



# Konsep Dasar **Kebidanan**





Konsep Dasar  
**Kebidanan**

**Sanksi Pelanggaran Pasal 113**  
**Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014**  
**Tentang Hak Cipta**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).



# Konsep Dasar **Kebidanan**

Agustin - St. Rahmawati Hamzah - Sitti Nurul Hikma Saleh - Alhidayah  
Halida - Muzayyana - Hafsia Khairun Nisa Mokodompit - Devianti Tandiallo  
Sri Wahyuni Bahrum - Nur Aliya Arsyad - Sri Widyastuti - Kasmia

## KONSEP DASAR KEBIDANAN

**Penulis : Agustin, St. Rahmawati Hamzah, Sitti nurul Hikma Saleh, Alhidayah R Mallorong  
Halida Thamrin, Muzayyana, Hafsia Khairun Nisa Mokodompit, Devianti Tandiallo  
Sri Wahyuni Bahrum, Nur Aliya Arsyad, Sri Widyastuti, Kasmiasi**

**ISBN : 978-623-495-137-0**

*Copyright* © Oktober 2022

Ukuran: 15. 5 cm X 23 cm; hlm. : viii + 170

Editor : Ira Atika Putri

Desainer sampul : Rosyiful Aqli

Penata isi : Rosyiful Aqli

Cetakan I: Oktober 2022

Diterbitkan, dicetak, dan didistribusikan oleh  
**CV. Literasi Nusantara Abadi**  
Perumahan Puncak Joyo Agung Residence Kav. B11 Merjosari  
Kecamatan Lowokwaru Kota Malang  
Telp: +6285887254603, +6285841411519  
Email: penerbitlitnus@gmail.com  
Web: www.penerbitlitnus.co.id  
Anggota IKAPI No. 209/JTI/2018

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang mengutip atau memperbanyak baik sebagian atau keseluruhan isi buku dengan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit.

## Prakata



Secara umum, konsep dasar kebidanan merupakan hal yang sangat berkaitan dengan perkembangan ilmu pengetahuan. Konsep dasar kebidanan sendiri merupakan bidang keilmuan bidan yang membahas mengenai definisi bidan, falsafah kebidanan, teori, dan praktik kebidanan. Pelayanan kebidanan serta teori-teori yang digunakan dalam praktik kebidanan berasal dari konseptual model kebidanan.

Seorang bidan harus memahami konsep dasar manajemen asuhan kebidanan, konsep-konsep dasar kebidanan, baik definisi, aturan yang mengikat, atau etika profesi, dan prinsip-prinsip dari konsep kebidanan tersebut. Bidan mempunyai tugas penting dalam pelayanan kebidanan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga, dan masyarakat.

Buku *Konsep Dasar Kebidanan* ini ditulis untuk memberikan pengetahuan kepada para pembaca dalam memahami konsep dasar kebidanan pada umumnya serta mutu pelayanan kebidanan pada khususnya. Selain itu, para pembaca diharapkan dapat menerapkannya kepada masyarakat secara umum dan khususnya kepada pasien kebidanan serta keluarganya.

Namun di luar semua itu, tentu saja buku ini tidak terlepas dari kelemahan dan kekurangan, sehingga kami mengharapkan kritik dan saran dari para pembaca untuk dapat menyempurnakan dalam penerbitan berikutnya.



# Daftar Isi



Prakata — v  
Daftar Isi — vii

BAB I  
SEJARAH DAN PERKEMBANGAN KEBIDANAN — 1  
*Agustin, S.ST., M.Keb.*

BAB II  
SOSIOLOGI DAN ANTROPOLOGI KEBIDANAN — 15  
*St. Rahmawati Hamzah, S.ST., M.Keb.*

BAB III  
PENDIDIKAN KEBIDANAN DI INDONESIA — 29  
*Sitti Nurul Hikma Saleh, S.ST., M.Keb.*

BAB IV  
PERAN DAN FUNGSI BIDAN — 43  
*Alhidayah R Mallorong, S.ST., M.Keb.*

BAB V  
ILMU, TEORI, KONSEP, DAN MODEL KEBIDANAN — 57  
*Halida Thamrin, S.ST, M.Keb.*

BAB VI  
NILAI DAN ETIKA BIDAN — 71  
*Muzayyana, S.ST., M.Keb.*



BAB VII	
ASPEK HUKUM DALAM PRAKTIK KEBIDANAN — 83	
<i>Hafsia Khairun Nisa Mokodompit, S.Tr.Keb., M.Kes.</i>	
BAB VIII	
MALPRAKTIK DALAM PELAYANAN BIDAN — 95	
<i>Devianti Tandiallo, SST., M.Keb., CBMT.</i>	
BAB IX	
SISTEM LAYANAN KESEHATAN DAN PRAKTIK BIDAN — 109	
<i>Sri Wahyuni Bahrum, S.ST., M.Keb.</i>	
BAB X	
PENGEMBANGAN KARIER DAN PROFESI BIDAN — 123	
<i>Nur Aliya Arsad, S.ST., M.Keb.</i>	
BAB XI	
KEMAMPUAN BERPIKIR KRITIS DALAM MENYELESAIKAN MASALAH KEBIDANAN — 129	
<i>Sriwidyastuti, S.ST., M.Keb.</i>	
BAB XII	
ISU-ISU KONTEMPORER PROFESI KEBIDANAN — 143	
<i>Kasmiati, S.ST., M.Keb.</i>	
Daftar Pustaka — 157	
Profil Penulis — 163	

# BAB I

## SEJARAH DAN PERKEMBANGAN KEBIDANAN

Agustin, S.ST., M.Keb.



### Sejarah Perkembangan Pelayanan dan Pendidikan Kesehatan

Salah satu faktor yang menyebabkan terus berkembangnya pelayanan dan pendidikan kebidanan adalah masih tingginya mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin, khususnya di negara berkembang dan di negara miskin yaitu sekitar 25–50 persen. Mengingat hal di atas, maka penting bagi bidan untuk mengetahui sejarah perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan karena bidan sebagai tenaga terdepan dan utama dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi diberbagai catatan pelayanan wajib mengikuti perkembangan IPTEK dan menambah ilmu pengetahuannya melalui pendidikan formal atau non formal. Bidan juga berhak atas kesempatan untuk meningkatkan diri, baik melalui pendidikan maupun pelatihan serta meningkatkan jenjang karier dan jabatan yang sesuai.<sup>1</sup>

Pelopor yang bekerja sama dalam perkembangan kebidanan Hipokrates dari Yunani tahun 460–370 SM disebut Bapak Pengobatan, menaruh perhatian terhadap kebidanan, keperawatan, dan pengobatan. Wanita yang bersalin dan nifas mendapatkan pertolongan dan pelayanan yang layak. Soranus tahun 98–138 SM berasal dari Efesus/Turki disebut Bapak Kebidanan, berpendapat bahwa seorang ibu yang telah melahirkan tidak takut kepada hantu, setan, dan dijauhkan dari ketakhayulan.

<sup>1</sup> Purwandari dan Atik, *Konsep Kebidanan: Sejarah dan Profesionalisme*, (Jakarta: EGC, 2008).

Kemudian diteruskan oleh Moscion, bekas muridnya dengan mengusahakan dan menulis buku pelajaran yang berjudul “Katekismus” bagi bidan-bidan Roma agar pengetahuan bidan semakin maju.

