kalinya memplopori adanya bidan, mereka tidak menetapkan bayaran tetapi mendapatkan hadiah. Menurut adat istiadatnya atau kebudayaan wanita yang boleh menolong persalinan adalah wanita yang sudah melahirkan, tidak boleh ada laki-laki yg hadir pd acara ritual tertentu sebelum, selama, dan sesudah persalinan.

Pada zaman ini praktek-praktek kebidanan yang tradisional mungkin bisa menolang, meskipun tidak sesuai dgn dasar-dasar ilmiah.

a. Bangsa Mesir

Setelah kebidanan pertama kali dikenal didirikan di Mesir, di mana kebidanan itu adalah suatu hal yang mulia, dan diberkahi oleh dewa. Bidan-bidannya terlatih dengan baik dan memiliki pengetahuan antomi fisiologi, memiliki aturan-aturan dalam memimpin persalinan dan merawat bayi lahir.

Mereka mempunyai undang-undang dalam mengontrol praktek dan harusmemanggil asisten dari tabib konsultan bila ada masalah selama persalinan. Bidan juga telah melakukan sirkumsisi pada bayi.

b. Bangsa Yahudi

Pertolongan persalinan di bangsa Yahudi banyak mencontoh pada bangsa Mesir. Hal ini dibuktikan pada pengobatan dan pendidikan kebidanan yg didapatkan dari bangsa Mesir. Hyigiene merupakan hal yang paling utama dalam menolong persalinan, termasuk di dlamnya merangsang persalinan dengan bantuan mantra-mantra.

Perawatan neonatus bangsa Yahudi meliputi memotong tali pusat, memandikan bayi, menggosok badan bayi dengan garam dan membungkusnya dengan bedongan. Bidan-bidan di Yahudi telah mendapatkan bayaran atas jasanya.

c. Bangsa Yunani

Bidan dapat menolong persalinan. Mereka harus telah mempunyai anak sendiri, mereka biasanya dibayar atas pelayanan yang telah diberikan dan undang-undang yang keras mengontrol praktek bidan. Hipocrates sebagai bapak pengobatan pada zaman ini telah mengubah pandangan-pandangan selama dalam kebidanan, kasus pertama yang ditemukan olehnya adalah kematian akibat demam Puerperalis. Aristoteles mengajarkan pengaruh-pengaruh praktek kebidanan selama hampir 2000 tahun.

d. Bangsa Roma

Ilmu kebidanan pada bangsa Roma berasal dari negeri Yunani melalui Mesir, ada 2 jenis bidan di Roma, yaitu;

1. Bidan yang ahli dibidangnya: mereka dihargai sebagai pemimpin tim dari ahli obstetri, yang biasanya mereka melakukan praktek sendiri.
2. Bidan yang berstatus rendah: Bidan sederajat dengan pembantu persaianan tradisional.

B. Zaman Pertengahan (1-1500 Masehi)

Pada zaman ini kemajuan perkembangan kebidanan seiring dengan penyebaran agama Kristen, pengetahuan obstetric membuat beberapa pertemuan dua kebutuhan akan bidan untuk dididik telah diakui. Kebidanan masih dipraktekkan secara utuh oleh wanita biasa.

e. Roma

Pada masa ini ada dua orang bangsa Roma dalam kebidanan yaitu:

1. Soranus (Bapak Kebidanan)

   Ia merupakan spesialis obgyin pertama kali dia menulis buku kebidanan dan kualitas atau syarat seorang bidan yang profesional. Beliau yang pertama kali menguraikan tentang Versi Podalic.

2. Galen

   Beliau menulis tentang beberapa obstetri Gynekologi. Galen menguraikan bagaimana bidan mengukur pembukaan serviks dengan menggunakan jari mereka dan penggunaan kursi untuk melahirkan. Selama zaman ini seorang Bidan bernama Cleopatra menulis karangan tentang kebidanan. Bidan lainnya seperti Aspasia dikenal baik olehkarena dia memiliki banyak keterampilann dalam kelahiran bayi diantaranya Versi Podalic, Manajemen Distosia, dan kontrasepsi.

3. Salerno

   Seorang dokter perempuan *Trotula* yang berasal dari Sekolah Kedokteran terkenal di negeri ini, menulis sebuah karangan Gynekologi dan Kebidanan di mana ia menjelaskan penanganan emergensi bagi bidan dalam Penatalaksanaan Retensio Plasenta, Perawatan Nifas, Pemeriksaan Bayi Baru Lahir.

   Menjelaskan pentingnya seorang Bidan memiliki kepercayaan dan pendekatan etis dalam pekerjaan. *Trotula* juga orang pertama kali berusaha memperbaiki Laserasi Perineum Derajat Tiga.

f. Kerajaan Byzantine

Ini meliputi sebagian besar negara-negara di Eropa Timur dengan ibu kota *Konstantinopei,* selama abad 12 Rumah Sakit pertama kali ditemukan di sini *Paulus of Aegina* merupakan Bidan yang pertama kali di zaman ini.

g. Arabia

Kedua dokter Arab Rhazes dan Avicenna menjelaskan prosedur kebidanan tentang penggunaan lastumen untuk persalinan, nampaknya disinilah pertama kalinya digunakan instrumen obstetri. Karena kepercayaan agama menyatakan kebidanan sebagian besar secara keseluruhan berada di tangan wanita.

C. Zaman Kebangkitan (1500-1700 Masehi)

Pada abad 12 sedikit kemajuan telah dibuat dalam hal kebidanan sampai abad ke-16. Pengetahuan tentang Anatomi Fisiologi telah maju dengan pesat melalui jasa beberapa orang seperti *Leonard de Vinci, Gabriello Fallopio of Italy dan Andreas Vesallius of Belgium.*

h. Prancis

Ambroise Pare adalah seorang ahli bedah yang memberikan konstribusi dalam bidang kebidanan dan Gynekologi, dia yang memperkenalkan kembali tentang Versi Podalic dan juga Perintis Sekolah Kebidanan pertama di Prancis. Francois Mauriceau orang yang pertama kali menguraikan tentang kehamilan tuba, persentasi muka dan menjelaskan tentang induksi pembedahan.

Beliau memberikan deskripsi yang jelas tentang mekanisme persalinan dan terkenal oleh karena persalinan wanita di tempat tidur sementara dengan bangku yang tidak bersandar untuk melahirkan. Louyse Bourgeois, beliau yang pertama kali mempublikasikan buku obstetric. Maric Louise Duge, beliau bidan yang pertama kali meneliti tentang kelahiran bayi melalui penyimpangan catatan dan data statistik dari 40.000 wanita yang dia hadiri kelahirannya.

i. Inggris

William Harvey: yang menguraikan sirkulasi darah pd tahun 1616, dikenal sebagai bapak kebidanan di Inggris beliau mencatat perkembangan embrio dan fetus dari setiap tahap.

William Chamberlen: Beliau mempunyai anak yang bernama Peter yang menggunakan Forcep Obstetri sehingga terkenal. Digunakan oleh keluarga Chaberlen secara diam-diam selama tiga generasi.

William Smellie: Beliau seorang dokter dan memperdalam ilmu pemasangan cunam dengan keterangan yang lengkap, ukuran-ukuran pinggul, perbedaan pinggul sempit dan pinggul biasa.

j. Jerman

Justine Slegemudin (1645) adalah bidan pertama di Jerman. Dia adalah bidan di Kota Ligenit, kemudian bekerja sebagai bidan di kerajaan Prussia, dia bekerja sebagai ilmuan dan mempunyai dokumen lengkap. Tahun 1690 menerbitkan buku pegangan.

k. Swiss

Operasi seksio sesaria pertama kali berhasil pada wanita hidup pada tahun 1500, ketika dokter hewan Swiss Jacob Nuter melakukan operasi untuk melahirkan anak mereka. Istrinya dapat bertahan hidup sampai usia 77 tahun.

l. Belanda

Hendrick Van Roonhuyze (1622-?) yang mempromosikan seksio secaria dan Hendrick Van Deventer (1651-1724) yang menggambarkan banyak kelainan panggul, keduanya memberikan konstribusi yang sangat penting pada pelayanan kebidanandan telah mempublikasikan di Belanda. Mereka juga mendirikan organisasi profesi.

D. Sebelum Abad ke-20 (1700-1900)

Dua abad sebelum abad ke-20 telah menghasilkan banyak penemuan besar yang sangat berpengaruh terhadap praktek kebidanan yang membawa banyak orang-orang kedokteran ke dalam kebidanan.

a. William Smelle of Scotlard (1697-1763) adalah salah satu ahli obstetri yang berpengaruh pada abad 18 ditemukan Forcep sesuai dengan ukuran panggul.
b. Ignaz Philip S, dari Hugaria menemukan penyebab sepsis puerperalis.
c. Josep Lister dari Inggris (1827-1912), dia disebut bapak anti sepsis.
d. Louis Pastur (1822-1895), pelopor mikrobiologi
e. William James Morton dari Amerika (1846-1920), pelopor anestesi.
f. James Young Simpson dari Sectlandia (1811-1870), mengenalkan anestesi umum dalam kebidanan.
g. Dr. James Lloyld (1728-1810)
h. Dr. William Shippen (1736-1808), beliau seorang tokoh di AS yang mengembangkan kebidanan, beliau mendirikan kursus kebidanan di Philadelphia Gazette, sehingga banyak menaruh minat pri dan wanita.
i. Dr. Samuel Bard (1742-1821), beliau menulis buku kebidanan yang isinya modren yaitu cara mengukur kongujata diagonalis, kelainan-kelainan panggul, dan melarang pemeriksaan dalam apabila tidak ada indikasi menasehatkan jangan menarik tali pusat untuk mencegah terjadinya Inversio Uteri, mengajarkan letak muka dapat lahir spontan. Melarang pemakaian cunam yang berulang-ulang karena akan banyak menimbulkan kerugian.
j. Dr. Walter Channing (1786-1876), beliau diangkat sebagai Profesor kebidanan di sekolah kedokteran Harvard.

Pelopor-pelopor yang Berjasa dalam Perkembangan Kebidanan

Sejarah menunjukkan bahwa kebidanan merupakan salah satu profesi tertua di dunia sejak adanya peradaban utama manusia, ini terlihat banyaknya pelopor-pelopor yang berjasa dalam perkembangan kebidanan, antara lain:

a. **Hipocrates (460-370 SM)**

Selama hidupnya beliau menaruh perhatian besar terhadap perawatan dan pengobatan sehingga beliau dijuluki sebagai bapak pengobatan. Selain itu, beliau menaruh minat pula terhadap kebidanan. Menganjurkan agar wanita yang sedang bersalin ditolong dengan dasar perikemanusiaan dan mendapatkan perawatan yang selayaknya.

b. Soranus (98-138 SM)

Beliau dijuluki sebagai bapak kebidanan karena beliaulah yang pertama kali menaruh minat terhadap kebidanan sesudah masa Hipocrates. Soranus juga menulis buku yang merupakan buku pelajaran, bagi bidan-bidan diberi judul Katekimus bagi bidan-bidan Roma.

c. Guru-Guru Besar dari Itali

Pada abad ke XV pengobatan mulai lebih maju lagi terutama mengenai Anatomi dan Fisiologi tubuh manusia. Guru-guru besar Itali yang terkenal dan banyak berjasa ialah (1) Vesalius (2)Fabricus (3) Eustachius yang menemukan taba Eustachius (4) Fallopius yang menemukan tuba Fallopius, (5) Arantius yang menemukan ductus Arentil. Juga salah seorang murid yang ulung dari guru besar ini adalah William Harvey (1578-1657) ia menyelidiki tentang fisiologi plasenta serta selaputnya.

d. Perkembangan di Perancis

Tokoh yang membawa perkembangan kebidanan di Perancis adalah: Ambrobe Pare (1510-1590) Beliau telah membawa kemajuan kebidanan di Prancis dengan penemuannya tentang Versi Podali.

e. Perkembangan di Amerika Serikat

Dulu di AS persalinan ditolong oleh dukun-dukun beranak yang tidak berpendidikan setelah mendengar perkembangan di Inggris serta mendengar pekerjaan William Smllie dan William Hunter. Beberapa orang AS terpengaruh untuk memperdalam kebidanan, ad:

1. Inggris

Tahun 1864 sekolah wanita kebidanan dibuka di London, Florance Nightisale sebagai pelopor pelatih bidan. Tahun 1862 ia membentuk pelatihan kebidanan bekerja sama dengan king's collage hospital.

Tahun 1869 sekolah wanita kebidanan dibuka di London menemukan laporan yang menyebabkan kematian bayi, salah satu pemecahannya adalah dengan mengadakan panitia ujian, jadi para bidan di tes dan digelari diploma. Panitia ujian bidan telah dibentuk dan pertama kali diadakan tahun 1872 dengan 6 calon pendaftaran ujian dan pelatihan ini secara sukarela dan diploma tidak diakui oleh pemerintah. Syarat ujian untuk London Obstetrical adalah:

a. Surat kelakuan baik.
b. Usia antara 20-30 tahun.
c. Terbukti pernah dapat mendapatkan minimal 25 kasus di bawah bimbingan pegawai dengan nilai memuaskan.
d. Mempunyai bukti bimbingan dan dibenarkan dosen mengikuti ujian tulis dan lisan.

Tahun 1881 Midwife Institusi didirikan dengan tujuan agar bidan dapat diakui pemerintah ini diajukan pada sidang parlemen tahun 1890 namun tidak berhasil. Mr. Heyeood Johnstone mengenalkannya kembali pada tahun 1908, dan kemudian 31 Juli 1920 kerajaan mengakuinya. Tahun 1949 diadakan perekrutan bidan dan membuat rekomendasi bidan serta guru bidan.

Dari sejarah terjadinya medikalisasi wanita di Inggris menuntut haknya dalam natural child birth, untuk itu bidan bangkit. Dalam praktek pelayanan kebidanan lebih berorientasi pada wanita, otonomi bidan mandiri. Dalam perkembangan kebidanan (natural child birth, muncul istilah Hydro Therapy, Water Bath, aroma therapy, usic therapy, Refleksi, Acupuntur)

Pendidikan kebidanan:

- Direct Entry, SMU + 3 tahun pendidikan bidan
- Nurse + 18 bulan pendidikn bidan

Mayoritas bidan lulusan diploma dan advence diploma. Setelah tahun 1995 Universitas Bachelor membuka pendidikan bidan dari SMU + 3 tahun sampai 4 tahun hingga ada pendidikan S2.

Untuk akreditasi 5 kali studi perhari, dalam 3 tahun dan mendapatkan sertifikasi, eritical analisis, Reflektion, Evaluation, Find Evidence.

Laporan projek 2000 telah menyatukan bahwa pendidikan program bidan selama tiga bulan. Program dasar kebidanan baik diploma maupun yang seikat dengannya, banyak bidan yang memilih untuk melanjutkan pendidikannya sampai mendapat gelar master dan PHD.

2. Amerika

Tahun 1765 pendidikan formal untuk bidan dibuka tetapi banyak yg tidak menyetujui, mereka berpendapat bahwa secara emosi dan intelektual wanita tidak dapat belajar dan menetapkan obstetric. Tahun 1955 American Collage of Nurse-Midwine (ACNM) dibuka, tahun 1971 di Tenesse bidan menolong persalinan mandiri di institusi kesehatan kesehatan. Tahun 1980an ACNM membuat pedoman dalam hemobinth, tegaksasi praktek profesional bidan. Tahun 1982 MANA (Midwine Allance of North American) dibentuk untuk meningkatkan komunikasi antara bidan serta membuat peraturan bagi dasar kompetensi untuk melindungi bidan.

3. Australia

Florance Nightingale adalah pelopor kebidanan dan keperawatan yang mulai dengan tradisi dan latihan-latihan pada abad 19 pendidikan bidan pertama kali di Australia tahun 1862 dengan lulusan dibekali dengan pengetahuan teori dan praktek.

Pendidikan diploma kebidanan dimulai tahun 1893. Sejak tahun 1899 hanya bidan sekaligus perawat yang terlatih yang boleh bekerja di rumah sakit. Sejak 10 tahun terakhir pendidikan bidan di Australia mengalami perkembangan yang pesat. Dasar pendidikan tradisional hospital base program berubah menjadi tentiary course of studies menyesuaikan kebutuhan masyarakat.

Keberadaan bidan di Australia hampir sama dengan keberadaan bidan di AS. Bidan di Australia didasari pengaruh teknik medical (pengobatan) dimana kemandirian bidan masih menurun. Hal ini terlihat dengan adanya pertolongan persalinan dibeberapa negara bagian

yang tidak ditolong oleh bidan sehingga di Australia banyak hanya membantu mendampingi pertolongan persalinan. Pendidikan bidan di Australia dimulai dari perawat setelah itu melanjutkan ke S1 + S2 Kebidanan.

4. **Netherland**

   Persalinan di Netherland tahun 1988, 80% ditolong bidan di rumah dan 20% di rumah sakit. Di Netherland, bidan praktek mandiri melakukan pelayanan kebidanan di komunitas sehingga kondisi kesehatan ibu baik. Dengan pendidikan bidan selama 3 tahun (direct entry) dan 4 tahun.

5. **Jerman**

   Kemandirian bidan masih rendah, persalinan banyak dilakukan di RS. Bidan bekerja sebagai perawat obsgyn, ahli obsgyn melakukan segalanya. Setelah melihat negara Eropa, pendidikan bidan direct entry mulai berkembang.