Sejarah perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan setiap waktu mengalami perkembangan, baik suatu kemajuan atau justru kemunduran. Perkembangan ini terjadi baik di Indonesia maupun di luar negeri. Sejarah kebidanan dimulai sejak awal kehidupan atau awal peradaban manusia. Zaman dahulu persalinan dan perempuan menstruasi dianggap kotor dan menjijikkan sehingga cara persalinan terkesan tidak manusiawi. Tidak ada yang mencatat kapan dimulainya persalinan yang dilakukan oleh bidan. Dalam sejarah, perempuan dalam proses melahirkan dapat dilakukan sendiri atau dibantu oleh suami mereka. Ketika manusia tidak lagi berpindah-pindah dan membentuk kelompok masyarakat, para ibu melahirkan dijaga dan ditolong oleh seorang perempuan yang dianggap mampu. Perempuan tersebut merupakan seorang perempuan setengah baya yang telah menikah dan melahirkan, melalui percobaan dan tukar pengetahuan untuk mengembangkan keahliannya. Biasanya perempuan tersebut disebut dukun bayi. Terdapat catatan yang menunjukkan tindakan yang dilakukan bidan, terdapat patung Mochicha (500 SM), lukisan Papyri dan Tomb dalam *Old Testament* (Chamberlein, 1981), catatan tentang bidan Yahudi (Shipah dan Puah) yang berani mengambil risiko membela keselamatan bayi laki-laki Bangsa Yahudi yang diperintahkan untuk dibunuh oleh Firaun.

## Perkembangan di luar Negeri

### Sebelum Abad 20 (1700–1900)

William Smellie dari Scotlandia (1677–1763) mengembangkan forceps dengan kurva pelvik seperti kurva shepalik. Dia memperkenalkan cara pengukuran konjungata diagonalis dalam pelvi metri, menggambarkan metode tentang persalinan lahirnya kepala pada presentasi bokong, dan penanganan resusitasi bayi asfiksia dengan pemompaan paru-paru melalui sebuah metal kateler. Ignos Phillip Semmelweis, seorang dokter dari Hungaria (1818–1865) mengenalkan tentang cuci tangan yang bersih, mengacu pada pengendalian spesies puerperium.<sup>2</sup>

James Young Simpsosn dari Edenburgh, Scotlandia (1811–1870) memperkenalkan dan menggunakan anastesi umum. Tahun 1824, James

<sup>2</sup> Purwandari dan Atik, *Konsep Kebidanan: Sejarah dan Profesionalisme*, (Jakarta: EGC, 2008).



Blundell dari Inggris menjadi orang pertama yang berhasil menangani pendarahan postpartum dengan menggunakan transfusi darah. Jean Lubumean dari Prancis (orang kepercayaan Rene Laenec, penemu Stetoskop pada tahun 1819) pertama kali mendengar bunyi jantung janin dengan stetoskop pada tahun 1920. Jhon Charles Weaven dari Inggris (1811–1859) pada tahun 1843 adalah orang pertama yang melakukan tes urin pada perempuan hamil untuk pemeriksaan dan menghubungkan kehadirannya dengan eklampsia. Adolf Pinard dari Prancis (1844–1934). Pada tahun 1878, mengumpulkan kerjanya pada palpasi abdominal. Carl Crede dari Jerman (1819–1892), menggambarkan metode stimulasi urin yang lembut dan lentur untuk mengeluarkan plasenta. Juduig Bandl, dokter obstetri dari Jerman (1842–1992) pada tahun 1875, menggambarkan lingkaran retraksi yang pasti muncul pada pertemuan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim dalam persalinan macet atau sulit. Daunce dari Bordeaux, pada tahun 1857, memperkenalkan penggunaan inkubator dalam perawatan bayi prematur.

## Abad 20

Postnatal care sejak munculnya hospitalisasi untuk persalinan telah berubah dari perpanjangan masa rawatan sampai 10 hari ke tren modern ambulasi diri. Pada kenyataannya, suatu pengembalian pada cara yang lebih alami. Selama beberapa tahun, pemisahan ibu dan bayi merupakan praktik yang dapat diterima pada banyak rumah sakit dan alat menyusui bayi buatan menjadi dapat diterima bahkan oleh norma. Perkembangan teknologi yang cepat telah memonitoring antepartum dan intrapartum yang tepat menjadi mungkin dengan penggunaan ultrasonografi dan cardiocografi, serta telah merubah prognosis bagi bayi prematur secara dramatis ketika dirawat di neonatal intensive care unit, hal ini juga memungkinkan perkembangan yang menakjubkan.<sup>3</sup>

### 1. Pelayanan kebidanan di Amerika

Di Amerika, para bidan berperan seperti dokter, berpengalaman tanpa pendidikan yang spesifik, standar-standar, atau peraturan-peraturan sampai pada awal abad ke-20. Sementara itu, kebidanan menjadi tidak diakui dalam sebagian besar yurisdiksi (hukum) dengan istilah nenek tua. Kebidanan akhirnya padam, profesi bidan hampir mati. Sekitar tahun 1700, para ahli sejarah memprediksikan bahwa angka kematian ibu di AS sebanyak 95 persen. Salah satu alasan mengapa

<sup>3</sup> Purwandari dan Atik, *Konsep Kebidanan: Sejarah dan Profesionalisme*, (Jakarta: EGC, 2008).

dokter banyak terlibat dalam persalinan adalah untuk menghilangkan praktik sihir yang masih ada pada saat itu. Dokter memegang kendali dan banyak memberikan obat-obatan tetapi tidak mengindahkan aspek spiritual, sehingga perempuan yang menjalani persalinan selalu dihindangi perasaan takut terhadap kematian.

## 2. Pelayanan kebidanan di Belanda

Seiring dengan meningkatnya perhatian pemerintah Belanda terhadap kelahiran dan kematian, pemerintah mengambil tindakan terhadap masalah tersebut. Wanita berhak memilih apakah ia mau melahirkan di rumah atau di Rumah Sakit, hidup atau mati. Belanda memiliki angka kelahiran yang sangat tinggi, sedangkan kematian prenatal relatif rendah. Prof. Geerit Van Kloosterman pada konferensinya di Toronto tahun 1984, menyatakan bahwa setiap kehamilan adalah normal, harus selalu dipantau dan mereka bebas memilih untuk tinggal di rumah atau rumah sakit, di mana bidan yang sama akan memantau kehamilannya. Astrid Limburg mengatakan: Seorang perawat yang baik tidak akan menjadi seorang bidan yang baik karena perawat dididik untuk merawat orang yang sakit, sedangkan bidan untuk kesehatan wanita. Maria De Broer yang mengatakan bahwa kebidanan tidak memiliki hubungan dengan keperawatan, kebidanan adalah profesi yang mandiri. Pendidikan kebidanan di Amsterdam memiliki prinsip yakni sebagaimana memberi anastesi dan sedatif pada pasien begitulah kita harus mengadakan pendekatan dan memberi pada ibu saat persalinan. Jadi pada praktiknya, bidan harus memandang ibu secara keseluruhan dan mendorong ibu untuk menolong dirinya sendiri. Bidan harus menjadi role model di masyarakat dan harus menganggap kehamilan adalah sesuatu yang normal, sehingga apabila seorang perempuan merasa dirinya hamil, dia dapat langsung memeriksakan diri ke bidan atau dianjurkan oleh keluarga, teman, atau siapa saja.<sup>4</sup>

Adapun pelayanan-pelayanan yang dilaksanakan oleh Belanda sebagaimana berikut.

### a. Pelayanan antenatal

Bidan menurut peraturan Belanda lebih berhak melakukan praktik mandiri daripada perawat. Bidan mempunyai izin resmi untuk praktik dan menyediakan layanan kepada wanita dengan risiko rendah, meliputi antenatal, intrapartum, dan postnatal tanpa ahli kandungan yang menyertai mereka bekerja di bawah

---

<sup>4</sup> Evi, S., *Konsep Kebidanan*, (Yogyakarta: Nuha Medika, 2011).



Lembaga Audit Kesehatan. Bidan harus merujuk wanita dengan risiko tinggi atau kasus patologi ke Ahli Kebidanan untuk dirawat dengan baik. Untuk memperbaiki pelayanan kebidanan dan ahli kebidanan serta untuk meningkatkan kerja sama antar bidan dan ahli kebidanan dibentuklah daftar indikasi oleh kelompok kecil yang berhubungan dengan pelayanan maternal di Belanda.<sup>5</sup>

b. Pelayanan intrapartum

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

c. Pelayanan postpartum

Pada tahun 1988, persalinan di negara Belanda 80 persen telah ditolong oleh bidan. Hanya 20 persen persalinan yang dilakukan di Rumah Sakit. Pelayanan kebidanan dilakukan pada *community-normal*, bidan sudah mempunyai independensi yang jelas. Kondisi kesehatan ibu dan anak pun semakin baik, bidan mempunyai tanggung jawab yakni melindungi dan memfasilitasi proses alami, menyeleksi kapan wanitanya perlu intervensi, yang menghindari teknologi dan pertolongan dokter yang tidak penting. Pendidikan bidan menggunakan sistem *direct entry* dengan lama pendidikan tiga tahun.<sup>6</sup>

3. Pelayanan di Jepang

Jepang merupakan sebuah negara dengan ilmu pengetahuan dan teknologi yang maju serta kesehatan masyarakat yang tinggi. Pelayanan kebidanan setelah perang dunia II lebih banyak terkontaminasi oleh medikalisasi. Pelayanan kepada masyarakat masih bersifat hospitalisasi. Bidan berasal dari perawat jurusan kebidanan dan perawat kesehatan masyarakat serta bidan hanya berperan sebagai asisten dokter. Pertolongan persalinan lebih banyak dilakukan oleh dokter dan perawat. Jepang melakukan peningkatan pelayanan dan pendidikan bidan serta mulai menata dan merubah situasi. Pada tahun

<sup>5</sup> Asmiati, *Konsep Kebidanan*, (Makassar: Yayasan Barcode, 2020).

<sup>6</sup> Rury,N., *Konsep Kebidanan*, (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2012)

1987 bidan kembali berperan dan tahun 1989 berorientasi pada siklus kehidupan wanita mulai dari pubertas sampai klimakterium serta kembali ke persalinan normal. Bagi orang Jepang melahirkan adalah suatu hal yang kotor dan tidak diinginkan maka banyak wanita yang akan melahirkan diasingkan dan saat persalinan terjadi di tempat kotor gelap seperti gedung dan gudang. Dokumentasi relevan pertama tentang praktik kebidanan adalah tentang pembantu-pembantu kelahiran (asisten) pada periode Heian (794–1115). Dokumentasi hukum pertama tentang praktik kebidanan diterbitkan pada tahun 1868. Dokumen ini resmi menjadi dasar untuk peraturan-peraturan hukum utama untuk profesi medis Jepang. Tahun 1899 izin kerja kebidanan dikeluarkan untuk memastikan profesional kualifikasi.<sup>7</sup>

## Perkembangan dalam Negeri

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

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

1. Layanan kebidanan primer yaitu layanan yang diberikan sepenuhnya atas tanggung jawab bidan.
2. Layanan kolaborasi yaitu layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim secara bersama-sama dengan profesi lain dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.
3. Layanan kebidanan rujukan yaitu merupakan pengalihan tanggung jawab layanan yang dilakukan oleh bidan kepada sistem layanan yang lebih tinggi. Selain itu juga dapat dilakukan oleh yang lebih kompeten ataupun pengambil alihan tanggung jawab layanan/menerima rujukan dari penolong persalinan lainnya seperti rujukan.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Asmiati, *Konsep Kebidanan*, (Makassar: Yayasan Barcode, 2020).

<sup>8</sup> Rury, N., *Konsep Kebidanan*, (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2012).



Pada zaman pemerintahan Hindia Belanda, angka kematian ibu dan anak sangat tinggi. Tenaga penolong persalinan adalah dukun. Pada tahun 1807 (zaman Gubernur Jenderal Hendrik William Deandels) para dukun dilatih dalam pertolongan persalinan, tetapi keadaan ini tidak berlangsung lama karena tidak adanya pelatih kebidanan. Adapun pelayanan kebidanan hanya diperuntukkan bagi orang-orang Belanda yang ada di Indonesia. Tahun 1849 di buka pendidikan Dokter Jawa di Batavia (Di Rumah Sakit Militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto). Saat itu ilmu kebidanan belum termasuk kepada pelajaran. Pada tahun 1889 oleh Straat, Obstetrikus Austria, dan Masland barulah ilmu kebidanan diberikan secara 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 di kota-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 juga 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.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Asmiati, *Konsep Kebidanan*, (Makassar: Yayasan Barcode, 2020).



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, di mana 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 sebagaimana berikut.

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 remaja.
5. Kesehatan reproduksi pada orang tua.

## Falsafah Kebidanan

Falsafah atau filsafat berasal dari bahasa arab yaitu *falsafa* (timbangan) yang dapat diartikan pengetahuan dan penyelidikan dengan akal budi mengenai hakikat segala yang ada, sebab, asal, dan hukumnya (Harun Nasution, 1979).<sup>10</sup>

Menurut bahasa Yunani *philosophy* berasal dari dua kata yaitu *philos* (cinta), atau *philia* (persahabatan, tertarik kepada), dan *sophos* (hikmah, kebijaksanaan, pengetahuan, pengalaman praktis, dan intelegensi). Filsafat secara keseluruhan dapat diartikan sebagai cinta kebijaksanaan atau kebenaran. Falsafah kebidanan merupakan pandangan hidup atau penuntun bagi bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan. Falsafah kebidanan tersebut adalah sebagai berikut.<sup>11</sup>

1. Profesi kebidanan secara nasional diakui dalam Undang-Undang maupun peraturan pemerintah Indonesia yang merupakan salah satu tenaga pelayanan kesehatan profesional dan secara internasional diakui oleh International Confederation of Midwives (ICM), FIGO, dan WHO.
2. Tugas, tanggung jawab, dan kewenangan profesi bidan yang telah diatur dalam beberapa peraturan maupun keputusan menteri kesehatan

<sup>10</sup> Asmiati, *Konsep Kebidanan*, (Makassar: Yayasan Barcode, 2020).

<sup>11</sup> Sumiaty dan Nilu, N., *Konsep Kebidanan*, (Jakarta Barat: Media, 2013).