6. **Moscow (Rusia)**

   Di Moscow sangat sulit dibedakan antara obstetric dengan bidan/midwife. Ini terlihat dari konsep bidan yang sangat independen yaitu tidak tergantung pada asuhan prenatal, intranatal, & postnatal, sehingga pelayanan kebidanan di negara ini tidak memuaskan.

7. **Bangladesh**

   Di India bidan dikategorikan dari pengalamannya:

   a. Penolong persalinan kelas atas (5-10 persalinan/tahun)
   b. Penolong persalinan pendidikannya tidak tinggi tetapi banyak pengalamannya (10-20 persalinan/bulan)
   c. Penolong persalinan profesional (nurse midwifes)

   Pendidikan di Bangladesh dimulai dari 3 tahun perawat + 1 tahun bidan, dan 4 tahun pendidikan bidan dari SMP.

   Adapun tahap pendidikan orientasi belajar mandiri yang dianut di Bangladesh:
   Tahap 1: fungsi manusia sehat dan sosial budaya
   Tahap 2: pencegahan penyakit dan kesehatan keluarga
   Tahap 3: rehabilitasi
   Tahap 4: ilmu kebidanan

8. **Jordania**

   Pandangan masyarakat tentang bidan lebih diterima dibanding dengan barat. Pada tahun 1950 berdasarkan prinsip medical persalinan ditolong oleh dokter. 78% persalinan MOH center dan 50% Private Gp (jarang didampingi bidan)
   Bidan Jordania sebanyak 460 bidan:

   - 183 kerja di MOH sebagai asisten dokter
   - 109 Private sector tidak menolong persalinan
   - 166 Medical Institute Hospital

Pendidikan bidan di Jordania selama 27 bulan dasarnya Diploma yaitu tahun I Keperawatan da tahun II Kebidanan. Kondisi masyarakat *IGNORI* : terhadap kemampuan seharusnya.

9. **Malaysia**

   pendidikan Bidan di Malaysia SMP + Juru Rawat (1 tahun Bidan). Program kebidanan di Desa di Malaysia beriorentasi pada skill dan mutu pelayanan, sehingga dengan adanya Bidan di Malaysia dapat menurunkan angka kematian Ibu dan angka kematian Bayi.

10. **Jepang**

    Sekolah Bidang tahun 1912. Regulasi untuk seleksi dan lisensi tahun 1899. Pelayanan sudah ada sejak perang dunia ke II, pendidikan Bidan didiirikan oleh obsgyn sehingga lulusannya adalah perawat obstetri yang membantu dokter obsgyn dalam pertolongan persalinan. Pelayana kebidana di bawah pegaruh medikalisasi, dimana pelayanan kebidan beriorentasi pada RS. Pendidikan bidan 3 tahun perawat usia saat masuk minimal 20 tahun minimal 6 bulan – 1 tahun di Universitas 8-12 SKS : 15 jam teori, 30 jam lab dan 45 jam praktek bertujuan untuk perawatan ibu dan anak. Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kebidanan, sehubungan dengan peningkatan aborsi di remaja. Tahun 1987 peran bidan kembali dan tahun 1989 berorientasi pada siklus kehidupan wanita mulai dari pubertas sampai klimakterium serta kembali ke persalinan normal.

    Pada tahun 1987 pendidikan bidan dibawah pengawas obstetri, kurikulum yang dipakai tidak adda ilmu psikologi, ilmu biologi dan ilmu sosial. Akhirnya bidan diluluskan tidak ramah dan tidak menolong persalinan. Setelah melihat kondisi di negara Inggris, di Jepang melakukan peningkatan pelayanan dan pendidikan bidan serta mulai menata dan merubah situasi.

11. **New Zeland dan Canada**

    Pada tahun 1900 terjadi perubahan kewenangan bidan yaitu ke arah medikalisasi kehamilan, persalinan dilakukan di Rumah Sakit dan persalinan dilakukan oleh dokter, bidanhanya sebagai asisten dokter. Dengan keadaan yang demikian kondisi kesehatan ibu buruk, pelayanan kebidanan buruk, wanita tidak puas karena tidak merasa lagi sentuhan persalinan dari seorang bidan, sehingga masyarakat menuntut dikembalikan lagi ke Filosofi *Natural Childbirth* yaitu Bidan sebagai pelindung situasi normal. Bidan kembali mengambil alih dan dokter tidak boleh intervensi.

    Pada tahun 1980 wanita dan bidan sebagai *partner ship*, bidan melakukan independen dimana bertanggung jawab terhadap kondisi normal ibu. Pada saat ini mutu pelayanan kebidanan meningkat karena berorientasi pada *partner ship* bidan dan wanita. Dengan mutu pelayanan kebidanan yang meningkat menyebabkan perubahan drastis 86% persalinan ditolong oleh bidan sehingga wanita merasa puas.

    Perkembangan kebidanan sudah mulai bagus, kebidanan tidak pernah dari perawat dulu. Dosen harus mempunyai *case load* yang tinggi (pengalaman praktek).

MATERI 3

PERKEMBANGAN PELAYANAN DAN PENDIDIKAN KEBIDANAN DI INDONESIA

III. PERKEMBANGAN PELAYANAN DAN PENDIDIKAN KEBIDANAN DI INDONESIA

a. Perkembangan Pelayanan Kebidanan

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

Pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kebidanan hanya diperuntukkan bagi orang-orang Belanda yang ada di Indonesia. Kemudian pada tahun 1849 dibuka pendidikan dokter Jawa Batavia (di Rumah Sakit Militer Belanda sekarang). 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 anak termasuk 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 wilayah kerjanya serta mengembangkan Pondok Bersalin sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat. Hal tersebut di atas adalah pelayanan yang diberikan oleh bidan di desa. Pelayanan yang diberikan

berorientasi pada kesehatan masyarakat berbeda 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:

1. Safe Motherhood, termasuk bayi baru lahir dan perawatan abortus
2. Family Planning
3. Penyakit menular seksual termasuk infeksi saluran alat reproduksi
4. Kesehatan reproduksi pada remaja
5. 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.

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 melaksanakan 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.

Pelayanan kebidanan yang adekuat hanya dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat (*the privileged few*), ternyata berlaku pula untuk bagian-bagian lain dari pelayanan kesehatan. Hanya mereka yang tinggal di kota-kota dan cukup mampu yang memperoleh pelayanan sempurna, sedangkan untuk sebagian besar masyarakat, terutama yang tinggal di daerah ppedesaan, pelayanan adekuat tidak sampai pada mereka. Keadaan ini melahirkan konsep Pusat kesehatan Masyarakat (*Community Healt Center*). Pusat ini diadakan di ibu kota kecematan dan bertujuan member pelayanan kesehatan dalam bidang preventif dan kuratif. Aktifitas mencakup pengobatan penyakit, kesejahteraan ibu dan anak, keluarga berencana, pemberantasan penyakit menular, hygiene dan sanitasi, perbaikan gizi, penyuluhan kesehatan, kesehatan gigi, kesehatan mental, kesehatan sekolah, penyelenggaraan laboratorium sederhana, perawatan kesehatan masyarakat (public health nursing) dan pengumulan data untuk evaluasi dan perencanaan.

Pembentukan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di mulai pada Pelita I (1969-1974), akan tetapi baru berkembang pesat dalam Pelita II (1974-1979). Pada pada pertengahan tahun1979 terdapat 4.353 Pukesmas dan 6.593 Puskesmas Pembantu. Dewasa ini, Puskesmas dan Puskesmas Pembantu ditingkatkan dan diadakan pula Puskesmas Keliling, dan Puskesmas dengan fasilitas perawatan.

b. **Perkembangan Pendidikan Kebidanan**

Perkembangan pendidikan bidan berhubungan dengan perkembangan pelayanan bidan. Keduanya berjalan seiring dengan menjawab kebutuhan/tuntunan 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 tidak berlangsung lama, karena kurangnya peserta didik yang disebabkan karena adanya larangan ataupun pembatasan bagi wanita untuk keluar rumah.

Pada tahun 1920 pendidikan Bidan dibuka kembali bagi wanita pribumi di Rumah Sakit Militer di Batavia dan pada tahun 1904 pendidikan bidan bagi wanita Indonesia dibuka di Makassar. Lulusan dari pendidkan ini harus bersedia di tempatkan di mana saja tenaganya dibutuhkan dan mau menolong masyarakat yang tidak/ kurang mampu secara cuma-cuma. Lulusan mendapat

tunjangan dari pemerintah kurang lebih 15-25 Gulden per bulan. Kemudian dinaikkan menjadi 40 Gulden perbulan (tahun 1922).

Tahun 1911/1921 dimulai pendidikan tenaga keperawatan secara terencana di CBZ (RSUP) Semarang dan Batavia. Calon yang diterima dari HIS (SD 7 tahun) dengan pendidikan keperawatan 4 tahun dan pada awalnya hanya menerima peserta didik pria. Pada tahun 1914 telah diterima juga peserta didik wanita pertama dan bagi perawat wanita yang lulus 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 disebut Bidan Kelas Satu (Vreodvrouw eerste klas) dan bidan dari lulusan perawat (mantri) disebut 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 3 tahun. Mengingat kebutuhan tenaga untuk menolong persalinan cukup banyak, maka dibuka pendidikan pembantu bidan yang disebut Penjenang Kesehatan E atau Pembantu Bidan. Pendidikan ini dilanjutkan sampai tahun 1967 dan setelah itu ditutup. Peserta didik PK/E adalah lulusan SMP ditambah 2 tahun kebidanan dasar. Lulusan dari PK/E sebagian besar melanjutka pendidikan bidan selama 2 tahun.

Tahun 1953 dibuka Khusus Tambahan Bidan (KTB) di Yogyakarta, lamanya kursus antara 7-12 minggu. Pada tahun 1960 KTB dipindahkan di Jakarta. Tujuan dari KTB ini adalah untuk memperkenalkan kepada lulusan bidan mengenai perkembangan program KIA dalam pelayanan kesehatan masayarakaat, sebelum lulusan memulai tugasnya sebagai bidan terutama menjadi bidan di BKIA. Pada tahun 1967 KTB ditutup (discontinue).

Tahun 1954 dibuka pendidikan guru bidan secara bersama-sama denga guru perawat dan perawat kesehatan masyarakat di Bandung. Pada awalnya pendidikan ini berlangsung 1 tahun, kemudian menjadi 2 tahun dan berakhir berkembang menjadi 3 tahun. Pada awal tahun 1972 institusi pendidikan ini diliburkan 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 2 tahun pendidikan bidan yang disebut Sekolah Pendidikan Lanjutan Jurusan Kebidanan (SPLJK). Pendidikan ini tidak dilaksanakan secara merata diseluruh provinsi.

Pada tahun 1974 mengingatkan tenaga kesehatan menengah dan bahwa sangat banyak (24 kategori), Departemen Kesehatan melakukan penyederhanaan pendidikan tenaga kesehatan nonsarjana. Sekoalah bidan ditutup dan dibuka Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dengan tujuan adanya tenaga multi purpose dilapangan dimana salah satu tugasnya 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 1975-1984 institusi pendidikan bidan ditutup, sehingga selama 10 tahun tidak menghasilkan bidan. Namun organisasi profesi bidan (IBI) tetap ada dan hidup secara wajar.

Tahun 1981 meningkatkan kemampuan perawat kesehatan (SPK) dalam pelayaanan kesehatan ibu dan anak termasuk kebidanan, dibuka pendidikan Diploma I Kesehatan Ibu dan Anak. Pendidikan ini hanya berlangsung 1 tahun dan tidak dilakukan oleh semua ilustrasi.

Pada tahun 1985 dibuka lagi program pendidikan bidan yang disebut (PPB) yang menerima lulusan dari SPR dan SPK. Pada saat itu dibutuhkan bidan yang memiliki kewenangan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencan di masyarakat. Lama pendidikan 1 tahun dan lulusannya dikembalikan kepada institusi yang mengirim.

Pada tahun 1989 dibuka crash program pendidikan bidan secara nasional yang memperbolehkan lulusan SPK untuk langsung masuk program pendidikan bidan. Program ini dikenal sebagai Program Pendidikan Bidan A (PPB/A). Lama pendidikan 1 tahun dan lulusannya di tempatkan di desa-desa dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan terutama pelayanan kesehatan terhadap ibu dan anak di daerah pedesaan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan keluarga dan menurunkan angka kematian ibu dan anak. Untuk itu pemerintah menempatkan seorang bidan disetiap desa sebagai PNS Golongan II. Mulai tahun 1996 status bidan di Desa sebagai pegawai tidak tetap (bidan PTT) dengan kontrak selama 3 tahun denga pemerintah yang kemudian dapat diperpanjang 2x3 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 berkomnikasi, 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 sudah memiliki minimal seorang bidan. Lulusan pendidikan ini kenyataannya juga tidak memiliki pengetahuan danketerampilan seperti yang diharapkan sebagai seorang bidan yang profesional, karena lama pendidikan yang terlalu singkat dan jumlah peserta didik terlalu besar dalamkurun waktu 1 tahun akademik, sehingga kesempatan peserta didiik 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 Akademik Perawat (AkPer) dengan lama pendidikan 1 tahun. Tujuan program ini adalah untuk memprsiapkan tenaga pengajar pada Program Pendidikan Bidan A. Berdasarkan jasil 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 2 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 sebelas provinsi yaitu : Aceh, Bengkulu, Lampung dan Riau (Wilayah Sumtera), Kalimantan Barat, Kalimantan Timur dan Kalimantan Selatan (Wilayah Kalimantan), Sulawesi Selatan, NTT, Maluku dan Irian Jaya. Pendidikan ini memerlukan kurikulum 3700 jam yang dapat diselesaikan dalam waktu 6 semester.

Selain program pendidikan diatas, sejak tahun 1994-1995 pemerintah juga menyelenggarakan uji coba pendidikan bidan jarak jauh (distance learning) di tiga provinsi Jawa Barat, Jaa 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) Kesehatan yang ditunjukkan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keteram[ilan bidan agar mampu melaksanakan tugasnya dan diharapkan berdampak pada penurunan AKI danAKB. DJJBidan dilaksanakan dengan menggunakan modul sebanyak 22 buah.pendidikan ini dikoordinasikan oleh pusdiklat Deskes dan dilaksanakan oleh Bapelkes di provinsi. DJJTahap I (1995-1996) dilaksanakan du 15 provinsi pada tahap II (1996-1997) dilaksanakan di 16 provinsi dan pada tahap III (1997-1998) dilaksanakan di 16 provinsi. Secara kumulatif pada tahap 1-III telah diikuti oleh 6.306 orang bidang dan sajumlah 3.439 (55%) dinyatakan lulus. Pada tahap IV (1998-1999) DJJ dilaksanakan di 26 provinsi dengan jumlah tiap provinsinya adalah 60 orang, kecuali ProvinsiMaluku, Irian Jaya dan Sulawesi Tengah MASING-MASING HANYA 40 ORANG PROVINSI 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 pelaksanaan kegawatdaruratan maternal neonatal (LSS=*Life Saving Skill*) degan materi pembelajaran berbentuk 10 modul. Koordinatornya adalah Direktorat Kesehatan Keluarga Ditjen binkesmas, sedang pelaksanannya adalah rumah sakit provinsi/kabupaten. Penyelenggaraan dinilai tidak efektif ditinjau dari proses.

Pada tahun 1996, IBI bekerjasama dengan Departemen Kesehatan dan *American College of Nurse Midwive* (ACNM) dan rumah sakit suwasta mengadakan *Training of Trainer* kepada anggota IBI sebanyak 8 orang untuk LSS, yang kemudian menjadi tim pelatih LSS inti di PP IBI. Tim pelatih LSS ini mengadakan TOT dan pelatih baik baik untuk bidan di desa maupun bidang praktek swasta. Pelatihan peraktek dilaksanakan di 14 propinsi dan selanjutnya melatih bidan praktek swasta secara swadaya, begitu juga guru/dosen dari DIII kebidanan.

Tahun 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 dikordinasikan oleh Maternal Neonatal Health (MNH) yang sampai saat ini telah melatih APN di

beberapa di propinsi. Pelatihan LSS dan APN tidak hanya untuk pelatihan pelayanan, tetapi juga guru, dosen-dosen dari Akademi Kebidanan.