- ditujukan dalam rangka membantu program pemerintah bidang kesehatan khususnya ikut dalam rangka menurunkan AKI, AKP, KIA, pelayanan ibu hamil, melahirkan, nifas yang aman, dan KB.
3. Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan manusia dan perbedaan budaya. Setiap individu berhak untuk menentukan nasib sendiri, mendapat informasi yang cukup untuk berperan di segala aspek pemeliharaan kesehatannya.
  4. Bidan meyakini bahwa menstruasi, kehamilan, persalinan, dan menopause adalah proses fisiologi dan hanya sebagian kecil yang membutuhkan intervensi medis.
  5. Persalinan adalah suatu proses yang alami, peristiwa normal, namun apabila tidak dikelola dengan tepat dapat berubah menjadi abnormal.
  6. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan, dan bayinya berhak mendapat pelayanan yang berkualitas.
  7. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga yang membutuhkan persiapan mulai anak menginjak masa remaja.
  8. Kesehatan ibu periode reproduksi dipengaruhi oleh perilaku ibu, lingkungan, dan pelayanan kesehatan.
  9. Intervensi kebidanan bersifat komprehensif mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat.
  10. Manajemen kebidanan diselenggarakan atas dasar pemecahan masalah dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan yang profesional dan interaksi sosial serta asas penelitian dan pengembangan yang dapat melandasi manajemen secara terpadu.
  11. Proses kependidikan kebidanan sebagai upaya pengembangan kepribadian berlangsung sepanjang hidup manusia perlu dikembangkan dan diupayakan untuk berbagai strata masyarakat.

Terdapat perbedaan di antara pelayanan kebidanan dan praktik kebidanan sebagaimana berikut.

1. Pelayanan kebidanan

Seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan dan masyarakat.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Asrinah., Shinta, dkk, *Konsep Kebidanan*, (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2010).

## 2. Praktik kebidanan

Penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan/asuhan kebidanan kepada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan. Manajemen Kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis dalam lingkup praktik kebidanan meliputi asuhan mandiri/otonomi pada perempuan, remaja putri, dan wanita dewasa sebelum, selama, dan sesudah kehamilan. Praktik kebidanan dilakukan dalam sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masyarakat, dokter, perawat, dan dokter spesialis di pusat-pusat rujukan.<sup>13</sup>

## Paradigma Kebidanan

Paradigma berasal dari bahasa Latin/Yunani, paradigma yang berarti model/pola. Paradigma juga berarti pandangan hidup, pandangan suatu disiplin ilmu/profesi. Menurut ensiklopedia paradigma diartikan sebagai alam disiplin intelektual, yaitu cara pandang seseorang terhadap diri dan lingkungannya yang akan memengaruhinya dalam berpikir (kognitif). Paradigma juga dapat berarti seperangkat asumsi, konsep, nilai, dan praktik yang diterapkan dalam memandang realitas kepada sebuah komunitas yang sama. Khususnya, dalam disiplin intelektual. Paradigma memang merupakan sesuatu yang sangat kuat karena menciptakan lensa yang akan kita gunakan untuk melihat dunia. Kekuatan paradigma adalah kekuatan esensial dari perubahan besar, entah perubahan merupakan proses seketika ataupun proses yang lambat dan hati-hati. Paradigma kebidanan adalah suatu cara pandang bidan dalam memberi pelayanan. Keberhasilan bidan dalam bekerja/memberikan pelayanan berpegang pada paradigma, berupa pandangan terhadap manusia/perempuan, lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan cara pandang bidan atau hubungan timbal balik antara manusia, lingkungan, perilaku, pelayanan kebidanan, dan keturunan.<sup>14</sup>

## Komponen Paradigma Kebidanan

### 1. Manusia/Wanita

Wanita/manusia adalah makhluk biopsikososial kultural dan spiritual yang utuh dan unik, mempunyai kebutuhan dasar yang bermacam-macam sesuai dengan tingkat perkembangannya. Wanita/ibu

<sup>13</sup> Asmiati, *Konsep Kebidanan*, (Makassar: Yayasan Barcode, 2020).

<sup>14</sup> Asmiati, *Konsep Kebidanan*, (Makassar: Yayasan Barcode, 2020).



adalah penerus generasi keluarga dan bangsa sehingga keberadaan wanita yang sehat jasmani dan rohani serta sosial sangat diperlukan. Wanita/ibu adalah hal pertama dan utama dalam keluarga. Kualitas manusia sangat ditentukan oleh keberadaan wanita yang sehat jasmani dan rohani serta sosial yang sangat diperlukan. Wanita/ibu adalah pendidik pertama dan utama dalam keluarga. Kualitas manusia sangat ditentukan oleh keberadaan/kondisi dari wanita/ibu dalam keluarga. Para wanita di masyarakat adalah penggerak dan pelopor dari peningkatan kesejahteraan keluarga.

## 2. Lingkungan

Lingkungan merupakan semua yang ada di lingkungan dan terlibat dalam interaksi individu pada waktu melaksanakan aktivitasnya. Lingkungan tersebut meliputi lingkungan fisik, lingkungan psikososial, lingkungan biologis, dan lingkungan budaya. Lingkungan psikososial meliputi keluarga, komunitas, dan masyarakat. Ibu selalu terlibat dalam interaksi antara keluarga, kelompok, komunitas, maupun masyarakat. Masyarakat merupakan kelompok yang paling penting dan kompleks yang telah dibentuk oleh manusia sebagai lingkungan sosial. Masyarakat adalah lingkungan pergaulan hidup manusia yang terdiri dari individu, keluarga, kelompok, dan komunitas yang mempunyai tujuan atau sistem nilai, ibu/wanita merupakan bagian dari anggota keluarga dan unit komunitas.<sup>15</sup>

## 3. Perilaku

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

- a. Dalam melaksanakan tugasnya berpegang teguh pada filosofi etika profesi dan aspek legal.
- b. Bertanggung jawab dan mempertanggungjawabkan keputusan klinis yang dibuatnya.
- c. Senantiasa mengikuti perkembangan pengetahuan dan keterampilan mutakhir secara berkala.
- d. Menggunakan cara pencegahan universal untuk mencegah penularan penyakit dan strategi pengendalian infeksi.

---

<sup>15</sup> Sumiaty dan Nilu, N., *Konsep Kebidanan*. (Jakarta Barat: Media, 2013).

- 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 persalinan, bayi baru lahir, dan anak.
  - g. 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.
  - h. Bekerja sama dengan petugas kesehatan lain untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan keluarga
  - i. Melakukan advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan. Perilaku ibu selama kehamilan akan memengaruhi kehamilannya, perilaku ibu dalam mencari penolong persalinan akan memengaruhi kesejahteraan ibu dan janin yang dilahirkannya, demikian pula perilaku ibu pada masa nifas akan memengaruhi kesehatan ibu dan bayinya. dengan demikian perilaku ibu dapat memengaruhi kesejahteraan ibu dan janinnya.
4. Pelayanan kebidanan  
Pelayanan kebidanan merupakan layanan yang diberikan oleh bidan sesuai dengan kewenangan yang diberikan dengan maksud meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka tercapainya keluarga berkualitas, bahagia, dan sejahtera.
  5. Keturunan  
Kualitas manusia di antaranya ditentukan oleh keturunan. Manusia yang sehat akan dilahirkan oleh ibu yang sehat. Ini menyangkut kesiapan perempuan sebelum perkawinan, sebelum kehamilan (pra-konsepsi), masa kehamilan, masa kelahiran, dan masa nifas.

### **Pelayanan Kebidanan**

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Pelayanan kebidanan adalah layanan yang diberikan oleh bidan sesuai dengan kewenangan yang diberikan. Sasarannya adalah individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi upaya peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), penyembuhan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitasi). Layanan kebidanan dapat dibedakan sebagaimana berikut.