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

MATERI 4

PARADIGMA ASUHAN KEBIDANAN

IV. PARADIGMA ASUHAN KEBIDANAN

A. PENGERTIAN PARADIGMA

Menurut kamus bahasa Indonesia paradigma adalah kerangka berfikir. Defenisi paradigma oleh para ahli sbb:

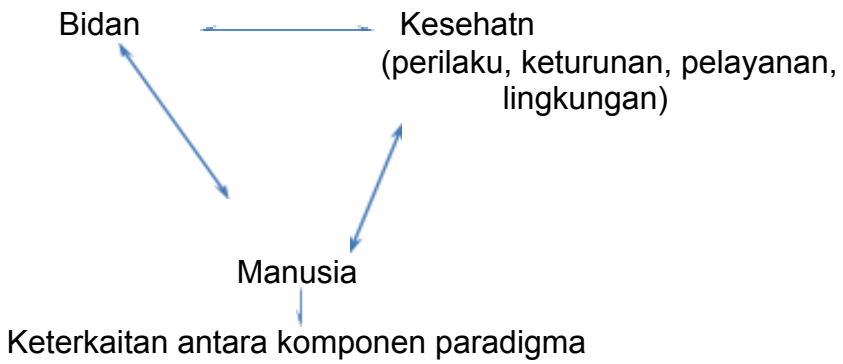
1. Pandangan fundamental terehadap persoalan dalam suatu cabang ilmu pengetahuan (Masteman, 1970)
2. Paradigma menjelaskan dunia kepada kita dan menolong kita memahami setiap fenomena yg terjadi di sekitar kita (Adam Smith, 1975)
3. Pola pikir dalam memahami dan menjaskan aspek tertentu dari setiap kenyataan (Treguson)
4. Suatu pandangan global yg dianut mayoritas anggota suku kelompok ilmiah (Kohu, 1977)

5. Suatu prangkat bantuan yang memiliki nilai tinggi dan sangat menentukan bagi penggunaannya untuk dapat memiliki pola dan secara pandang dasar yang khas untuk melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi, dan memilih tindakan mengenai suatu kenyataan atau fenomena kehidapan manusia (Purwanto, P. 1997)

   Paradigma kebidanan: suatu cara pandang bidan dalam memberikan pelayanan yaitu pandangan terhadap manusia (wanita), lingkungan, prilaku, pelayanan. Kesehatan/Kebidanan, keturunan (Mustika, 2004).

B. KOMPONEN PARADIGMA KEBIDANAN

Komponen digambarkan sbb:



1. Manusia (wanita)

   Manusia (wanita) merupakan fokus utama dari pelayanan kebidanan, bertindak sebagai klien yang merupakan mahluk biopsikososial (Bios berasal dari kata bio yang artinya hidup, psiko berasal dari kata psyche yang artinya roh/jiwa dan sosial yang berasal dari kata socius yang artinya teman) dan spiritual yang komprehensif/satu kesatuan yang memiliki sifat unik dengan kebutuhannya yang berbeda-beda sesuai dengan tingkat perkembangannya masing-masing (Konsorsium Ilmu Kesehatan, 1992)

   Wanita adalah penerus generasi keluarga dan bangsa sehingga keberadaaan wanita yang sehat jasmani dan rohani serta sosial sangat diperlukan. Wanita juga salah seorang pendidik pertama dan utama dalam keluarga karena para wanita dimasyarakat adalah penggerak dan pelopor peningkatan kesejahteraan keluarga.

2. Lingkungan

   a. Lingkungan merupakan semua yang ada di lingkungan dan terlibat dalam semua interaksi individu pada saat melakukan aktifitas. Lingkungan tersebut dapat meliputi lingkungan fisik, lingkungan psiko dan sosial.

b. Lingkungan fisik yang dimaksud adalah segala bentuk lingkungan secara fisik yang dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan seseorang seperti adanya daerah-daerah wabah, lingkungan kotor, dekat pembuangan air limbah atau sampah dan lain-lain. Lingkungan ini jelas dapat mempengaruhi kebutuhan dasar manusia dalam bentuk kebutuhan keamanan dan keselamatan dari bahaya yang ditimbulkannya.
c. Lingkungan psikologis artinya keadaan yang menjadikan terganggunya psikologis pada seseorang seperti lingkungan yang kurang aman yang mengakibatkan kecemasan dan ketakutan akan bahaya yang ditimbulkannya.
d. Lingkungan sosial dalam hal ini adalah masyarakat yang luas serta budaya yang ada juga dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang serta adanya kehidupan spiritual juga mempengaruhi perkembangan seseorang dalam kehidupan beragama serta meningkatkan keyakinannya.
e. Masyarakat adalah organisasi yang terbentuk akibat interaksi antar manusia, budaya, lingkungan yang bersifat dinamis, terdiri dari individu, keluarga, kelompok dan komuniti yang memiliki tujuan dan system nilai. Klien/Ibu/Wanita merupakan bagian dari anggota keluarga dan unit komuniti.
f. Bidan juga sebagai anggota komuniti dan pelaksana pelayanan kepada komuniti harus mempunyai pengetahuan yang luas dan dalam tentang komuniti serta unit dasarnya, membantu meningkatkan dan memperthankan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat serta member motivasi untuk mencapai tingkat kesehatan setinggi-tingginya.

3. Perilaku

Perilaku dalam pandangan biologis adalah suatu keiatan atau aktifitas organism yang bersangkutan. Prilaku merupakan hasil dari pengalaman serta interaksi manusia dalam lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan sikap dan tindakan. Prilaku manusia bersifat holistic atau menyeluruh. Oleh karena itu, perilaku manusia itu mempunyai cakupan yang sangat luas. Perilaku ibu pada saat kehamilan akan mempengaruhi kehamilan, perilaku ibu dalam mencari penolong persalinan akan mempengaruhi kesejahteraan ibu dan yang dilahirkan. Demikian pula dengan perilaku ibu pada masa nifas akan mempengaruhi kesehatan ibu dan bayinya.

Adapun perilaku professional dari bidan mencakup:

a. Dalam melaksanakan tugasnya, bidan berpegang teguh pada filosofi etika profesi dan aspek legal.
b. Bertanggung jawab dalam keputusan klinis yang dibuatnya
c. Senantiasa mengikuti perkembangan pengetahuan dan keterampilan mutakhir secara berkala
d. Menggunakan cara pencegahan universal untuk penyakit menular dan strategi pencegahan infeksi
e. Menggunakan konsultasi dan rujukan yang tepat selama memberikan asuhan kebidanan

f. Menghargai dan memanfaatkan budaya setempat sehubungan dengan praktik kesehatan, kehamilan, kelahiran, periode pasca salin, bayi baru lahir dan anak
g. Menggunakan model kemitraan dalam bekerjasama dalam kaum wanita/ibu agar mereka dapat menentukan pilihan yang telah di informasikan tentang semua aspek asuhan, meminta persetujuan secara tertulis supaya mereka bertanggung jawab atas kesehatannya sendiri
h. Menggunakan keterampilan berkomunikasi, mendangar dan memfasilitasi
i. Bekerjasama dengan petugas kesehatan lain untuk meningkatkan kesehatan ibu dan keluarga
j. Advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan

4. Keturunan

Kualitas seorang manusia salah satunya ditentukan oleh keturunan. Manusia yang sehat pasti dilahirkan oleh ibu yang sehat. Hal tersebut berdasarkan persiapan wanita sebelum perkawinan, masa kehamilan, masa kelahiran dan nifas. Walaupun masa kehamilan, kelahiran dan nifas adalah proses yang fisiologis namun bisa menjadi patologis. Hal tersebut akan berpengaruh pada bayi yang akan dilahirkan. Misalnya kehamilan kembar, lebih beresiko dari pada kehamilan hanya dengan satu janin. Oleh karena itu,layanan praperkawinan, masa kehamilan, kelahiran dan nifas sangat penting dan mempunyai keterkaitan satu dengan yang lainnya dan tidak terpisahkan.

5. Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah suatu praktik pelayanan kesehatan yang spesifik yang bersifat reflektif dan analisis ditujukan pada wanita khususnya bayi,ibu dan Balita dilaksanakan secara mandiri dan professional yang didukung oleh seperangkat ilmu pengetahuan yang saling terkait dengan menggunakan suatu metode ilmiah, dilandasi dengan etika dan kode etik profesi. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang memberikan asuhan esensial dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak Balita yang mempengaruhi tingkat kesejahteraan keluarga. Pelayanan yang dilakukan oleh bidan itu sendiri telah sesuai dengan kewenangannya berdasar peraturan yang ditetapkan pemerintah sesuai standar yang telah ditetapkan.

Adapun sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga dan masyarakat, yang meliputi usaha-usaha sebagai berikut:

a. Peningkatan (Promotif)
   Misalnya dapat dilakukan dengan adanya promosi kesehatan (penyuluhan tentang imunisasi, himbauan kepada masyarakat untuk pola hidup sehat)
b. Pencegahan (Preventif)
   Dapat dilakukan dengan pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, pemeriksaan HB, imunisasi bayi, pelaksanaan senam hamil dan sebagainya.

c. Penyembuhan (Kuratif)
   Dilakukan sebagai upaya pengobatan misalnya pemberian tranfusi darah pada ibu anemia berat karena perdarahan post partum
d. Pemulihan (Rehabilitatif)
   Misalnya pemulihan kondisi ibu post seksio caesaria (SC)

Adapun layanan kebidanan dibedakan menjadi 3 yaitu:

1. Layanan kebidanan primer yaitu layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.
2. Layanan kebidanan kolaborasi yaitu layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan
3. Layanan bidan rujukan yaitu layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke system pelayanan yang lebih tinggi, misalnya rujukan dari bidan ke Rumah Sakit atau rujukan bidan ke petugas kesehatan yang sejajar untuk menjamin dan meningkatkan kesejahteraan ibu serta bayinya.

C. MACAM-MACAM ASUHAN KEBIDANAN

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana. Adapun bentuk-bentuk asuhan kebidanan yang diberikan meliputi:

1. Asuhan kebidanan pada ibu hamil
   Asuhan ibu hamil oleh bidan dilakukan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosis dan rencana tindakan, serta melaksanakannya untuk menjamin keamanan dan kepuasan serta kesejahteraan ibu dan janin selama periode kehamilan.
2. Asuhan kebidanan ibu bersalin
   Asuhan kebidanan oleh bidan dimulai dengan mengumpulkan data, menginterpretasikan data untuk menentukan diagnosis persalinan dan mengidentifikasikan masalah/kebutuhan, serta membuat rencana, dan melaksanakan tindakan dengan memantau kemajuan persalinan serta menolong persalinan.
3. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
   Asuhan bayi baru lahir oleh bidan dimulai dari menilai kondisi bayi, memfasilitasi terjadinya pernafasan spontan, mencegah hipotermia, memfasilitasi kontak dini dan mencegah hipoksia sekunder, menentukan kelainan, serta melakukan tindakan pertolongan dan merujuk sesuai kebutuhan.
4. Asuhan kebidanan pada ibu nifas

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

5. Asuhan pada bayi dan balita
6. Asuhan kebidanan komunitas
7. Asuhan pada wanita dengan gangguan reproduksi

D. MANFAAT PARADIGMA DIKAITKAN DENGAN ASUHAN KEBIDANAN

1. orang/individu/manusia adalah fokus paradigma.
2. orang/manusia harus bertanggung jawab terhadap kesehatan sendiri.
3. manusia berinteraksi dengan lingkungan/masyarakat.
4. lingkungan / masyarakat dapat mempengaruhi kesehatan
5. Bidan sebagai manusia harus memiliki ilmu pengetahuan untuk mengetahui bagaimana diri sendiri.
6. 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.
7. sifat-sifat manusia harus diperhatikan, keterbukaan dan kesabaran antara hubungan bidan dan wanita sangat dibutuhkan.
8. interaksi antara bidan dan pasien mendorong keterbukaan hubungan bidan dengan wanita.
9. bidan–pasien saling membutuhkan.
10. 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.
11. Sebagai dasar bagi bidan di dalam memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif
12. Macam asuhan kebidanan yang diberikan sesuai dengan masalah & kebutuhan klien/wanita
13. Ditentukannya kompetensi bidan yg menjadi kemampuan dasar bagi bidan untuk dapat memberikan asuhan kebidanan

MATERI 5

PERAN DAN FUNGSI BIDAN

V. PERAN DAN FUNGSI BIDAN

A. Peran Bidan

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

1. Peran sebagai Pelaksana

Pelaksanaan Asuhan dan Pelayanan kebidanan. Bidan dapat bekerja mandiri melakukan pelayanan kebidanan primer sesuai dengan wewenangnya dan menentukan perlunya dilakukan rujukan. Disamping itu perannyaa didalam pelayanan kolaboratif sebagai mitra dalam pelayanan medis terhadap ibu, bayi dan anak dan sebagai anggota tim kesehatan dalam pelayanan kesehatan keluarga dan masyarakat.

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggung jawab bidan dalam pelayanan yang diberikan kepada klien yang memiliki kebutuhan dan masaalah kebidanan (kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir,keluarga berencana, kesehatan reproduksi wanita, dan pelayanan kesehatan masyarakat).

Tujuan asuhan kebidanan adalah menjamin kepuasan dan kesehatan ibu dan bayinya sepanjang siklus reproduksi, mewujudkan keluarga bahagia dan berkualitas melalui pemberdayaan perempuan dan keluarganyadengan menumbuhkan rasa percaya diri. Pelaksanaan kebidanan merupakan baguan integral dan pelayanan kesehatan, yang difokuskan pada pelayanan kesehatan wanita dalam siklus reproduksi, bayi baru lahir dan balita untuk mewujudkan kesehatan keluarga sehingga tersedia Sumber Daya manusia (SDM) yang berkualitas di masa depan. Sebagai pelaksanaan, bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi dan tugas ketergantungan.

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

a. Tugas mandiri

Tugas-tugas mandiri bidan, yaitu:

1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan, mencakup:
   a) Mengkaji status keseharan untuk memenuhi kebutuhan asuhan klien.
   b) Menentukan diagnosis.
   c) Menyusun rencana tindakan sesuai dengan masalah yang dihadapi.
   d) Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
   e) Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan.
   f) Membuat rencana tindak lanjut kegiatan/tindakan.
   g) Membuat pencatatan dan pelaporan kegiatan/tindakan.

2) Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan wanita dengan melibatkan mereka sebagai klien, mencakup:
   a) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan anak remaja dan wanita dalam masa pranikah.
   b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan dasar.
   c) Menyusun rencana tindakan/layanan sebagai prioritas mendasar bersama klien.
   d) Melaksanakan tindakan/layanan sesuai dengan rencana.
   e) Mengevaluasi hasil tindakan/layanan yang telah diberikan bersama klien.
   f) Membuat rencana tindak lanjut tindakan/layanan bersama klien.
   g) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan.
3) Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal, mencakup:
   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.
   d) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
   e) Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan bersama klien.
   f) Membuat rencana tindak lanjut asuhan yang telah diberikan bersama klien.
   g) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.
   h) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan yang telah diberikan.
4) Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup:
   a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan.
   b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan.
   c) Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
   d) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
   e) Mengevaluasi asuhan yang telah diberikan bersama klien.
   f) Membuat rencana dndakan pada ibu selama masa persalinan sesuai dengan prioritas.
   g) Membuat asuhan kebidanan.
5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, mencakup:
   a) Mengkaji status kesehatan bayi baru lahir dengan melibatkan keluarga.
   b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.

c) Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai prioritas.
d) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
e) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
f) Membuat rencana tindak lanjut.
g) Membuat rencana pencatatan dan pelaporan asuhan yang telah diberikan

6) Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup:
   a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas.
   b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas.
   c) Menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan prioritas masalah.
   d) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
   e) Mengevaluasi bersama klien asuhan kebidanan yang telah diberikan.
   f) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.
7) Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana, mencakup:
   a) Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada pus (pasangan usia subur).
   b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan.
   c) Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien.
   d) Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
   e) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
   f) Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama klien.
   g) Membuat pencatatan dan laporan.
8) Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause, mencakup:
   a) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan asuhan klien.
   b) Menentukan diagnosis, prognosis, prioritas, dan kebutuhan asuhan.
   c) Menyusun rencana asuhan sesuai prioritas masalah bersama klien.
   d) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
   e) Mengevaluasi bersama klien hasil asuhan kebidanan yang telah diberikan.
   f) Membuat rencana tindak lanjut bersama klien.
   g) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan.
9) Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga, mencakup:
   a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan sesuai dengan tumbuh kembang bayi/balita.
   b) Menentukan diagnosis dan prioritas masalah.
   c) Menyusun rencana asuhan sesuai dengan rencana.

d) Melaksanakan asuhan sesuai dengan prioritas masalah.
e) Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan.
f) Membuat rencana tindak lanjut.
g) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan.

b. Tugas kolaborasi

Tugas –tugas kolaborasi (kerjasama) bidan, yaitu :

1) Menerapkan management kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup :
   a) Mengkaji masalah yang berkaitan dengan komplikasi dan kondisi kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
   b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
   c) Merencanakan tindakan sesuai dengan prioritas kegawatdaruratan dan hasil kolaborasi serta bekerjasama dengan klien.
   d) Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana dan melibatkan klien.
   e) Mengevaluasi hasil tindakan yang telah diberikan.
   f) Menyususn rencna rindak lanjut bersama klien.
   g) Membuat pencatatan dan pelaporan.
2) Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi, mencakup :
   a) Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
   b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan factor risiko, serta keadaan kegawatdaruratan pada kasus risiko tinggi.
   c) Menyusun rencana asuhan dan tindakan pertolongan pertama sesuai dengan prioritas.
   d) Melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil risiko tinggi dan member pertolongan pertama sesuia dengan prioritas.
   e) Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama.
   f) Menyususn rencna rindak lanjut bersama klien.
   g) Membuat pencatatan dan pelaporan.
3) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup :

a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan factor risiko dan keadaan kegawatdaruratan.
c) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan factor risiko tinggi dan pertolongan pertama sesuai prioritas.
d) Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi dan member pertolongan pertama sesuai priorita.
e) Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama pada ibu hamil dengan risiko tinggi.
f) Menyusus rencana tindak lanjut bersama klien.
g) Membuat pencatatan dan pelaporan.

4) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi, serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga, mencakup :
   a) Mengkaji kebutuhan asuhan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
   b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan factor risiko serta kegawatdaruratan.
   c) Menyusun rencana asuhan kebidan pada ibu dalam masa nifas dengan prioritas tinggi dan pertolongan pertama sesuai prioritas.
   d) Melaksanakan asuhan kebidanan dengan risiko tinggi dan member pertolongan sesuai rencana.
   e) Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama.
   f) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien.
   g) Membuat pencatatan dan pelaporan.
5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan, yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga, mencakup :
   a) Mengkaji kebutuhan asuhan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
   b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan factor risiko serta kegawatdaruratan.
   c) Menyusun rencana asuhan kebidan pada bayi baru lahir dengan prioritas tinggi dan pertolongan pertama sesuai prioritas.
   d) Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan memberi pertolongan sesuai rencana.
   e) Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama.

f) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien.
g) Membuat pencatatan dan pelaporan.

6) Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi berasama klien dan kelurga, mencakup :
   a) Mengkaji kebutuhan asuhan pada balita dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
   b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan factor risiko serta kegawatdaruratan.
   c) Menyusun rencana asuhan kebidan pada balitar dengan prioritas tinggi dan pertolongan pertama sesuai prioritas.
   d) Melaksanakan asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi dan memberi pertolongan sesuai rencana.
   e) Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama.
   f) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien.
   g) Membuat pencatatan dan pelaporan

c. Tugas Ketergantungan

Tugas-tugas ketergantungan (merujuk) bidan, yaitu :

1) Menerapkan managemen kebidanan, pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlinatan klien dan keluarga, mencakup :
   a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan yang memerlukan tindakan diluar lingkup kewenangan bidan dan memerlukan rujukan.
   b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas serta sumber-sumber dan fasilitas untuk kebutuhan intervensi lebih lanjut bersama klien/keluarga.
   c) Merujuk klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut kepada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang, dengan dokumentasi yang lengkap.
   d) Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasikan seluruh kejadian dan intervensi.
2) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dn rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan, mencakup :
   a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan.
   b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
   c) Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
   d) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan.
   e) Mengirim klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang.

f) Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasi seluruh kejadian dan intervensi.

3) Member asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup :
   a) Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada ibu dalam persalinan yang memerlukan konsultasi dan rujukan.
   b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
   c) Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
   d) Merujuk klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang
   e) Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasi seluruh kejadian dan intervensi
4) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup :
   a) Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada ibu dalam masa nifas yang memerlukan konsultasi dan rujukan.
   b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
   c) Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
   d) Mengirim klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang
   e) Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasi seluruh kejadian dan intervensi
5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga, mencakup :
   a) Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada bayi baru lahir yang memerlukan konsultasi dan rujukan.
   b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
   c) Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
   d) Merujuk klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang
   e) Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasi seluruh kejadian dan intervensi
6) Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup :
   a) Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada bayi balita yang memerlukan konsultasi dan rujukan.

b) Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas.
c) Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
d) Merujuk klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang
e) Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasi seluruh kejadian dan intervensi

2. Peran Sebagai Pengelola

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

a. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan

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

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.
4) Mengoordinir, mengawasi, dan membimbing kader, dukun, atau petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program/kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta KB.
5) Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB, termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang ada pada program dan sektor terkait.
6) Menggerakkan dan mengembangkan kemampuan masyarakat serta memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi-potensi yang ada.
7) Mempertahankan, meningkatkan mutu dan keamanan praktik profesional melalui pendidikan, pelatihan, magang serta kegiatan-kegiatan dalam kelompok profesi.
8) Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan.

b. Berpartisipasi dalam tim

Bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan

sektor lain 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 berencaca (PLKB) dan masyarakat.
3) Melaksanakan pelatihan serta membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain.
4) Memberi asuhan kepada klien rujukan dari dukun bayi
5) Membina kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat, yang berkaitan dengan kesehatan.

3. Peran Sebagai Pendidik

Sebagai pendidik bidan memiliki 2 tugas yaitu sebagai pendidik dan penyuluh kesehatan bagi klien serta pelatih dan pembimbing leader.

Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien

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

a) Mengkaji kebutuhan pendidikan dan penyuluhan kesehatan, khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana bersama klien.
b) Menyusun rencana penyuluhan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang bersama klien.
c) Menyiapkan alat serta materi pendidikan dan penyuluhan sesuai de¬ngan rencana yang telah disusun.
d) Melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan kesehatan sesuai dengan rencana jangka pendek serta jangka panjang dengan melibatkan unsur-unsur terkait, termasuk klien.
e) Mengevaluasi hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan bersama klien dan menggunakannya untuk memperbaiki serta meningkatkan pro¬gram di masa yang akan dating

f) Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil pendidikan/ penyuluhan kesehatan secara lengkap serta sistematis.

Melatih dan membimbing leader

Bidan melatih dan membimbing kader, peserta didik kebidanan dan keperawatan, serta membina dukun di 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 aids, AVA) dan bahan untuk keperluan pelatihan dan bimbingan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
4. Melaksanakan pelatihan untuk dukun bayi dan kader sesuai dengan rencana yang telah disusun dengan melibatkan unsur-unsur terkait.
5. Membimbing peserta didik kebidanan dan keperawatan dalam lingkup kerjanya.
6. Menilai hasil pelatihan dan bimbingan yang telah diberikan.
7. Menggunakan hasil evaluasi untuk meningkatkan program bimbingan.
8. Mendokumentasikan semua kegiatan termasuk hasil evaluasi pela¬tihan serta bimbingan secara sistematis dan lengkap.

4. Peran Sebagai Peneliti/Invertigator

Bidan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun berkelompok, mencakup:

1. Mengidentiflkasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan
2. Menyusun rencana kerja pelatihan.
3. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
4. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.
5. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut
6. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

B. FUNGSI BIDAN

Berdasarkan peran bidan sepeni yang dikemukakan di atas, maka fungsi bidan adalah sebagai berikut.

1. Fungsi Pelaksana

Fungsi bidan sebagai pelaksana mencakup:

a. Melakukan bimbingan dan penyuluhan kepada individu, keluarga, serta masyarakat (khususnya kaum remaja) pada masa praperkawinan.
b. Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal, kehamilan dengan kasus patologis tertentu, dan kehamilan dengan risiko tinggi.
c. Menolong persalinan normal dan kasus persalinan patologis tertentu.
d. Merawat bayi segera setelah lahir normal dan bayi dengan risiko
e. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
f. Memelihara kesehatan ibu dalam masa menyusui.
g. Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan prasekolah.
h. Memberi pelayanan keluarga berencana sesuai dengan wewenangnya
i. Memberi bimbingan dan pekyanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk wanita pada masa klimakterium inter¬nal dan menopause sesuai dengan wewenangnya.

2. Fungsi Pengelola

Fungsi bidan sebagai pengelola mencakup:

a. Mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok masyarakat, sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat yang didukung oleh partisipasi masyarakat.
b. Menyusun rencana pelaksanaan pelayanan kebidanan di lingkungan unit kerjanya
c. Memimpin koordinasi kegiatan pelayanan kebidanan.
d. Melakukan kerja sama serta komunikasi inter dan antarsektor yang terkait dengan pelayanan kebidanan.
e. Memimpin evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan.

3. Fungsi Pendidik

Fungsi bidan sebagai pendidik mencakup:

a. Memberi penyuluhan kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat terkait dengan pelayanan kebidanan dalam lingkup kesehatan serta keluarga berencana.
b. Membimbing dan melacih dukun bayi serta kader kesehatan sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan

c. Memberi bimbingan kepada para peserta didik bidan dalam kegiatan praktik di klinik dan di masyarakat.
d. Mendidik peserta didik bidan atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan bidang keahliannya.

4. Fungsi Peneliti

Fungsi bidan sebagai peneliti mencakup:

a. Melakukan evaluasi, pengkajian, survei, dan penelitian yang dilakukan sendiri atau berkelompok dalam lingkup pelayanan kebidanan.
b. Melakukan penelitian kesehatan keluarga dan keluarga berencana.

MATERI 6
STANDAR PROFESI BIDAN

VI. STANDAR PROFESI BIDAN

A. Kepmenkes No. 369 tahun 2007

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan angka kesakitan dan kematian Bayi (AKB). Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkannya, kapan dan dimanapun dia berada. Untuk menjamin kualitas tersebut diperlukan suatu **standar profesi sebagai acuan** untuk melakukan segala tindakan dan asuhan yang diberikan dalam seluruh aspek pengabdian profesinya kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik dari aspek input, proses dan output.

B. Standar kompetensi Bidan

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

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 kegawat-daruratan bagi anggota masyarakat yang sakit yang membutuhkan asuhan tambahan.
4. Penyebab langsung maupun tidak langsung kematian dan kesakitan ibu dan bayi di masyarakat.
5. Advokasi dan strategi pemberdayaan wanita dalam mempromosikan hak-haknya yang diperlukan untuk mencapai kesehatan yang optimal (kesehatan dalam memperoleh pelayanan kebidanan).
6. Keuntungan dan resiko dari tatanan tempat bersalin yang tersedia.
7. Advokasi bagi wanita agar bersalin dengan aman.
8. Masyarakat keadaan kesehatan lingkungan, termasuk penyediaan air, perumahan, resiko lingkungan, makanan, dan ancaman umum bagi kesehatan.
9. Standar profesi dan praktik kebidanan.

Pengetahuan dan Keterampilan Tambahan

1. Epidemiologi, sanitasi, diagnosa masyarakat dan vital statistik.
2. Infrastruktur kesehatan setempat dan nasional, serta bagaimana mengakses sumberdaya yang dibutuhkan untuk asuhan kebidanan.

3. Primary Health Care (PHC) berbasis di masyarakat dengan menggunakan promosi kesehatan serta strategi penvegahan penyakit.
4. Program imunisasi nasional dan akses untuk pelayanan imunisasi.

Perilaku Profesional Bidan

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

PRA KONSEPSI, KB, DAN GINEKOLOGI

Kompetensi ke-2 : *Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.*

Pengetahuan Dasar

1. Pertumbuhan dan perkembangan seksualitas dan aktivitas seksual.
2. Anatomi dan fisiologi pria dan wanita yang berhubungan dengan konsepsi dan reproduksi.
3. Norma dan praktik budaya dalam kehidupan seksualitas dan kemampuan bereproduksi.
4. Komponen riwayat kesehatan, riwayat keluarga, dan riwayat genetik yang relevan.
5. Pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk mengevaluasi potensi kehamilan yang sehat.
6. Berbagai metode alamiah untuk menjarangkan kehamilan dan metode lain yang bersifat tradisional yang lazim digunakan.

7. Jenis, indikasi, cara pemberian, cara pencabutan dan efek samping berbagai kontrasepsi yang digunakan antara lain pil, suntik, AKDR, alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK), kondom, tablet vagina dan tisu vagina.
8. Metode konseling bagi wanita dalam memilih suatu metode kontrasepsi.
9. Penyuluhan kesehatan mengenai IMS, HIV/AIDS dan kelangsungan hidup anak.
10. Tanda dan gejala infeksi saluran kemih dan penyakit menular seksual yang lazim terjadi.

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 pemeriksaan/pengobatan lebih lanjut.
3. Indikator dan metode konseling/rujukan terhadap gangguan hubungan interpersonal, termasuk kekerasan dan pelecehan dalam keluarga (seks, fisik dan emosi).

Keterampilan Dasar

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

Keterampilan Tambahan

1. Melakukan pemasangan AKBK.
2. Melakukan pencabutan AKBK dengan letak normal.

ASUHAN DAN KONSELING SELAMA KEHAMILAN

Kompetensi ke-3 : *Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.*

Pengetahuan Dasar

1. Anatomi dan fisiologi tubuh manusia.
2. Siklus menstruasi dan proses konsepsi.
3. Tumbuh kembang janin dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.
4. Tanda-tanda dan gejala kehamilan.
5. Mendiagnosa kehamilan.
6. Perkembangan normal kehamilan.
7. Komponen riwayat kesehatan.
8. Komponen pemeriksaan fisik yang terfokus selama antenatal.
9. Menentukan umur kehamilan dari riwayat menstruasi, pembesaran dan/atau tinggi fundus uteri.
10. Mengenal tanda dan gejala anemia ringan dan berat, hyperemesis gravidarum, kehamilan ektopik terganggu, abortus imminen, molahydatidosa dan komplikasinya, dan kehamilan ganda, kelainan letak serta pre eklamsia.
11. Nilai Normal dari pemeriksaan laboratorium seperti Haemaglobin dalam darah, test gula, protein, acetone dan bakteri dalam urine.
12. Perkembangan normal dari kehamilan: perubahan bentuk fisik, ketidaknyamanan yang lazim, pertumbuhan fundus uteri yang diharapkan.
13. Perubahan psikologis yang normal dalam kehamilan dan dampak kehamilan terhadap keluarga.
14. Penyuluhan dalam kehamilan, perubahan fisik, perawatan buah dada ketidaknyamanan, kebersihan, seksualitas, nutrisi, pekerjaan dan aktifitas (senam hamil).
15. Kebutuhan nutrisi bagi wanita hamil dan janin.
16. Penata laksanaan immunisasi pada wanita hamil.
17. Pertumbuhan dan perkembangan janin.
18. Persiapan persalinan, kelahiran, dan menjadi orang tua.
19. Persiapan keadaan dan rumah/keluarga untuk menyambut kelahiran bayi.
20. Tanda-tanda dimulainya persalinan.
21. Promosi dan dukungan pada ibu menyusukan.
22. Teknik relaksasi dan strategi meringankan nyeri pada persiapan persalinan dan kelahiran.
23. Mendokumentasikan temuan dan asuhan yang diberikan.
24. Mengurangi ketidaknyamanan selama masa kehamilan.
25. Penggunaan obat-obat tradisional ramuan yang aman untuk mengurangi ketidaknyamanan selama kehamilan.
26. Akibat yang ditimbulkan dari merokok, penggunaan alkohol, dan obat terlarang bagi wanita hamil dan janin.
27. Akibat yang ditimbulkan/ditularkan oleh binatang tertentu terhadap kehamilan, misalnya toxoplasmasmosis.
28. Tanda dan gejala dari komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa seperti pre-eklampsia, perdarahan pervaginam, kelahiran premature, anemia berat.
29. Kesejahteraan janin termasuk DJJ dan pola aktivitas janin.
30. Resusitasi kardiopulmonary.

Pengetahuan Tambahan

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

Keterampilan Dasar

1. Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisanya pada setiap kunjungan/pemeriksaan ibu hamil.
2. Melaksanakan pemeriksaan fisik umum secara sistematis dan lengkap.
3. Melaksanakan pemeriksaan abdomen secara lengkap termasuk pengukuran tinggi fundus uteri/posisi/presentasi dan penurunan janin.
4. Melakukan penilaian pelvic, termasuk ukuran dan struktur tulang panggul.
5. Menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk detak jantung janin dengan menggunakan fetoscope (Pinrad) dan gerakan janin dengan palpasi uterus.
6. Menghitung usia kehamilan dan menentukan perkiraan persalinan.
7. Mengkaji status nutrisi ibu hamil dan hubungannya dengan pertumbuhan janin.
8. Mengkaji kenaikan berat badan ibu dan hubungannya dengan komplikasi kehamilan.
9. Memberikan penyuluhan pada klien/keluarga mengenai tanda-tanda berbahaya serta bagaimana menghubungi bidan.
10. Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hyperemesis gravidarum tingkat I, abortus imminen dan pre eklamsia ringan.
11. Menjelaskan dan mendemontrasikan cara mengurangi ketidaknyamanan yang lazim terjadi dalam kehamilan.
12. Memberikan immunisasi pada ibu hamil.
13. Mengidentifikasi penyimpangan kehamilan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan tepat dari:
    a. Kekurangan gizi.
    b. Pertumbuhan janin yang tidak adekuat: SGA & LGA.
    c. Pre eklamsia berat dan hipertensi.
    d. Perdarahan per-vaginam.
    e. Kehamilan ganda pada janin kehamilan aterm.
    f. Kelainan letak pada janin kehamilan aterm.
    g. Kematian janin.
    h. Adanya adema yang signifikan, sakit kepala yang hebat, gangguan pandangan, nyeri epigastrium yang disebabkan tekanan darah tinggi.
    i. Ketuban pecah sebelum waktu (KPD=Ketuban Pecah Dini).
    j. Persangkaan polyhydramnion.
    k. Diabetes melitus.
    l. Kelainan congenital pada janin.
    m. Hasil laboratorium yang tidak normal.
    n. Persangkaan polyhydramnion, kelainan janin.

o. Infeksi pada ibu hamil seperti : IMS, vaginitis, infeksi saluran perkemihan dan saluran nafas.

14. Memberikan bimbingan dan persiapan untuk persalinan, kelahiran dan menjadi orang tua.
15. Memberikan bimbingan dan penyuluhan mengenai perilaku kesehatan selama hamil seperti nutrisi, latihan (senam), keamanan dan berhenti merokok.
16. Penggunaan secara aman jamu/obat-obatan tradisional yang tersedia.

Keterampilan Tambahan

1. Menggunakan Doppler untuk memantau DJJ.
2. Memberikan pengobatan dan/atau kolaborasi terhadap penyimpangan dari keadaan normal dengan menggunakan standar local dan sumber daya yang tersedia.
3. Melaksanakan kemampuan Asuhan Pasca Keguguran.