1. Layanan primer adalah layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.
2. Layanan kebidanan kolaborasi adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersama atau sebagai salah satu urutan dari suatu proses kegiatan pelayanan kesehatan.
3. Layanan kebidanan rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya, yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan sewaktu menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan yang dilakukan oleh bidan ke tempat/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau pada profesi kesehatan lainnya.<sup>16</sup>

### **Macam-macam Asuhan Kebidanan**

Asuhan kebidanan terbagi ke dalam beberapa macam, yaitu:

1. asuhan pra konsepsi, kb, dan ginekologi;
2. asuhan selama kehamilan;
3. asuhan selama persalinan;
4. asuhan pada ibu nifas dan menyusui;
5. asuhan pada bayi baru lahir;
6. asuhan pada bayi dan balita;
7. asuhan kebidanan komunitas; dan
8. asuhan pada wanita dengan gangguan reproduksi.

Dalam pelaksanaannya, bidan bekerja dalam sistem pelayanan yang memberi konsultasi, manajemen kolaborasi, rujukan sesuai dengan kebutuhan, dan kondisi kesehatan klien. Pelayanan kebidanan merupakan perpaduan antara kiat dan ilmu. Bidan membutuhkan kemampuan untuk memahami kebutuhan wanita dan mendorong semangatnya serta menumbuhkan rasa percaya dirinya dalam menghadapi kehamilan, persalinan, maupun peran sebagai ibu. Dalam menjalankan tugasnya, bidan membutuhkan ilmu tingkat tinggi dan kemampuan untuk mengambil keputusan.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Sumiaty dan Nilu, N., *Konsep Kebidanan*, (Jakarta Barat: Media, 2013).

<sup>17</sup> Asmiati, *Konsep Kebidanan*, (Makassar: Yayasan Barcode, 2020).

## **Manfaat Paradigma dikaitkan dengan Pelayanan Kebidanan**

Manfaat Paradigma jika dikaitkan dengan pelayanan kebidanan, maka terbagi kepada dua bagian sebagai berikut.

1. Bagi bidan
  - a. Membantu bidan dalam mengkaji kondisi klien.
  - b. Membantu bidan dalam memahami masalah dan kebutuhan klien.
  - c. Memudahkan dalam merencanakan dan melaksanakan asuhan yang berkualitas sesuai kondisi klien.
2. Bagi klien
  - a. Membantu bidan dalam mengkaji kondisi klien mendapatkan rasa aman dan nyaman dalam menerima asuhan kebidanan.
  - b. Membantu klien dalam meningkatkan kemampuan berperan serta sebagai individu yang bertanggung jawab atas kesehatannya.
  - c. Meningkatkan perilaku positif klien yang akan meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

## BAB II

### SOSIOLOGI DAN ANTROPOLOGI KEBIDANAN

*St. Rahmawati Hamzah, S.ST., M.Keb.*



#### Prawacana

Perkembangan ilmu pengetahuan dewasa ini telah maju dengan pesat, hal ini banyak dipengaruhi oleh perkembangan masyarakat, dinamika yang terjadi dalam kehidupan masyarakat, gaya hidup, dan budaya yang berlaku di masyarakat, kesetaraan gender dalam kesehatan, termasuk perubahan arah politik di pemerintahan. Salah satunya sosiologi dan antropologi adalah ilmu yang lahir dari faktor yang telah disebutkan sebelumnya, dalam perkembangannya ilmu sosiologi dan antropologi memiliki ruang lingkup ilmu yang cukup kompleks. Jika ilmu ini dikaitkan dengan kesehatan, khususnya kebidanan maka memerlukan kajian yang lebih mendalam untuk memaknai peran sosiologi dan antropologi dalam menentukan kesehatan ibu dan anak. Pada bab ini akan lebih banyak membahas kajian mengenai sosiologi dan antropologi serta kaitannya dengan kebidanan, lingkungan, dan penyakit.

#### Pengantar Sosiologi

Secara definisi sosiologi diartikan sebagai ilmu yang mempelajari masyarakat, perilaku hubungan manusia (interaksi kelompok masyarakat), dan produk yang dihasilkan oleh hubungan tersebut. Artinya bahwa segala sesuatu yang muncul berasal dari interaksi dari masyarakat.



Definisi lain sosiologi adalah studi ilmiah mengenai perilaku sosial dan kelompok manusia. Sosiologi terfokus pada hubungan sosial; bagaimana hubungan tersebut memengaruhi perilaku orang-orang; serta bagaimana masyarakat (jumlah total dari keseluruhan hubungan tersebut) berkembang dan berubah.<sup>18</sup>

Subjek kajian sosiologi mungkin akan sulit dipahami dan diramalkan karena perilaku manusia merupakan persilangan antara individualitas dan sosialitas. Sedangkan fokus bahasan sosiologi adalah interaksi manusia, yaitu pada pengaruh timbal balik di antara dua orang atau lebih dalam perasaan, sikap, dan tindakan. Sosiologi tidak berfokus pada apa yang terjadi di dalam diri manusia melainkan pada apa yang berlangsung di antara manusia.<sup>19</sup>

Sosiologi merupakan ilmu sosial yang objeknya adalah masyarakat. Banyak usaha-usaha, baik yang bersifat ilmiah maupun yang bersifat non-ilmiah yang membentuk sosiologi sebagai ilmu pengetahuan yang berdiri sendiri.<sup>1</sup> Sosiologi merupakan ilmu pengetahuan yang berdiri sendiri karena telah memenuhi unsur-unsur ilmu pengetahuan, yang ciri-ciri utamanya adalah sebagai berikut.

1. Sosiologi bersifat empiris yang berarti bahwa ilmu pengetahuan tersebut didasarkan pada observasi terhadap kenyataan dan akal sehat serta hasilnya tidak bersifat spekulatif.
2. Sosiologi bersifat teoretis yang berarti bahwa ilmu pengetahuan tersebut selalu berusaha untuk menyusun abstraksi dari hasil-hasil observasi. Abstraksi tersebut merupakan kerangka unsur-unsur yang tersusun secara logis serta bertujuan untuk menjelaskan hubungan sebab akibat sehingga menjadi teori.
3. Sosiologi bersifat kumulatif yang berarti bahwa teori-teori sosiologi dibentuk atas dasar teori-teori yang sudah ada dalam arti memperbaiki, memperluas, serta memperhalus teori-teori yang lama. Bersifat non-etis berarti bahwa yang dipersoalkan bukanlah buruk baiknya fakta tertentu, akan tetapi tujuannya adalah untuk menjelaskan fakta tersebut secara analitis.

Sosiologi memiliki cara-cara tersendiri untuk mempelajari masyarakat sebagai objeknya. Selain itu sosiologi juga mempunyai cara kerja atau metode (*method*) yang juga dipergunakan oleh ilmu-ilmu pengetahuan

<sup>18</sup> Soerjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar*, (Jakarta: Rajawali Pers, 2012).