ASUHAN SELAMA PERSALINAN DAN KELAHIRAN

Kompetensi ke-4 : *Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.*

Pengetahuan Dasar

1. Fisiologi persalinan.
2. Anatomi tengkorak janin, diameter yang penting dan penunjuk.
3. Aspek psikologis dan cultural pada persalinan dan kelahiran.
4. Indikator tanda-tanda mulai persalinan.
5. Kemajuan persalinan normal dan penggunaan partograf atau alat serupa.
6. Penilaian kesejahteraan janin dalam masa persalinan.
7. Penilaian kesejahteraan ibu dalam masa persalinan.
8. Proses penurunan janinmelalui pelvic selama persalinan dan kelahiran.
9. Pengelolaan dan penatalaksanaan persalinan dengan kehamilan normal dan ganda.
10. Pemberian kenyamanan dalam persalinan, seperti: kehadiran keluarga pendamping, pengaturan posisi, hidrasi, dukungan moril, pengurangan nyeri tanpa obat.
11. Transisi bayi baru lahir terhadap kehidupan diluar uterus.
12. Pemenuhan kebutuhan fisik bayi baru lahir meliputi pernapasan, kehangatan dan memberikan ASI/PASI, eksklusif 6 bulan.
13. Pentingnya pemenuhan kebutuhan emosional bayi baru lahir, jika memungkinkan antara lain kontak kulit langsung, kontak mata antar bayi dan ibunya bila dimungkinkan.
14. Mendukung dan meningkatkan pemberian ASI eksklusif.
15. Manajemen fisiologi kala III.

16. Memberikan suntikan intra muskuler meliputi: uterotonika, antibiotika dan sedative.
17. Indikasi tindakan kedaruratan kebidanan seperti: distosia bahu, asfiksia neonatal, retensio plasenta, perdarahan karena atonia uteri dan mengatasi renjatan.
18. Indikasi tindakan operatif pada persalinan misalnya gawat janin, CPD.
19. Indikator komplikasi persalinan : perdarahan, partus macet, kelainan presentasi, eklamsia kelelahan ibu, gawat janin, infeksi, ketuban pecah dini tanpa infeksi, distosia karena inersia uteri primer, post term dan pre term serta tali pusat menumbung.
20. Prinsip manajemen kala III secara fisiologis.
21. Prinsip manajemen aktif kala III.

Pengetahuan Tambahan

1. Penatalaksanaan persalinan dengan malpresentasi.
2. Pemberian suntikan anestesi local.
3. Akselerasi dan induksi persalinan.

Keterampilan Dasar

1. Mengumpulkan data yang terfokus pada riwayat kebidanan dan tanda-tanda vital ibu pada persalinan sekarang.
2. Melaksanakan pemeriksaan fisik yang terfokus.
3. Melakukan pemeriksaan abdomen secara lengkap untuk posisi dan penurunan janin.
4. Mencatat waktu dan mengkaji kontraksi uterus (lama, kekuatan dan frekuensi).
5. Melakukan pemeriksaan panggul (pemeriksaan dalam) secara lengkap dan akurat meliputi pembukaan, penurunan, bagian terendah, presentasi, posisi keadaan ketuban, dan proporsi panggul dengan bayi.
6. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograph.
7. Memberikan dukungan psikologis bagi wanita dan keluarganya.
8. Memberikan cairan, nutrisi dan kenyamanan yang kuat selama persalinan.
9. Mengidentifikasi secara dini kemungkinan pola persalinan abnormal dan kegawat daruratan dengan intervensi yang sesuai dan atau melakukan rujukan dengan tepat waktu.
10. Melakukan amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm sesuai dengan indikasi.
11. Menolong kelahiran bayi dengan lilitan tali pusat.
12. Melakukan episiotomi dan penjahitan, jika diperlukan.
13. Melaksanakan manajemen fisiologi kala III.
14. Melaksanakan manajemen aktif kala III.
15. Memberikan suntikan intra muskuler meliputi uterotonika, antibiotika dan sedative.
16. Memasang infus, mengambil darah untuk pemeriksaan hemoglobin (HB) dan hematokrit (HT).
17. Menahan uterus untuk mnecegah terjadinya inverse uteri dalam kala III.

18. Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaputnya.
19. Memperkirakan jumlah darah yang keluar pada persalinan dengan benar.
20. Memeriksa robekan vagina, serviks dan perineum.
21. Menjahit robekan vagina dan perineum tingkat II.
22. Memberikan pertolongan persalinan abnormal : letak sungsang, partus macet kepada di dasar panggul, ketuban pecah dini tanpa infeksi, post term dan pre term.
23. Melakukan pengeluaran, plasenta secara manual.
24. Mengelola perdarahan post partum.
25. Memindahkan ibu untuk tindakan tambahan/kegawat daruratan dengan tepat waktu sesuai indikasi.
26. Memberikan lingkungan yang aman dengan meningkatkan hubungan/ikatan tali kasih ibu dan bayi baru lahir.
27. Memfasilitasi ibu untuk menyusui sesegera mungkin dan mendukung ASI eksklusif.
28. Mendokumentasikan temuan-temuan yang penting dan intervensi yang dilakukan.

Keterampilan Tambahan

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

ASUHAN PADA IBU NIFAS DAN MENYUSUI

Kompetensi ke-5 : Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan mneyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

Pengetahuan Dasar

1. Fisiologis nifas.
2. Proses involusi dan penyembuhan sesudah persalinan/abortus.

3. Proses laktasi/menyusui dan teknik menyusui yang benar serta penyimpangan yang lazim terjadi termasuk pembengkakan payudara, abses, masitis, putting susu lecet, putting susu masuk.
4. Nutrisi ibu nifas, kebutuhan istirahat, aktifitas dan kebutuhan fisiologis lainnya seperti pengosongan kandung kemih.
5. Kebutuhan nutrisi bayi baru lahir.
6. Adaptasi psikologis ibu sesudah bersalin dan abortus.
7. "Bonding & Atacchment" orang tua dan bayi baru lahir untuk menciptakan hubungan positif.
8. Indikator subinvolusi: misalnya perdarahan yang terus-menerus, infeksi.
9. Indikator masalah-masalah laktasi.
10. Tanda dan gejala yang mengancam kehidupan misalnya perdarahan pervaginam menetap, sisa plasenta, renjatan (syok) dan pre-eklamsia post partum.
11. Indikator pada komplikasi tertentu dalam periode post partum, seperti anemia kronis, hematoma vulva, retensi urine dan incontinetia alvi.
12. Kebutuhan asuhan dan konseling selama dan konseling selama dan sesudah abortus.
13. Tanda dan gejala komplikasi abortus.

Keterampilan Dasar

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

Keterampilan Tambahan

1. Melakukan insisi pada hematoma vulva.

ASUHAN PADA BAYI BARU LAHIR

Kompetensi ke-6 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

Pengetahuan Dasar

1. Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus.
2. Kebutuhan dasar bayi baru lahir: kebersihan jalan napas, perawatan tali pusat, kehangatan, nutrisi, “bonding & attachment”.
3. Indikator pengkajian bayi baru lahir, misalnya dari APGAR.
4. Penampilan dan perilaku bayi baru lahir.
5. Tumbuh kembang yang normal pada bayi baru lahir selama 1 bulan.
6. Memberikan immunisasi pada bayi.
7. Masalah yang lazim terjadi pada bayi baru lahir normal seperti: caput, molding, mongolian spot, hemangioma.
8. Komplikasi yang lazim terjadi pada bayi baru lahir normal seperti: hypoglikemia, hypotermi, dehidrasi, diare dan infeksi, ikterus.
9. Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit pada bayi baru lahir sampai 1 bulan.
10. Keuntungan dan resiko immunisasi pada bayi.
11. Pertumbuhan dan perkembangan bayi premature.
12. Komplikasi tertentu pada bayi baru lahir, seperti trauma intra-cranial, fraktur clavicula, kematian mendadak, hematoma.

Keterampilan Dasar

1. Membersihkan jalan nafas dan memelihara kelancaran pernafasan, dan merawat tali pusat.
2. Menjaga kehangatan dan menghindari panas yang berlebihan.
3. Menilai segera bayi baru lahir seperti nilai APGAR.
4. Membersihkan badan bayi dan memberikan identitas.
5. Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus pada bayi baru lahir dan screening untuk menemukan adanya tanda kelainan-kelainan pada bayi baru lahir yang tidak memungkinkan untuk hidup.
6. Mengatur posisi bayi pada waktu menyusu.
7. Memberikan immunisasi pada bayi.
8. Mengajarkan pada orang tua tentang tanda-tanda bahaya dan kapan harus membawa bayi untuk minta pertolongan medik.
9. Melakukan tindakan pertolongan kegawatdaruratan pada bayi baru lahir, seperti: kesulitan bernafas/asphyksia, hypotermia, hypoglycemi.
10. Memindahkan secara aman bayi baru lahir ke fasilitas kegawatdaruratan apabila dimungkinkan.
11. Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

Keterampilan Tambahan

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

ASUHAN PADA BAYI DAN BALITA

Kompetensi ke-7 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).

Pengetahuan Dasar

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

Keterampilan Dasar

1. Melaksanakan pemantauan dan menstimulasi tumbuh kembang bayi dan anak.
2. Melaksanakan penyuluhan pada orang tua tentang pencegahan bahaya-bahaya pada bayi dan anak sesuai dengan usia.
3. Melaksanakan pemberian immunisasi pada bayi dan anak.
4. Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan pada bayi dan anak yang terfokus pada gejala.
5. Melakukan pemeriksaan fisik yang berfokus.

6. Mengidentifikasi penyakit berdasarkan data dan pemeriksaan fisik.
7. Melakukan pengobatan sesuai kewenangan, kolaborasi atau merujuk dengan cepat dan tepat sesuai dengan keadaan bayi dan anak.
8. Menjelaskan kepada orang tua tentang tindakan yang dilakukan.
9. Melakukan pemeriksaan secara berkala pda bayi dan anak sesuai dengan standar yang berlaku.
10. Melaksanakan penyuluhan pada orang tua tentang pemeliharaan bayi.
11. Tepat sesuai keadaan bayi dan anak yang mengalami cidera dari kecelakaan.
12. Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

KEBIDANAN KOMUNITAS

Kompetensi ke-8 : *Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komperhensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.*

Pengetahuan Dasar

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

Pengetahuan Tambahan

1. Kepemimpinan untuk semua (kesuma).
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

Keterampilan Dasar

1. Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, laktasi, bayi balita dan KB di masyarakat.
2. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak.

3. Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes.
4. Mengelola pondok bersalin desa (polindes).
5. Melaksanakan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas dan laktasi bayi dan balita.
6. Melakukan penggerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya-upaya kesehatan ibu dan anak.
7. Melaksanakan penyuluhan dan konseling kesehatan.
8. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan.

Keterampilan Tambahan

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

ASUHAN PADA IBU/WANITA DENGAN GANGGUAN REPRODUKSI

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

Pengetahuan Dasar

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

Keterampilan Dasar

1. Mengidentifikasi gangguan masalah dan kelainan-kelainan sistem reproduksi.
2. Memberikan pengobatan pada perdarahan abnormal dan abortus spontan (bila belum sempurna).
3. Melaksanakan kolaborasi dan atau rujukan secara tepat ada wanita/ibu dengan gangguan system reproduksi.
4. Memberikan pelayanan dan pengobatan sesuai dengan kewenangan pada gangguan system reproduksi meliputi: keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid.
5. Mikroskop dan penggunaannya.
6. Teknik pengambilan dan pengiriman sediaan pap smear.

Keterampilan Tambahan

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

MATERI 7
MODEL KONSEPTUAL ASUHAN KEBIDANAN

VII. MODEL KONSEPTUAL ASUHAN KEBIDANAN

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yangmemiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan angka kesakitan, Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna yang berfokus pada aspek pencegahan, promosi yang belandasan kemitraan. Bidan juga memberikan asuhan kebidanan yaitu bantuan yang di berikan oleh bidan kepada individu pasien ataupun klien yang pelaksanaannya

dilakukan dengan cara bertahap, sistematis dan melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan.

Pelayanan serta asuhan kebidanan yang diberikan oleh bidan berdasarkan cara pandang atau pola pikir atau model pembangunan kesehatan yang memandang masalah kesehatan saling terkait yang disebut dengan paradigma sehat.

A. Definifisi 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.

1. Model konseptual kebidanan

Pengertian model konseptual kebidanan adalah :

a. Gambaran abstrak suatu ide yang menjadi dasar suatu disiplin ilmu

b. Model konseptual kebidanan biasanya berkembang dari teori dasar intuitif keilmuan yang sering kali disimpulkan dalam kerangka acuan disiplin ilmu yang bersangkutan (Fawcett, 1992)

c. Model memberikan kerangka untuk memahami dan mengembangkan praktik guna membimbing tindakan dalam pendidikan untuk mengidentifikasi pertanyaan yang harus dijawab dalam penelitian.

2. Kegunanaan Model-model konseptual asuhan kebidanan

Kegunaan model konseptual adalah :

a. Untuk menggambarkan beberapa aspek (konkret maupun abstrak)

b. Merupakan gagasan mental sebagai bagian dari teori yang membantu ilmu-ilmu social mengonsep dalam menyamakan aspek-aspek proses social.

c. Menggambarkan suatu kenyataan gambaran abstrak sehingga banyak digunakan disiplin ilmu lain sebagai parameter garis besar praktik.

B. **Asuhan Kebidanan (*Midwifery Care*)**

Care dalam bahasa Inggris mempunyai arti memelihara, mengawasai,memperhatikan dengan sepenuhnya. Dihubungkan dengan kebidanan care disebut asuhan Bidan dalam memegang Prinsip *Midwifery Care* yaitu:

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

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

C. Bentuk-bentuk Asuhan Kebidanan

1. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

ANC adalah pemeriksaan/pengawasan antenatal yaitu pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalisasi kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga, mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan pemberian ASI, dan kehamilan kesehatan reproduksi secara wajar. Tujuan utama ANC adalah menurunkan/mencegahan kesakitan dan kematian maternal dan perinatal, sedang tujuan khusus ANC adalah:

a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tubuh kembang bayi.
b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik dan mental dan sosial ibu.
c. Mengenal secara dini adanya ketidak normalan, komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
d. Mempersiapkan kehamilan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan bayinya dengan trauma semenimal mungkin.
e. Mempersiapkan ibu agar semasa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima, kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal.

Asuhan kebidanan pada ibu hamil adalah asuhan yang diberikan Bidan pada ibu hamil utuk mengetahui kesehatan ibu dan janin serta untuk mencegah dan menangani secara dini kegawatdaruratan yang terjadi pada saat kehamilan.

Standar Asuhan Kehamilan Kunjungan antenatal care (ANC) minimal :

1. Satu kali pada trimester 1 (usia kehamilan 0 – 13 minggu)
2. Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14 – 27 minggu)
3. Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 18 – 40 minggu

Kehamilan memberikan perubahan baik.Adapunpelaksanaan komunikasi bagi ibu hamil, bidan diharapkan :

1. Mampu melaksanakan asuhan dan tindakan pemeriksaan, pendidikan kesehatan dan segala bentuk pelayanan kebidanan ibu hamil.

2. Dengan adanya komunikasi terapeutik diharapkan dapat meredam permasalahan psikososial yang berdampak negatif bagi kehamilan.
3. Membantu ibu sejak pra konsepsi untuk mengorganisasikan perasaannya, pikirannya untuk menerima dan memelihara kehamilannya.

2. **Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin**

Asuhan yang di berikan Bidan pada Ibu Bersalin, bidan melakukan observasi pada Ibu bersalin, yani pada Kala I, Kala II, kala III, Dan kala IV. Asuhan yang diberikan yaitu:

a. Memonitoring tekanan darah, suhu badan, denyut nadi setiap 4 jam.
b. Mendengarkan denyut jantung janin setiap jam pada fase laten dan 30 menit pada fase aktif.
c. Palpasi kontraksi uterus setiap jam setiap fase laten dan 30 menit pada fase aktif.
d. Memonitoring pembukaan servik penurunan bagian daerah terendah pada fase laten dan fase aktif setiap 4 jam.
e. Memonitoring pengeluaran urine setiap 2 jam.
f. Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga atau teman dekat untuk mendampingi ibu.
g. Menginformasikan hasil pemeriksaan dan rencana asuhan selanjutnya serta kemajuan persalinan dan meminta persetujuan ibu untuk rencana asuhan selanjutnya.
h. Mengatur aktifitas dan posisi dan membimbing relaksasi sewaktu ada his.
i. Menjaga privasi ibu.
j. Menjaga kebersihan diri.
k. Memberi rasa aman dan menghindari rasa panas, mengurangi rasa nyeri ketika his misalnya dengan membuat rasa sejuk dan masase.
l. Memberikan cukup minum dan makan.
m. Memastikan dan mempertahankan kandung kemih tetap kosong.
n. Menciptakan rasa kedekatan antara bidan dan ibu misalnya dengan sentuhan.