<sup>19</sup> Husni Abdul Gani dan Dewi Rokhmah, *Sosiologi Kesehatan*, (Jember: Jember University Press, 2014), hlm. 3.



lainnya. Pada dasarnya terdapat dua jenis cara kerja atau metode, yaitu metode kualitatif dan metode kuantitatif.<sup>20</sup>

1. Metode kualitatif merupakan metode yang menitikberatkan pada narasi yang disampaikan, yang bersifat nyata, dan dapat dipertanggungjawabkan. Metode kualitatif dibagi menjadi dua bagian sebagai berikut. *Pertama*, metode historis melakukan pendekatan sejarah yang terjadi di dalam masyarakat, peristiwa pada masa lampau dianalisis untuk merumuskan prinsip umum yang terjadi. Revolusi yang terjadi di masyarakat pada masa lampau diselidiki menggunakan bahan-bahan sejarah. *Kedua*, metode komparatif melakukan perbandingan antara bermacam-macam masyarakat beserta bidang-bidangnya untuk memperoleh perbedaan-perbedaan dan persamaan-persamaan yang bertujuan untuk mendapatkan petunjuk-petunjuk mengenai perilaku masyarakat pada masa silam dan masa sekarang. Selain itu juga mengenai masyarakat-masyarakat yang mempunyai tingkat peradaban yang berbeda atau yang sama.
2. Metode kuantitatif merupakan metode yang mengutamakan bahan-bahan yang mudah diukur dengan keterangan angka-angka, sehingga gejala-gejala yang diteliti dapat diukur dengan statistik.

Lebih lanjut selain metode-metode di atas, metode-metode sosiologi berdasarkan jenisnya dibagi menjadi dua sebagaimana berikut.

1. Metode induktif adalah metode yang mempelajari suatu gejala yang khusus untuk mendapatkan kaidah-kaidah yang berlaku dalam lapangan yang lebih luas.
2. Metode deduktif adalah metode yang mempergunakan proses yaitu mulai dengan kaidah-kaidah yang dianggap berlaku umum untuk kemudian dipelajari dalam keadaan yang khusus

## Sosiologi Kesehatan

Dalam perkembangannya, ilmu sosiologi mengikuti dinamika yang terjadi sehingga sosiologi telah memiliki sub ilmu di antaranya sosiologi kesehatan. Sosiologi kesehatan didefinisikan sebagai ilmu yang mempelajari perubahan pola kesehatan yang dikaitkan dengan paparan globalisasi, perubahan perilaku, lingkungan sosial, maupun ekonomi dan budaya masyarakat itu sendiri.

---

<sup>20</sup> Soerjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar*, (Jakarta: Rajawali Pers, 2012).

Menurut Husaini dkk, (2017) peran sosiologi kesehatan dalam kehidupan dapat memberikan probabilitas sosiologisnya terhadap data statistik atau tren perubahan sosial sehingga dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam merumuskan kebijakan kesehatan, baik sebagai konsultan analisis kebijakan, teknis perencanaan, dan pelaksanaan program, serta memahami sifat, karakter, atau norma masyarakat yang berlaku.<sup>21</sup>

Sosiologi kesehatan adalah studi tentang perawatan kesehatan sebagai suatu sistem yang telah terlembaga dalam masyarakat, kesehatan (*health*) dan kondisi rasa sakit (*illness*) hubungannya dengan faktor-faktor sosial.<sup>22</sup> Sebagai suatu bidang yang spesifik sosiologi kesehatan diartikan pula sebagai bidang ilmu yang menempatkan permasalahan penyakit dan kesehatan dalam konteks sosiokultural dan perilaku. Termasuk dalam kajian bidang ini antara lain adalah deskripsi dan penjelasan atau teori-teori yang berhubungan dengan distribusi penyakit dalam berbagai kelompok masyarakat; perilaku atau tindakan yang diambil oleh individu dalam upaya menjaga atau meningkatkan serta menanggulangi keluhan sakit, penyakit, dan cacat tubuh; perilaku serta kepercayaan/keyakinan berkaitan dengan kesehatan.

Perkembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan membuat ilmu sosiologi membentuk sub bagian tersendiri yaitu pelayanan kesehatan, salah satunya pelayanan kebidanan. Saat ini masalah kebidanan dan kesehatan reproduksi seperti masalah gender, kematian ibu dan anak (KIA), serta kesehatan remaja merupakan salah satu masalah utama dalam kesehatan di seluruh dunia. Asuhan kebidanan yang akan diberikan terkait dengan masalah-masalah tersebut membutuhkan pemahaman bidan dari sisi sosial masyarakat, sehingga tujuan asuhan bisa tercapai dengan baik.

Di masyarakat masalah kebidanan juga banyak dipengaruhi oleh faktor sosiologis yang berkembang. Misalnya masalah keikutsertaan program KB masih banyak yang dipengaruhi oleh ketersediaan program tersebut dengan agama yang dianutnya. Artinya masih memegang paham “kita tidak boleh mendahului kehendak Tuhan apalagi mencegah kelahiran anak dengan menggunakan alat kontrasepsi supaya tidak hamil”.

Menurut Husaini dkk, (2017) prinsip dasar sosiologi kesehatan adalah penerapan konsep dan metode disiplin sosiologi dalam mendeskripsikan, menganalisis, dan memecahkan masalah kesehatan. Dengan kata lain, sosiologi kesehatan merupakan penerapan ilmu sosial dalam mengkaji

<sup>21</sup> Husaini dkk, *Buku Ajar Antropologi Sosial Kesehatan* (Tidak diterbitkan, 2017), hlm. 30.

<sup>22</sup> Muhammad Rifai, “Pengantar Sosiologi Kesehatan”, dalam ensiklo.com, September 2015, <https://ensiklo.com/2015/09/13/pengantar-sosiologi-kesehatan/>.



masalah kesehatan. Ruang lingkup kajian sosiologi kesehatan bergantung pada ruang lingkup objek kajian itu sendiri. Ada beberapa peristiwa yang menyebabkan meningkatnya keterkaitan antara sosiologi dan bidang medis atau kesehatan. Hal yang penting adalah terjadinya perubahan dalam hal kesehatan, penyembuhan, dan sakit.<sup>23</sup>

Perkembangan sosiologi kesehatan di fasilitasi oleh 4 perubahan yang terjadi dalam dunia medis, antara lain sebagai berikut. *Pertama*, perubahan pola mortalitas dan morbiditas, artinya bahwa terjadi pergeseran pola yang awalnya disebabkan oleh penyakit menular ke penyakit tidak menular (bersifat kornik), hal ini banyak dipengaruhi oleh gaya hidup yang tidak sehat. *Kedua*, pengobatan yang bersifat preventif dan meningkatnya kesehatan masyarakat, artinya bahwa pada tahun 1800-an pencegahan kesehatan lebih fokus pada bakteriologi dan imunologi, tahun 1900-an upaya pencegahan penyakit menitikberatkan pada masalah sosial, malnutrisi, lingkungan yang kumuh, dan lain sebagainya. *Ketiga*, perkembangan bidang *psychiatry*, artinya bahwa interaksi antara pasien dan tenaga kesehatan berkaitan dengan *diseases* dan *illness*, tenaga kesehatan dapat menggunakan lingkungan sebagai bagian dari terapi pengobatan. *Keempat*, tata kelola administrasi kesehatan, artinya bahwa pertumbuhan organisasi yang kian kompleks, fasilitas kesehatan yang semakin baik, serta berbagai kebijakan yang dibuat untuk mengaturnya kian beragam. Sosiologi akan fokus menganalisis tentang persoalan organisasi yang ada serta siapa yang diuntungkan dan dirugikan terkait dengan kebijakan yang ada.<sup>24</sup>

## Pengantar Antropologi

Antropologi dikenal sebagai ilmu yang mempelajari sifat-sifat manusia, manusia dalam hal ini ditempatkan sebagai objek yang unik dalam lingkungan hidup. Antropologi melihat manusia secara ilmiah sehingga ditemukan berbagai indikator yang menjelaskan awal manusia hidup dan cara-cara mempertahankan kehidupan dimuka bumi. Tinjauan agama terhadap manusia berpangkal pada kepercayaan dogma-dogma mendedukasikan kesimpulan dan dogma-dogma itu yang tidak diragukan kebenarannya.<sup>25</sup>

Menurut Siti Sofro Siddiq secara khusus ilmu antropologi tersebut terbagi ke dalam lima sub ilmu yang mempelajari hal-hal sebagaimana

---

<sup>23</sup> Husaini dkk, *Buku Ajar Antropologi Sosial Kesehatan*, (2017), hlm. 32.

<sup>24</sup> Husaini dkk, *Buku Ajar Antropologi Sosial Kesehatan*, (2017), hlm. 33.

<sup>25</sup> Beni Ahmad Saebani, *Pengantar Antropologi*, (Bandung: CV. Pustaka Setia, 2012).

berikut.<sup>26</sup>

1. Masalah asal dan perkembangan manusia atau evolusinya secara biologis.
2. Masalah terjadinya aneka ragam ciri fisik manusia.
3. Masalah terjadinya perkembangan dan persebaran aneka ragam kebudayaan manusia.
4. Masalah asal perkembangan.
5. Persebaran aneka ragam bahasa yang diucapkan di seluruh dunia.
6. Masalah mengenai asas-asas dari masyarakat dan kebudayaan manusia dari aneka ragam suku bangsa yang tersebar di seluruh dunia masa kini.

Antropologi dalam perkembangannya telah melewati empat fase sesuai yang dikemukakan oleh Koentjaraningrat (dalam Siti Sofro Siddiq, 2016).<sup>27</sup>

1. Fase pertama (sebelum tahun 1800-an)  
Fase pertama dimulai ketika bangsa eropa berkeliling dunia dalam melakukan penjajahan. Dalam penjajahannya mereka mulai menemukan hal yang baru terhadap banyak suku-suku yang dijumpai dan mempunyai keberagaman tersendiri. Dari pengalaman yang dijumpai mereka tulis dalam catatan harian atau buku jurnal sebagai bukti perjalanan mereka terhadap hal yang baru tersebut. Catatan/buku tersebut disebut dengan Etnografi. Bahan etnografi itu kemudian menarik perhatian para pelajar eropa. Mereka menempatkan perhatian yang cukup besar terhadap bahan etnografi tersebut dari sisi ilmiah.
2. Fase kedua (tahun 1800)  
Fase kedua dimulai ketika bahan etnografi tersebut disusun menjadi sebuah karangan berdasarkan cara berpikir pada masyarakat pada saat itu. Masyarakat dan kebudayaan berevolusi secara perlahan-lahan dalam jangka waktu yang lama. Mereka menganggap kebudayaan selain eropa adalah kebudayaan primitif. Di fase ini antropologi memiliki tujuan akademis, mereka mempelajari masyarakat dan kebudayaan primitif dengan maksud untuk memperoleh pemahaman tentang tingkat sejarah penyebaran kebudayaan manusia.
3. Fase ketiga (awal abad ke-20)  
Fase ketiga dimulai ketika bangsa-bangsa eropa telah masuk ke bangsa lain dengan membangun koloninya. Dalam membangun koloni-koloni tersebut mendapat tantangan dari bangsa asli setempat,

<sup>26</sup> Siti Sofro Siddiq, *Pengantar Antropologi*, (Pekanbaru: Penerbit Alfa Riau, 2016), hlm. 10.

<sup>27</sup> Siti Sofro Siddiq, *Pengantar Antropologi*, (Pekanbaru: Penerbit Alfa Riau, 2016), hlm. 14.



pemberontakan di mana-mana, cuaca yang tidak cocok, dan lain sebagainya. Dalam menaklukkan tantangan dari bangsa asli mereka mempelajari etnografi tentang suku-suku di luar bangsa eropa.

4. Fase keempat (setelah tahun 1930-an)

Fase keempat telah terjadi perkembangan antropologi yang cukup pesat. Kebudayaan yang dijajah oleh bangsa eropa mulai hilang akibat bangsa eropa. Perang dunia yang terjadi pada fase ini membawa perubahan yang sangat besar sampai dengan kehancuran total terhadap bangsa lain. Kehancuran ini menimbulkan kemiskinan, kelaparan, kesenjangan sosial, dan kesengsaraan yang tidak berujung. Pada saat yang sama muncul berbagai gerakan perlawanan terhadap penjajahan. Sebagian dari bangsa lain berhasil menaklukkan penjajahan, namun masyarakatnya masih ada yang menyimpan dendam terhadap penjajahan yang dilakukan bertahun-tahun. Proses perubahan yang terjadi menyebabkan perhatian ilmu antropologi tidak lagi pada bangsa di luar eropa, melainkan pada masyarakat pedalaman bangsa eropa sendiri. Antropologi mempelajari semua makhluk manusia yang pernah hidup pada semua waktu dan semua tempat yang ada di muka bumi ini.

Salah satu karakteristik yang paling banyak mendapat perhatian dalam antropologi adalah hubungan antara kebudayaan dan ciri-ciri biologis manusia. Masa ketergantungan manusia pada pengangkutan jalan kaki, ukuran otak yang besar, dan kemampuan menggunakan simbol-simbol adalah contoh beberapa ciri biologis yang memungkinkan mereka menciptakan dan mendapatkan kebudayaan. Untuk membantu mahasiswa dalam pelajaran awal, dapat dipergunakan rangkuman sebagai berikut. Antropologi adalah ilmu yang mempelajari karakteristik hidup manusia dengan berorientasi pada kebudayaan yang dihubungkan dengan ciri-ciri sosio-psikologi atau ciri-ciri biologis, melalui pendekatan holistik yaitu pendekatan dengan cara melihat atau memandang sesuatu sebagai suatu kebulatan yang utuh atau holistik. Secara akademik ilmu ini ingin mencapai pengertian tentang makhluk manusia pada umumnya dengan mempelajari aneka warna, bentuk fisik, masyarakat, serta kebudayaannya, dan secara praktis ingin mempelajari manusia dalam aneka warna masyarakat suku-bangsa bersangkutan guna membangun masyarakat suku bangsa itu sendiri.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Gungsu Nurmansyah dkk., *Pengantar Antropologi Sebuah Ikhtisar Mengenal Antropologi*, (Bandar Lampung: CV. Anugrah Utama Raharja, 2019), hlm. 4.

## Antropologi Kesehatan

Dalam perkembangannya, antropologi juga menjadi ilmu yang memiliki pengkhususan dari tiap penelitiannya. Penggunaan ilmu antropologi mulai banyak ditujukan untuk memecahkan masalah-masalah praktis dalam masyarakat. Setelah perang dunia II perkembangan antropologi spesialis berkembang cukup pesat. Saat itu antropologi banyak dihubungkan dengan berbagai permasalahan pembangunan di negara-negara berkembang. Misalnya saja antropologi pembangunan. Pada spesialisasi ini, metode, konsep, dan teori-teori antropologi digunakan untuk mempelajari hal-hal yang berkaitan dengan pembangunan masyarakat desa, masalah sikap petani terhadap teknologi baru, dan sebagainya. Sejak saat itu, aspek masalah pembangunan masyarakat desa menjadi topik hangat untuk penelitian-penelitian bermutu.