Pada kala II Asuhan yang diberikan adalah :

a. Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu.
b. Memastikan kecukupan makan dan minum.
c. Mempertahankan kebersihan diri.
d. Mempersiapkan kelahiran bayi.
e. Membimbing meneran pada waktu his.

f. Melakukan pemantauan keadaan ibu dan denyut jantung bayi terus menerus.
g. Melakukan amniotomi bila diperlukan.
h. Melakukan episiotomi jika diperlukan.
i. Melahirkan kepala sesuai mekanisme persalinan dan jalan lahir.
j. Melonggarkan atau melepaskannya, bila ada lilitan tali pusat pada kepala dan badan bayi.
k. Melahirkan bahu dan diikuti badan bayi.
l. Menilai tanda-tanda kehidupan bayi minimal 3 aspek adalah asuhan bernafas , denyut jantung, warna kulit.
m. Klem/jepit tali pusat didua tempat dan potong dengan gunting steril/DTT.
n. Menjaga kehangatan bayi.
o. Merangsang pernafasan bayi bila diperlukan.

Asuhan yang diberikan pada kala III

a. Melaksanakan menagemen aktif kala III
   (melakukan palpasi uterus untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam 2 menit dan memberikan suntikan oksitosin 10 IM)
b. segera diberikan dalam 2 menit setelah kelahiran bayi, jika bayi tunggal
c. pemberian oksitosin 10 unit im dapat diulangi setelah 15 jika plasenta masih belum lahir.
d. jika oksitosin tidak tersedia, rangsang putting payudara ibu dan susukan bayi segera guna menghasilkan oksitosin alamiah.
e. melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT)
f. setelah kelahiran plasenta, lakukan masase fundus uteri
g. Memotong dan mengikat tali pusat.
h. Memperlihatkan/mendekatkan bayi dengan ibunya.
i. Meletakkan bayi segera mungkin, kurang dari 30 menit setelah lahir bila memungkinkan.

Asuhan yang diberikan pada kala IV:

a. lanjutkan pemantauan kontraksi uterus, pengeluaran darah, tanda-tanda vital.
   (2-3 kali selama 10 menit pertama. Setiap 15 menit selam 1 jam. Setiap 20-30 menit selama jam kedua).
b. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan masase fundus.
c. Melakukan pemeriksaan jalan lahir dan perineum.
d. Melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaputnya.

e. Ajarkan ibu/keluarga tentang cara mengecek/meraba uterus dan memasasenya.
f. Evaluasi darah yang hilang.
g. Memantau pengeluaran klohkea (biasanya tidak lebih dari darah haid)
h. Mempertahankan kandung kemih tetep kosong (tidak dengan kateterisasi).

3. **Asuhan Kebidanan Pada Bayi baru lahir**

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir adalah Asuhan yang di berikan Bidan pada bayi baru lahir. Pada bayi baru lahir bidan memotong tali plasenta, memandikan, mengobservasi ada tidaknya gangguan pada pernafasan dan memakaikan pakaian dan membendong dengan kain. Dan pada balita bidan memberikan pelayanan, informasi tentang imunisasi dan KIE sekitar kesehatan neonatus dan balita. Komunikasi pada bayi dimulai sejak kelahiran bayi. Adapun fase pertumbuhan dan perkembangan komunikasi bayi meluputi:

a. fase prelinguistic
b. kata pertama
c. kalimat pertama
d. kemampuan bicara egosentris dan memasyarakat.
e. perkembangan semantic

4. **Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas**

Asuhan kebidanan pada ibu nifas adalah asuhan yang diberikan pada ibu nifas, biasanya berlangsung selama 40 hari atau sekitar 6minggu. Pada asuhan ini bidan memberikan asuhan berupa memantau involusi uteri, Kelancaran ASI, dan kondisi ibu dan anak. Ibu setelah melahirkan akan mengalami fase ini yaitu fase ibu nifas. Ibu nifas juga mengalami perubahan-perubahan yang bersifat fisiologis maupun psikologis. Oleh karena itu, diperlukan juga komunikasi pada saat masa nifas. Perubahan fisiologis pada ibu nifas meliputi proses pengembalian fungsi rahim, keluarnya lochia dan sebagainya. Sedangkan perubahan psikologis meliputi perasaan bangga setelah melewati proses persalinan, bahagia bayi telah lahir sesuai dengan harapan. Kondisi-kondisi yang membuat ibu sedih saat nifas yaitu keadaan bayi tidak sesuai harapan, perceraian, dan sebagainya.

Pelaksanaan komunikasi yang dilakukan bidan pada ibu nifas harus memperhatikan kestabilan emosi ibu, arah pembicaraan terfokus pada penerimaan kelahiran bayi. Penyampaian informasi jelas dan mudah dimengerti oleh ibu dan keluarga.

5. **Asuhan Kebidanan Pada Pelayanan KB**

Asuhan Kebidanan pada pelayanan KB adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu yang akan melakukan pelayanan KB, bidan memberikan asuhan

tentang macam-macam KB, efek dan dampak dari pemakaian KB, serta memberikan wewenang terhadap ibu untuk memilih macam-macam KB yang akan di gunakan. Tidak semua akseptor KB mengalami kenyamanan dalam menggunakan alat kontrasepsi. Ada juga yang mengalami perubahan baik secara fisiologis maupun psikologis setelah penggunaan alat kontrasepsi.

Perubahan fisiologis yang sering terjadi adalah akibat dari efek samping penggunaan alat kontrasepsi tersebut, misalnya pusing, BB bertambah, timbul flek-flek di wajah, gangguan menstruasi, keputihan, dan lain-lain. Adapun perubahan psikologis yang dialami adalah kecemasan atau ketakutan akan keluhan-keluhan yang terjadi, dan kegagalan dalam pemakaian alat kontrasepsi.

6. **Asuhan Kebidanan Pada Pelayanan KB**

Asuhan Kebidanan pada pelayanan KB adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu yang akan melakukan pelayanan KB, bidan memberikan asuhan tentang macam-macam KB, efek dan dampak dari pemakaian KB, serta memberikan wewenang terhadap ibu untuk memilih macam-macam KB yang akan di gunakan. Tidak semua akseptor KB mengalami kenyamanan dalam menggunakan alat kontrasepsi. Ada juga yang mengalami perubahan baik secara fisiologis maupun psikologis setelah penggunaan alat kontrasepsi.

Perubahan fisiologis yang sering terjadi adalah akibat dari efek samping penggunaan alat kontrasepsi tersebut, misalnya pusing, BB bertambah, timbul flek-flek di wajah, gangguan menstruasi, keputihan, dan lain-lain. Adapun perubahan psikologis yang dialami adalah kecemasan atau ketakutan akan keluhan-keluhan yang terjadi, dan kegagalan dalam pemakaian alat kontrasepsi.

D. Model- Model yang Berpengaruh dalam Praktik Kebidanan

1. Model Medikal

Model Medikal merupakan salah satu model yang dikembangkan untuk membantu manusia dalam memahami proses sehat dan sakit dalam arti kesehatan. Model ini lebih banyak digunakan dalam bidang kedokteran dan lebih berfokus pada proses penyakit dan mengobati ketidaksempurnaan.

Yang Tercakup dalam model medical adalah

a. Berorientasi pada penyakit
b. Menganggap bahwa akal/pikiran dan badan terpisah

c. Manusia menguasai alam
d. Yang tidak biasa menjadi menarik
e. Informasi yang terbatas pada klien
f. Pasien berperan pasif
g. Dokter yang menentukan
h. Tingginya teknologi menaikkan prestise
i. Prioritas kesehatan individu dari pada kesehatan komunitas
j. Penyakit dan kesehatan adalah domain dokter
k. Pemahaman manusia berdasarkan mekanik dan bioengineering

Model medical ini kurang cocok untuk praktik kebidanan karena terllau berorintasi apda penyakit dan tidak memberi kesempatan klien untuk menentukan nasibnya sendiri. Walaupun demikian kenyataannya masih banyak yang terpengaruh pada model medical ini.

Berikut ini akan diberikan gambaran bagaimana perbedaan pandangan mengenai kehamilan sesuai model medical.

Model Medical	Falsafah kebidanan terhadap Kehamilan Hal Fisiologis
*Normal dalam perspektif *Kasus tidak biasa menjadi menarik *Dokter bertanggung Jawab *Informasi terbatas *OutCome yang diharapkan : “Ibu dan bayi hidup dan Sehat”	*Normal dalam antisipasi *Setiap Persalinan Peristiwa Unik *Wanita dan keluarga membuat keputusan *Informasi diberikan tidak terbatas *Outcome yang diharapkan : “Ibu dan bayi yang hidup dan sehat dan kepuasan akan kebutuhan individu”

2. Paradigma Sehat

Derajat kesehatan di Indonesia masih rendah, hal ini menuntut adanya upaya untuk menurunkannya. Salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan, pemerintah membuat satu model dalam pembangunan kesehatan yaitu PARADIGMA SEHAT. Paradigma Sehat ini pertama kali dicetuskan oleh Prof. Dr.F.A Moeloek (Menkes RI) Pada Rapat Sidang DPR Komisi VI pada Tangal 15 september 1998.

Paradigma Sehat adalah Cara pandang, pola pikir, atau model pembangunan kesehatan yang melihat masalah kesehatan saling berkait dan mempengaruhidengan banyak faktor yang bersifat lintas sektor, dan upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan, bukan hanya penyembuhan orang sakit atau pemulihan kesehatan.

Secara MAKRO dengan adanya Paradigma sehat berarti Pembangunan semua sektor harus memperhatikan dampaknya dibidang kesehatan.
Secara MIKRO dengan adanya Paradigma sehat maka Pembangunan kesehatan lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif.

Paradigma Sehat ini sangat penting karena :

1. Paradigma sehat merupakan upaya untuk meningkatkan kesehatan secara proaktif.
2. Mendorong masyarakat menjadi mandiri.
3. Menyadarkan masyarakat pada pentingnya yang promotif dan preventif.

Paradigma Sehat ini merupakan model dalam pembangunan kesehatan tetapi juga dijadikan model dalam Asuhan Kebidanan, hal ini karena :

a. Dengan Paradigma sehat akan merubah cara pandang masyarakat tentang kesehatan termasuk kesehatan reproduksi, dan mendorong masyarakat menjadi mandiri dan sadar akan pentingnya upaya promotif dan preventif.
b. Mengingat paradigma sehat merupakan upaya untuk menurunkan derajat kesehatan di Indonesia yang utamanya dinilai dari AKI dan AKB, maka Bidan sebagai bagian dari tenaga yang turut bertanggung jawab terhadap menurunnya AKI dan AKB perlu menjadikan paradigma sehat sebagai model.
c. Paradigma Sehat merupakan suatu gerakan nasional sehingga Bidan pun harus menjadikan paradigma sehat sebagai model atau acuan.

Paradigma sehat dikatakan sebagai suatu perubahan sikap, orientasi atau MindSet, Beberapa pandangan yang berubah menjadi Paradigma Sehat, yaitu :

a. Kesehatan sebagai kebutuhan yang bersifat pasif dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan bersifat aktif karena merupakan keperluan dan bagian dari HAM
b. Kesehatan sebagai konsumtif dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan merupakan suatu investasi karena menjamin adanya SDM yang berproduktif secara sosial dan ekonomi

c. Kesehatan hanya bersifat penanggulangan jangka pendek dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan bagian upaya pengembangan SDM berjangka panjang
d. Pelayanan kesehatan bukan hanya pelayanan medis dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan pelayanan kesehatan paripurna, dengan memandang manusia sebagai manusia seutuhnya
e. Pelayanan kesehatan terpecah-pecah dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan terpadu
f. Kesehatan hanya jasmani /fisik dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan mencakup mental dan social
g. Fokus pada penyakit dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan tergantung segmen/permintaan pasar
h. Sasaran pelayanan kesehatan masyarakat umum dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan tanggung jawab juga masyarakat swasta (private)
i. Kesehatan merupakan urusan pemerintah dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan juga menjadi urusan swasta
j. Biaya kesehatan publik subsidi pemerintah dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan ditanggung bersama pengguna jasa
k. Pembayaran biaya setelah pelayanan dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan dapat dibiaya dimuka (JPKM)
l. Kesehatan berfungsi sosial dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan juga berfungsi ekonomi
m. Pengaturan secara sentralis dirubah menjadi pandangan bahwa pengaturan desentralisasi
n. Pengaturan secara top down dirubah menjadi pandangan bahwa pengaturan bottom up
o. Birokratis dirubah menjadi enterpreuner
p. Masyarakat dubutuhkan Peran sertanya, dirubah menjadi pandangan bahwa Kesehatan Kemitraan

3. Midwifery Care

CARE dalam bahasa Inggris mempunyai arti Memelihara, Mengawasi, memperhatikan dengan sepenuhnya. Dihubungkan dengan kebidanan care disebut sebagai ASUHAN.

Bidan dalam memegang Prinsip Midwifery Care yaitu :

a. Mengakui dan mendukung keterkaitan antara fisik, psikis dan lingkungan kultur social
b. Berasumsi bahwa mayoritas wanita bersalinan ditolong tanpa intervensi
c. Mendukung dan Meningkatkan persalinan alami
d. Menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang dilandaskan ilmu dan seni
e. Wanita punya kekuasaan yaitu berdasarkan tanggungjawab bersama untuk suatu pengambilan keputusan, tetapi wanita mempunyai kontrol atau keputusan terakhir mengenai keadaan dirinya dan bayinya
f. Dibatasi oleh hukum dan ruang lingkup praktik
g. Berprinsip *Women Center Care*

4. *Women* Centre Care

Yang dimaksud dengan *Women Centre Care* adalah Asuhan yang berorientasi pada Wanita". Dalam Hal ini Bidan difokuskan memberikan dukungan pada wanita dalam upaya memperoleh status yang sama di masyarakat untuk memilih dan memutuskan perawatan kesehatan dirinya.
Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh suatu badan yaitu House of Commons Health Committee tahun 1992, disimpulkan bahwa terdapat permintaan yang meluas pada kaum wanita untuk memiliki pilihan yang lebih besar dalam menentukan jenis asuhan maternitas yang mereka dapatkan dan bahwa struktur pelayanan maternitas saat ini membuat mereka frustasi bukan memfasilitasi mereka. Hasil penelitian ini menunjukkan pentingnya asuhan yang berorientasi pada wanita dimana mereka punya peran dalam menentukan pilihan sehingga terpenihi kebutuhannya dan timbul kepuasaan. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa Asuhan yang berorintasi pada wanita atau Women Centre Care amat penting untuk kemajuan Praktik kebidanan.

Women Center Care ini sangat sesuai dengan keinginan ICM (International Confederation Of Midwifery) yang tertuang dalam VISI nya, yaitu :

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

d. Bidan bekerjasama dengan wanita dalam memberikan asuhan sesuai dengan harapan wanita

Untuk dapat memberikan Care atau Asuhan yang baik terhadap wanita, 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 Asuhan Sayang Ibu

Yang dimaksud Asuhan sayang ibu ini adalah :

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

MATERI 8

TEORI-TEORI KEBIDANAN

VIII. TEORI-TEORI KEBIDANAN

A. Teori Reva Rubin

Teori ini menekankan pada pencapaian peran sebagai ibu, dimana seorang wanita memerlukan proses belajar melalui serangkaian aktivitas. Dengan demikian, calon ibu dapat mempelajari peran yang akan dialaminya kelak sehingga ia mampu beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi khususnya perubahan psikologis dalam kehamilan dan setelah persalinan. Menurut Reva Rubin, seorang wanita sejak hamil sudah memiliki harapan-harapan yaitu :

1. Kesejahteraan ibu dan bayi,
2. Penerimaan dari masyarakat,
3. Penentuan identitas diri,dan
4. Mengetahui tentang arti memberi dan menerima

Tahap-tahap psikologis yang biasa dilalui oleh calon ibu dalam mencapai perannya :

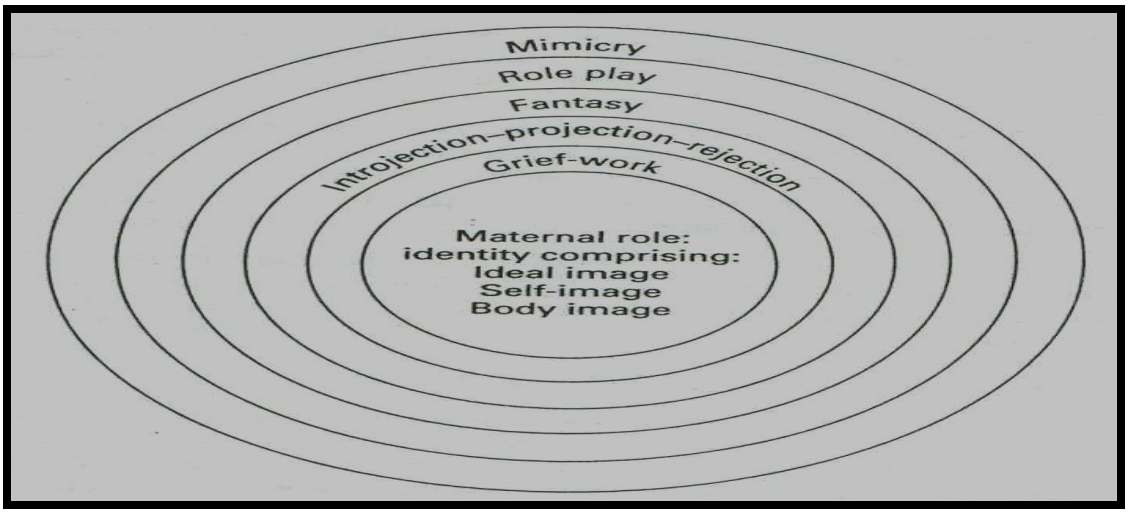
a. Anticipatory stage
   Ibu mulai melakukan latihan peran dan memerlukan interaksi dengan anak yang lain.
b. Honeymoon stage
   Ibu mulai memahami sepenuhnya peran dasar yang dijalaninya. Pada tahap ini ibu memerlukan bantuan dari anggota keluarga lain.
c. Plateu stage
   Ibu mencoba apakah ia mampu berperan sebagai seorang ibu. Pada tahap ini memerlukan waktu beberapa minggu sampai ibu kemudian melanjutkan sendiri.
d. Disengagement
   Merupakan tahap penyelesaian latihan peran sudah berakhir, tetapi hingga saat ini peran orang tua belum jelas.

Aspek-aspek yang diidentifikasikan dalam peran ibu adalah gambaran tentang idaman, gambaran dan tubuh. Gambaran diri seorang wanita adalah pandangan

wanita tentang dirinya sebagai bagian dari pengalaman dirinya, sedangkan gambaran tubuh adalah berhubungan dengan perubahan fisik yang terjadi setelah kehamilan. Aspek yang diidentifikasikan dalam peran ibu :

a. Gambaran tentang idaman bayi sehat,
b. Gambaran tentang diri memandang tentang pengalaman yang dia lakukan,
c. Gambaran tubuh, gambaran ketika hamil dan setelah nifas.

Model teori Reva Rubin



Beberapa aktivitas penting sebelum seorang menjadi ibu :

1. Taking On (Tahapan meniru)
   Seorang wanita dalam peranannya sebagai ibu akan mulai dengan meniru dan melakukan perannya sebagai ibu.
2. Taking In
   Seorang wanita sedang membayangkan peran yang dilakukannya ; introjection, projection dan rejection merupakan tahap dimana wanita membedakan model-model yang sesuai dengan keinginannya.
3. Letting Go
   Wanita mengingat kembali proses dan aktivitas yang sudah dilakukannya. Pada tahap ini seorang meninggalkan perannya di masa lalu.

Adaptasi psikologis pada masa post partum :

a. Respon dan dukungan dari keluarga,
b. Hubungan antara melahirkan dengan harapan-harapan,
c. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu,
d. Budaya.

Reva Rubin mengklasifikasikan tahapan ini menjadi 3 tahap yaitu :

a. Periode taking In (hari pertama hingga kedua setelah melahirkan)
   1. Ibu masih pasif dan tergantung pada orang lain.
   2. Perhatian ibu tertuju pada kekahawatiran pada perubahan tubuhnya.
   3. Ibu akan mengulangi pengalaman-pemgalaman ketika melahirkan.
   4. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh kekondisi normal.
   5. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.

b. Periode taking hold (hari kedua hingga keempat setelah melahirkan)
   1. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orangtua dan meningkatkan tanggungjawab akan bayinya.
   2. Ibu memfokuskan perhatian dan pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB, dan daya tahan tubuh.
   3. Ibu cenderung terbuka menerima nasihat bidan dan kritikan pribadi.
   4. Ibu berusaha untuk menguasai ketrampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok.
   5. Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.

c. Periode letting Go
   1. Ini terjadi ibu pulang ke rumah dan di pengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.
   2. Ibu sudah mengambil tanggungjawab dalam merawat bayi dan memahami sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.

B. Teori Ramona T Mercer

Kebidanan Mercer (2004) mengemukakan bahwa kebidanan adalah profesi yang dinamis dengan tiga fokus utama yaitu promosi kesehatan, mencegah kesakitan dan menyediakan layanan kebidanan bagi yang memerlukan untuk mendapatkan kesehatan yang optimal serta penelitian untuk memperkaya dasar pengetahuan bagi pelayanan kebidanan. Pengkajian selanjutnya pada klien dan lingkungan, bidan mengidentifikasi tujuan klien, menyediakan layanan pada klien yang meliputi dukungan, pendidikan dan pelayanan kebidanan pada klien yang tidak mampu merawat dirinya sendiri.

1. Manusia,
   Mercer tidak mendefinisikan secara spesifik mengenai konsep manusia namun mengarah pada diri dan inti diri. Mercer memandang diri sebagai bagian dari peran yang dimainkan. Wanita sebagai individu dapat berperan menjadi orang tua jika telah melalui *mother-infant dyad*. Inti dari manusia tersusun dari konteks budaya dan dapat mendefinisikan dan membentuk situasi. Konsep kepercayaan diri dan harga diri sebagai manusia terpisah dari interaksi dengan bayinya dan ayah dari bayinya atau orangg lain yang berarti yang saling mempengaruhi.
2. Kesehatan
   Mercer mendefinisikan status kesehatan dari orang tua sebagai persepsi kesehatan yang mereka lalu, kesehatan saat ini, harapan tentang kesehatan, risiko terhadap penyakit, kekhawatirkan dan perhatian tentang kesehatan, orientasi pada penyakit dan penyembuhannya, status kesehatan bayi baru lahir dengan tingkat kehadiran penyakit dan status kesehatan bayi oleh orang tua pada kesehatan secara menyeluruh. Kesehatan dipandang sebagai keinginan yang ditunjukkan untuk bayi. Mercer mengemukakan bahwa stress suatu proses yang memerlukan perhatian penting selama bidan persalinan dan proses kelahiran.
3. Lingkungan
   Definisi lingkungan yang dikemukakan oleh Mercer diadaptasi dari definisi Bronfenbrenner's tentang ekologi lingkungan dan berdasarkan teori awalnya. Mercer menjelaskan tentang perkembangan tidak dapat menjadi bagian dari lingkungan, terdapat akomodasi mutual antara perkembangan individu dan perubahan sifat dengan segera. Stress dan dukungan sosial dalam lingkungan dipengaruhi untuk mencapai peran maternal dan paternal serta perkembangan anak.

C. Teori Ela Joy Lehrman

Telah dilakukan banyak penelitian untuk mempelajari isi dan proses dari pemeriksaan antenatal. Robin dkk, 1983 dan Robinson 1985 mempelajari peran bidan dalam memberi informasi yang komperhensif dan memberikan nasehat dalam pelayanan kebidanan, seperti waktu pemeriksaan perut dan memberikan nasehat tentang laktasi dan asuhan kesehatan selama kehamilan. Mereka mempelajari sejauh mana bidan mampu menunjukkan perannya dalam semua aspek dari perannya memberi asuhan ibu bersalin.Macintyre (1980) dalam observasinya menemukan perbedaan antara *rhetorik* resmi antara nilai asuhan antenatal dan corak asuhan yang impersonal yang dialami seorang ibu diklinik spesialis. Lehrman mengidentifikasikan konsep yang menggaris bawahi asuhan antenatal yang akan diberikan.

Dalam teori ini Lehrman menginginkan agar bidan dapat melihat semua aspek praktik dan memberikan asuhan pada wanita hamil dan memberikan pertolongan pada persalinan.Lehrman dan koleganya ingin menjelaskan perbedaan antara pengalaman seorang wanita dengan kemampuan bidan untuk mengaplikasikan konsep kebidanan dalam praktik.

Lehrman mempelajari pelayanan yang diberikan oleh bidan di klinik yang dipimpin oleh bidan di Amerika. Lehrman menemukan adanya 8 konsep yang penting dalam pelayanan antenatal:

1. Asuhan yang berkesinambungan/terus menerus (*continuity care*)
2. Asuhan yang berpusat pada keluarga (*family centered care*)
3. Pendidikan dan konseling sebagai bagian dari asuhan
4. Tidak ada intervensi (rencana/perlakuan) dalam asuhan kebidanan
5. Fleksibilitas (keluwesan) dalam memberikan asuhan
6. Asuhan yang partisipatif
7. Advokasi/pembelaankonsumen (klien)
8. Waktu

Kedelapan komponen yang dibuat lehrman ini kemudian diuji cobakan oleh morten (1991) pada pasien post partum.

Asuhan yang partisipatif dalam konteks pelayanan kebidanan di UK dibahasakan sebagai pilihan dan control dari si wanita yang dilayani(*choise and control on the part of the women*). Hal ini dimaksudkan sebagai pengkajian dan merencanakan program asuhan yang dilakukan bersama si penerima dan si pemberi asuhan. Bidan dapat melibatkan klien dalam pengkajian, evaluasi dan perencanan. Pasien/klien ikut bertanggung jawab atau ambil dalam pelayanan antenatal. Misalnya : pendidikan tentang laktasi, persiapan persalinan, senam hamil , pemeriksaan fisik seperti palipasi klien akan melakukan pada tempat tertentu atau ikut mendengarkan denyut jantung.

Dari hasil penerapan tersebut, Morten, dkk (1991) menambahkan 3 komponen lagi kedalam 8 komponen yang telah dibuat Lehrman, yaitu :

1. *Empowerment* (pemberdayaan)

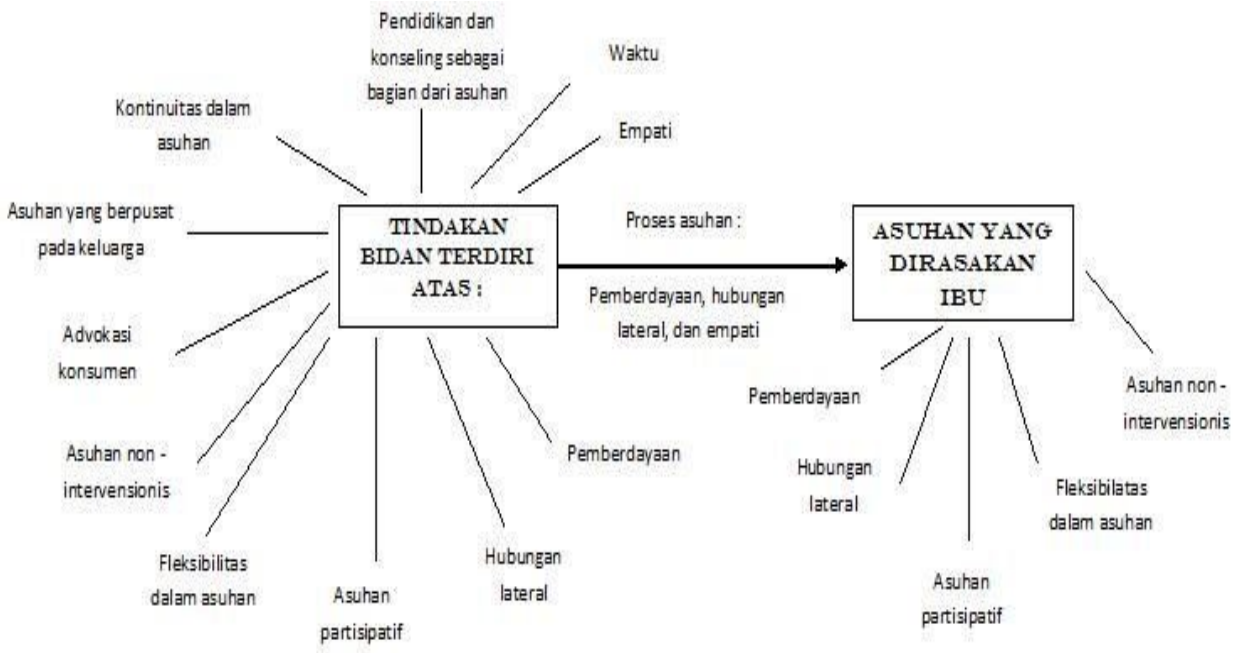
   Adalah suatu proses dalam memberi kekuasaan dan kekuatan. Bidan melalui penampilan dan pendekatannya akan: penguatan/penegasan (*affirmation*), memvalidasi, menyakinkan kembali dan memberi dukungan (*support)*.

2. *Lateral* meningkatkan energi dan sumber dari dalam diri klien. Indikatornya antara lain *Relationship* (hubungan sesama)

Bidan menjalin hubungan yang baik dengan klien, bersikap terbuka *(self of opennes),* saling menghargai *(mutual regards)*, sejalan dengan klien, persamaan posisi sehingga mendorong rasa kebersamaan antara bidan dan klien sehingga nampak akrab.Misalnya sikap empati atau berbagi pengalaman/perasaan.

3. Teknik Terapeutik

Teknik terapeutik dijelaskan sebagai proses komunikasi yang menguntungkan atau mendorong perkembangan dan penyembuhan. Teknik terapeutik dapat dilakukan dengan menunjukkan sikap: mendengarkan secara aktif, penyelidikan, mengkaji dan mengklarifikasi masalah, humor (tidak bersifat kaku), tidak menuduh, sikap tidak menghakimi, mendorong, jujur, mengakui kesalahan, menghargai hak klien, fasilitas/mempermudah dan memberikan permisi/izin.
Lehrman dan Morten, et.al., memberikan suatu model praktik kebidanan yang secara jelas menunjukkan area praktik kebidanan.
Model teori Ela Joy Lehrman:



D. Teori Ernestine Wiedenbach

a. Biografi

Ernestine adalah seorang perawat kebidanan lulusan Fakultas Keperawatan Universitas Yale, yang sangat tertarik pada masalah seputar keperawatan maternitas yang terfokus pada keluarga (*Family-Centered Maternity Nursing*).

Selain berpengalaman sebagai perawat dengan bekerja di klinik selama puluhan tahun, ia juga seorang penulis yang telah menghasilkan beberapa buku dan berpartisipasi dalam beberapa penelitian salah satunya bersama ahli filsafat bernama Dickoff. Konsep yang dihasilkan oleh Ernestine bukan hasil penelitiaan melainkan hasil pemikirannya yang dituangkan dalam bukunya (*Family-Centered Marternity Nursing*).

b. Teori

Konsep yang luas Wiedenbach yang nyata ditemukan dalam kebidanan:

1) *The Agent* (Perantara)

Meliputi perawat, bidan dan orang lain. Ernestine mengutarakan empat konsep yang mempengaruhi praktik keperawatan yaitu filosofi, tujuan, praktik dan seni. Filosopi yang dikemukakan adalah tentang kebutuhan ibu dan bayi yang segera mengembangkan yang lebih luas yaitu kebutuhan untuk persiapan menjadi orang tua.

2) *The Recipient* (Penerima)

Meliputi wanita, keluarga, masyarakat. Menurut Wiedenbach adalah untuk memenuhi kebutuhannya terhadap bantuan. Individu penerima harus dipandang sebagai seseorang yang kompeten dan mampu melakukan segalannya sendiri. Jadi bidan memberi pertolongan hanya apabila individu tersebut mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya sendiri.

3) The Goal/Purpose

Tujuan dari proses kebidanan adalah membantu orang yang membutuhkan bantuan. Bidan harus bisa mengidentifikasi kebutuhan pasien yang terlihat melalui perilakunya yang disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing individu dengan memperhatikan fisik, emosional dan fisiogikal. Untuk bisa mengidentifikasi kebutuhan pasien/klien, bidan atau perawat harus menggunakan mata, telinga, tangan serta pikirannya.

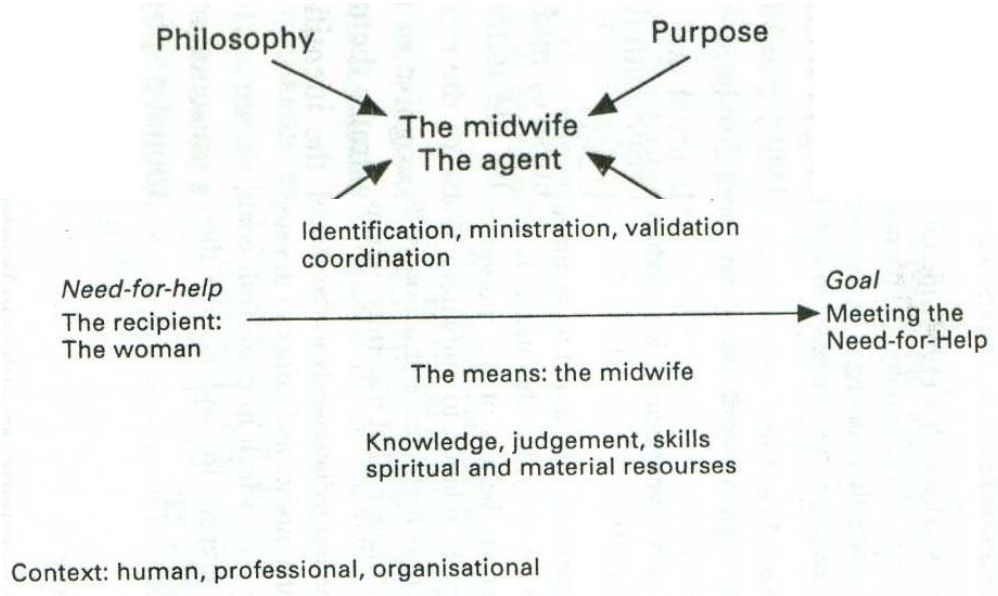
4) The Means

Metode untuk mencapai tujuan asuhan kebidanan ada empat tahap yaitu:

a) Identifikasi kebutuhan klien, memerlukan keterampilan dan ide.
b) Memberikan dukugan dalam mencapai pertolongan yang dibutuhkan (*ministion*).
c) Memberikan bantuan sesuai kebutuhan (*validation*).

d) Mengkoordinasi tenaga yang ada untuk memberikan bantuaan (*coordination*). Untuk mengindentifikasi kebutuhan ini diperlukan:
   1. Pengetahuan: untuk bisa memahami kebutuhan pasien/klien.
   2. Penilaian: kemampuan pengambilan keputusan.
   3. Keterampilan: kemampuan perawat/bidan memenuhi kebutuhan pasien

Model Teori Ernestine Widenbach



.

E. Teori Jean Ball

Bidan dari British mengenai emosional yang sehat dari seorang ibu atau keseimbangan emosional ibu yang dikenal dengan " **Teori Kursi Goyang keseimbangan emosional ibu** " Jean Ball mengemukakan tujuan pelayanan kesehatan ibu (pelayanan maternitas) agar ibu mampu melaksanakan tugasnya sebagi ibu baik fisik maupun psikologis

Tujuan Teori pelayanan maternis agar seorang wanita mampu melaksanakan tugasnya sebagai ibu, baik fisik maupun psikologis. Psikologis dalam hal ini tidak hanya pengaruh emosional tetapi juga proses emosional agar tujuan akhir memenuhi kebutuhan untuk menjadi orang tua terpenuhi. Kehamilan persalinan dan masa post partum adalah masa mengadopsi peran baru, sehingga bagi wanita yang baru menjadi ibu sangat membutuhkan arahan- arahan dan bimbingan dari bidan tentang tindakan-tindakan yang harus diambil maupun tindakan-tindakan yang harus dihindari

demi keselamatan dan kesehatan ibu dan anak. Dalam hal ini dukungan dari suami dan keluarga sangat diperlukan demi psikologis (kejiwaan) seorang ibu.

1. Teori perubahan

   Menurut Jean Ball respon emosional wanita terhadap Hipotesa Teori perubahan yang terjadi bersamaan dengan kelahiran anak yang mempengaruhi personality seseorang dan dukungan yang berarti, mereka mendapatkan sistem keluarga dan sosial. Ibu sebagai penerus keturunan sekaligus pendidik utama dalam keluarga sangat mempengaruhi perkembangan anak. Seorang anak yang dibesarkan dalam asuhan keluarga yang baik, ketika ia berinteraksi di lingkungan masyarakat maka ia akan terbiasa dengan perilaku yang baik pula.

   Persiapan yang sudah di antisipasi oleh bidan dalam masa post natal atausesudah melahirkan anak akan mempengaruhi respon emosional wanita dalamperubahan yang dialaminya pada proses kelahiran anak. Oleh karena ituasuhan kebidanan harus diberikan kepada seluruh individu kelompok danmasyarakat secara professional baik pelayanan tersebut secara mandiri,kolaborasi (kerjasama) maupun merujuk kesistem yang lebih tinggi. Dari hasilpenelitian dapat disimpulkan bahwa wanita yang boleh dikatakan sejahterasetelah melahirkan yaitu sangat tergantung pada personality (kepribadiannya),sistem dukungan pribadi dan dukungan yang dipersiapkan pelayanan maternis.

2. Teori dasar

   Teori Konsep dasar untuk menjadi seorang ibu meliputi berbagai aspek yaitu. Dukungan dari pihak dikarenakan seorang ibu butuh kesiapan jasmani dan rohani antaranya yaitu perubahan mental ibu sebelum dan sesudah. Teori perubahan menjadi ibu akan jelas terlihat dalam kehidupan baik itu secara fisik maupun psikologis si ibu. Secara fisik dapat kita lihat pada perubahan bentuk tubuh setelah melahirkan anak. Sedangkan secara psikologis misalnya dalam pematangan mental (pendewasaan sikap) setelah melahirkan (post partum) ibu tidak hanya berfikir untuk anak dan keluarganya.

3. Teori stress, coping dan suport

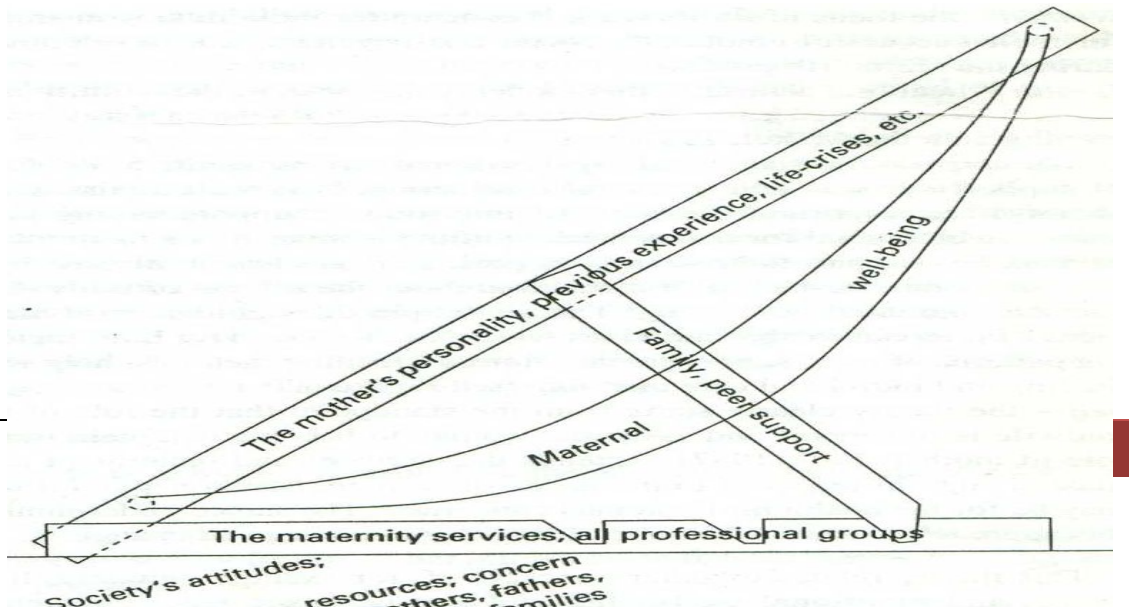
   Teori stress, coping dan support Tingkat emosional sangat mempengaruhi mental ibu, oleh karena itu dukungan atau support dan motifasi dari keluarga terhadap perubahan-perubahan yang timbul terutama perubahan yang bersifat positif, support dari orang-orang terdekat si ibu sangat penting dan di perlukan untuk menghindari stress, depresi post partum dan dampak-dampak negatif lainnya.

a. Pelayanan maternitas Bidan berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan kepada remaja putri, ibu masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir (bbl), balita dan wanita monopouse. Dalam memberikan asuhan kebidanan bidan harus mempertanggung jawabkan semua tindakan klinis yang diambil dan harus melaksanakan tanggung jawab tersebut yang meliputi tugas bidan sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan peneliti.
b. Pandangan masyarakat terhadap keluarga Pandangan masyarakat terhadap suatu keluarga sangat mempengaruhi perkembangan dan tingkat harga diri anggota keluarga tersebut. Jika pandangan masyarakat baik terhadap keluarga maka secara otomatis penerus keluarga juga akan mendapatkan nama baik dalam pandangan masyarakat, selama si anak tidak melanggar norma-norma yang terdapat dalam masyarakat.
c. Sisi penyangga atau support terhadap kepribadian keluarga. Dukungan terhadap perubahan kepribadian / kebiasaan hidup wanita sangat diperlukan, agar wanita tersebut tidak merasa down terhadap tingkat perubahan diri yang tidak disadarinya. Kesejahteraan keibuan seseorang wanita sangat bergantung terhadap efektifitas ke 3 elemen tersebut. Jika kursi goyang tidak bisa ditegakkan, maka tidak nyaman untuk diduduki.

Dalam teori Jean Ball mengemukakan tentang keseimbangan emosional ibu yang diibaratkan kursi goyang. Dimana teori tersebut dibentuk dalam tiga elemen, yaitu : pelayanan maternitas, pandangan masyarakat terhadap keluarga, dan sisi penyangga kepribadian wanita. Persiapan yang dilakukan bidan pada masa puerpurium akan mempengaruhi respon emosional wanita terhadap perubahan akibat proses kelahiran tubuh. Kesejahteraan wanita setelah melahirkan sangat tergantung pada personality atau kpribadian, sistim dukungan pribadi dan dukungan dari pelayanan maternitas.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa wanita yang dikatakan sejahtera setalah melahirkan akan sangat tergantung dari : Kepribadiannya, Sistem dan dukungan pribadi, Persiapan dan dukungan pelayanan maternitas.

Model Teori Jean Ball



Terdapt 5 komponen kunci dalam teori ini :

1. Wanita
   Emosional yang baik akan memberikan proses melahirkan yang baik, Ball memusatkan perhatian terhadap perkembangan emosional, sosial dan psikologikal seorang wanita dalm proses melahirkan

2. Kesehatan
   Merupakan tujuan pelayanan kesehatan ibu/pusat model dari Ball tujuan dari postnatal care agar wanita mampu menjadi seorang ibu yang berhasil.

3. Lingkungan
   Sistem sosial dalm masyarakt dan siatem lain yang mendukung. Lingkungan sosial dan organisasi dalam sistem pendukung misalnya dalam asuhan postpartum sangat membutuhkan dukungan sosial untuk mencapai kesejahteraan.

4. Diri sendiri
   Sebagai ibu sebaiknya berperan sebagai ibu yang baik dan sukses. Secara jelas kita dapat melihat bahwa peran bidan dalam memberikan dukungan dan membantu seorang wanita untuk lebih yakin pada dirinya sendiri dengan perannya sebagai seorang ibu.

5. Kebidanan
   Dikhawatirkan asuhan yang diberikan kurang efektif oleh karena kurangnya pengetahuan dan keterampilan tentang kebidanan.

Falsafah menurut Jean Ball

1. Keyakinan tentang kehamilan dan persalinan
   Kehamilan, persalinan dan masa nifasadalah masa mengadopsi peran baru
2. Keyakinan tentang perempuan.
   Memusatkan perhatian terhadap perkembangan emosional, social, psikologis wanita dalam proses melahirkan
3. Keyakinan mengenai fungsi profesi dan pengaruhnya.

Pelayanan yang kurang efektif diberikan oleh bidan dikarenakan kurangnya pengetahuan dan ketrampilan tentang kebidanan.

4. Keyakinan tentang pemberdayaan dan membuat keputusan.
   Pandangan masyarakat terhadap suatu keluarga akan mempengaruhi perkembangan dan tingkat harga diri anggota keluarga tersebut.
5. Keyakinan tentang asuhan .
   Bidan berkewajiban memberikan pelayanan kepada remaja putrid, ibu masa hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, balita dan wanita menopause.
6. Keyakinan tentang kolaborasi dan kemitraan.
7. Keyakinan tentang fungsi profesi dan manfaatnya

F. **TEORI SELF CARE DOROTHEA OREM**

Selama tahun 1958-1959 Dorothea Orem sebagai seorang konsultan pada bagian pendidikan Departemen Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan dan berpartisipasi dalam suatu proyek pelatihan peningkatan praktek perawat (vokasional). Pekerjaan ini menstimulasi Orem untuk membuat suatu pertanyaan : "Kondisi apa dan kapan seseorang membutuhkan pelayanan keperawatan?" Orem kemudian menekankan ide bahwa seorang perawat itu adalah "Diri sendiri". Ide inilah yang kemudian dikembangkan dalam konsep keperawatannya "*Self Care*". Pada tahun 1959 konsep keperawatn Orem ini pertama sekali dipublikasikan. Tahun 1965 Orem bekerjasama dengan beberapa anggota fakultas dari Universitas di Amerika untuk membentuk suatu Comite Model Keperawatan (*Nursing Model Commitee*).

Tahun 1968 bagian dari *Nursing Model Commitee* termasuk Orem melanjutkan pekerjaan mereka melalui *Nursing Development Conference Group (NDCG).* Kelompok ini kemudian dibentuk untuk menghasilkan suatu kerangka kerja konseptual dari keperawatan dan menetapkan disiplin keperawatan. Orem Kemudian mengembangkan konsep keperawatanya "*self care*" dan pada tahun 1971 dipublikasikan *Nursing; Concepts of Practice*.

Pada edisi pertama fokusnya terhadap individu, sedangkan edisi kedua (1980), menjadi lebih luas lagi meliputi multi person unit (keluarga, kelompok dan masyarakat). Edisi ketiga (1985) Orem menghadirkan *General Theory* Keperawatan dan pada edisi keempat (1991) Orem memberikan penekanan yang lebih besar terhadap anak-anak, kelompok dan masyarakat. Orem mengembangkan teori *Self Care Deficit* meliputi 3 teori yang berkaitan yaitu : 1). *Self Care*, 2). *Self care defisit* dan 3) *nursing system*. Ketiga teori tersebut dihubungkan oleh enam konsep sentral yaitu; *self care, self care agency*, kebutuhan *self care therapeutik*, *self care defisit*, *nursing agency*, dan *nursing system*, serta satu konsep perifer yaitu *basic conditioning factor* (faktor kondisi dasar). Postulat *self care* teori mengatakan bahwa

self care tergantung dari prilaku yang telah dipelajari, individu berinisiatif dan membentuk sendiri untuk memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya.

1. Teori Self Care

Untuk memahami teori self care sangat penting terlebih dahulu memahami konsep self care, self care agency, basic conditioning factor dan kebutuhan self care therapeutik. Self care adalah performance atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk prilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika self care dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia. *Self care agency* adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan self care.

Kemampuan individu untuk melakukan self care dipengaruhi oleh *basic conditioning factors* seperti; umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan modalitas), sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber Kebutuhan self care therapeutik (*Therapeutic self acre demand*) adalah merupakan totalitas dari tindakan *self care* yang diinisiatif dan dibentuk untuk memenuhi kebutuhan self care dengan menggunakan metode yang valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan.

Konsep lain yang berhubungan dengan teori *self care* adalah *self care requisite*. Orem mengidentifikasikan tiga katagori *self care requisite* :

a. Universal meliputi; udara, air makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, solitude dan interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia.
b. Developmental, lebih khusus dari universal dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti; pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh dan kehilangan rambut.
c. Perubahan kesehatan (*Health Deviation)* berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan self care akibat suatu penyakit atau injury.

2. ***Teori Self Care Deficit***

Merupakan hal utama dari teori general keperawatan menurut Orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika seorang dewasa (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan self care secara efektif. Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang atau tidak dapat terpenuhi atau adanya ketergantungan. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *self care*:

a. Tindakan untuk atau lakukan untuk orang lain.
b. Memberikan petunjuk dan pengarahan.

c. Memberikan dukungan fisik dan psychologis.
d. Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal.
e. Pendidikan.

Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi self care. Tindakan-tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan pelayanan keperawatan dapat digambarkan sebagi domain keperawatan. Orem (1991) mengidentifikasikan lima area aktifitas keperawatan yaitu:

1. Masuk kedalam dan memelihara hubungan perawat klien dengan individu, keluarga, kelompok sampai pasien dapat melegitimasi perencanaan keperawatan.
2. Menentukan jika dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui keperawatan.
3. Bertanggungjawab terhadap permintaan pasien, keinginan dan kebutuhan untuk kontak dan dibantu perawat.
4. Menjelaskan, memberikan dan melindungi klien secara langsung dalam bentuk keperawatan.
5. Mengkoordinasikan dan mengintegrasi keperawatan dengan kehidupan sehari-hari klien, atau perawatan kesehatan lain jika dibutuhkan serta pelayanan sosial dan edukasional yang dibutuhkan atau yang akan diterima.

3. Teory Nursing System

Nursing system didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan pasien melakukan *self care*. Jika ada *self care defisit*, *self care agency* dan kebutuhan *self care therapeutik* maka keperawatan akan diberikan. *Nursing agency* adalah suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah didik dan dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan *self care* terapeutik mereka, melalui pelatihan dan pengembangan *self care agency*. Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi *nursing system* yaitu:

a. Wholly Compensatory system

Suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan self care, dan menerima self care secara langsung serta ambulasi harus dikontrol dan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan-alasan medis tertentu. Ada tiga kondisi yang termasuk dalam kategori ini yaitu; tidak dapat melakukan tindakan self care misalnya koma, dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang self care tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan manipulatif, tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang self carenya.

b. Partly compensatory nursing system

Suatu situasi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan lain dan perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan self care.

c. Supportive educative system

Pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk internal atau external self care tetapi tidak dapat melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan supportivedevelopmental system.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bryar, R (1995). Theory for Midwifery Practice Edisi 1 Macmillan, Houndmillo
2. Enkin. K, et.al (2000). A Guide to Effective care in Pregnancy, Childbirth and Early Parenting. Oxford : University Press
3. Kroll, D.L (1996). Midwifery care for the future, Edisi 1 BaillereTindall, London
4. Pyne. R.H (1992). ProfesionalDisiplin in Nurssing, Midwifery and Health Visiting. Edisi 2, Black well Scientific Publication, London
5. Varney, H. (1997). Varney's Midwifery. Jones and Bartlet Publishers, Sudbury, Massachusetts, USA
6. Soepardan, Suryani 2006. *Konsep Kebidanan*. Bandung: EGC
7. Dypta. 2009. *Teori-teori yang Mempengaruhi Model Kebidanan*. Dikutip dari: http://dypta.wordpress.com/2009/01/21/teori-teori-yang-mempengaruhi-model-kebidanan/.