Salah satu persoalan pembangunan masyarakat desa yang umum saat itu adalah kesehatan masyarakat. Pada masa itu, para ahli antropologi banyak mendapat permintaan dari para dokter kesehatan masyarakat atau para dokter ahli gizi untuk membantu pekerjaan mereka. Para ahli antropologi biasanya diminta membantu meneliti atau dimintai data mengenai konsepsi dan sikap penduduk desa tentang kesehatan. Mulai dari pembahasan sikap penduduk tentang sakit, sikap terhadap dukun, terhadap obat-obatan tradisional, tentang kebiasaan-kebiasaan atau pantangan-pantangan makan, dan sebagainya.<sup>29</sup>

Konsep sehat tradisional kuratif pun semakin lengkap dengan tetap dijalankannya konsep budaya sebagai sistem kepercayaan masyarakat. Contohnya penyakit kuning, bisa disembuhkan dengan penggunaan kunyit sebagai obat. Masyarakat Indonesia percaya alam semesta telah menyediakan obat untuk segala macam penyakit serta persamaan warna antara obat dan penyakit menjadi kesimpulan mereka untuk menyembuhkan. Contoh tersebut menunjukkan bahwa kebudayaan, pengetahuan, serta teknologi yang berkembang di masyarakat sangat berpengaruh terhadap konsep kesehatan mereka.

Kombinasi antropologi dalam ilmu kesehatan dapat memiliki peranan yang cukup penting dengan diperoleh berbagai manfaat bagi praktik ilmu kesehatan itu sendiri. Kombinasi tersebut juga diharapkan mampu mengatasi berbagai persoalan kesehatan yang ada di tengah masyarakat. Hal

---

<sup>29</sup> Dewi Murdiyanti Prihatin Putri dan Nunung Rachmawati, *Antropologi Kesehatan Konsep dan Aplikasi Antropologi dalam Kesehatan*, (Yogyakarta: Pustaka baru Press, 2018), hlm. 14.



itu diupayakan demi terwujudnya kesejahteraan masyarakat. Manfaat antropologi bagi dunia kesehatan adalah sebagai sarana untuk berkomunikasi dan berinteraksi. Interaksi bisa dilakukan antara petugas kesehatan dengan pasien, petugas kesehatan dengan keluarga pasien, atau antar-petugas dengan sesama profesi kesehatan.<sup>30</sup>

## Kajian Sosiologi dan Antropologi dalam Kebidanan

Ilmu kebidanan merupakan salah satu disiplin ilmu kesehatan yang mempelajari sesuatu yang berhubungan dengan bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada perempuan sebelum masa kehamilan, saat masa kehamilan, persalinan, pascapersalinan, masa nifas, bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah, termasuk kesehatan reproduksi perempuan, dan keluarga berencana.

Jika dikaitkan dengan sosiologi dan antropologi yang mempelajari tentang aspek sosial budaya dan manusia sebagai subjek dalam kebidanan dapat dilihat bagaimana mempelajari secara komprehensif berbagai macam masalah yang berkaitan dengan kebidanan dengan melihat hubungan timbal balik sosial budaya antar tingkah laku manusia dan bersama-sama mempunyai tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik.

Hubungan sosiologi dalam kebidanan menjelaskan dalam memperoleh pelayanan kesehatan ibu dan anak melihat manusia sebagai makhluk sosial yang berinteraksi dengan manusia yang lain. Bagaimana manusia yang lain dapat memengaruhi perilaku manusia lain dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam aspek pelayanan kebidanannya, diharapkan seorang bidan dalam menjalankan profesinya sebagai bidan harus menempatkan posisinya sama dengan manusia lain, yaitu membutuhkan bantuan dari manusia yang lain. Dalam hal ini seorang bidan juga diharapkan tidak membuat perbedaan di antara pasien yang akan mereka layani.

Pelayanan kebidanan yang diberikan berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak yang menggunakan pendekatan antropologi harus mampu melihat interaksi manusia dengan manusia, manusia dan lingkungan, serta perubahan perilaku manusia terhadap keyakinan akan budaya yang melekat di dalam masyarakat.

---

<sup>30</sup> Dewi Murdiyanti Prihatin Putri dan Nunung Rachmawati, *Antropologi Kesehatan Konsep dan Aplikasi Antropologi dalam Kesehatan*, (Yogyakarta: Pustaka baru Press, 2018), hlm. 14.



Yang berkaitan dengan antropologi dan sosiologi kesehatan yaitu data mengenai konsepsi dan sikap penduduk desa tentang kesehatan, tentang sakit, terhadap dukun, terhadap obat-obatan tradisional, terhadap kebiasaan, dan pantangan makan, dan sebagainya. Ilmu antropologi juga memberi kepada dokter kesehatan masyarakat yang akan bekerja dan hidup di berbagai daerah dengan berbagai macam aneka warna, adat, dan budaya. Metode-metode dan cara-cara untuk segera mengerti dan menyesuaikan diri dengan kebudayaan dan adat-adat lain.

Antropologi kesehatan dipandang sebagai disiplin biobudaya yang memberi perhatian pada aspek-aspek biologis dan sosial budaya dari tingkah laku manusia, terutama tentang cara-cara interaksi antara keduanya, sepanjang sejarah kehidupan manusia yang memengaruhi kesehatan dan penyakit. Ada cara dan gaya hidup manusia yang merupakan fenomena yang dapat dikaitkan dengan munculnya berbagai macam penyakit. Selain itu, hasil dari berbagai macam kebudayaan juga dapat menimbulkan berbagai macam penyakit. Masyarakat dan pengobatan tradisional menganut dua konsep penyebab sakit, yaitu naturalistik dan personalistik. Penyebab dari penyakit yang bersifat naturalistik yaitu orang yang menderita penyakit akibat lingkungan, makanan, dan pola hidup yang tidak baik, termasuk juga kepercayaan panas dingin seperti masuk angin dan penyakit bawaan.

Mengacu pada esensi budaya, nilai budaya yang sehat merupakan bagian yang tidak terpisahkan keberadaannya sebagai upaya mewujudkan hidup sehat dan merupakan bagian budaya yang ditemukan secara menyeluruh. Dari budaya pula, hidup sehat dapat ditelusuri, yaitu melalui komponen pemahaman tentang sehat, sakit, derita akibat penyakit, cacat, dan kematian, nilai yang dilaksanakan dan diyakini di masyarakat, serta kebudayaan dan teknologi yang berkembang di masyarakat.

Pemahaman terhadap keadaan sehat dan keadaan sakit tentunya berbeda di setiap masyarakat tergantung dari kebudayaan yang mereka miliki. Pada masa lalu, ketika pengetahuan tentang kesehatan masih belum berkembang, kebudayaan memaksa masyarakat untuk menempuh cara *trial and error* guna menyembuhkan segala jenis penyakit, meskipun risiko untuk mati masih terlalu besar bagi pasien. Kemudian perpaduan antara pengalaman empiris dengan konsep kesehatan ditambah juga dengan konsep budaya dalam hal kepercayaan merupakan konsep sehat tradisional secara kuratif.

Beberapa kajian yang pernah dilakukan di beberapa tempat di Indonesia menjelaskan budaya dan makna simbolis yang berkembang di masyarakat



dapat memengaruhi perilaku ibu hamil dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak. Tradisi di suku bugis terkait upacara kehamilan, kelahiran dan setelah melahirkan masih menjadi hal yang lumrah di masyarakat. Ibu hamil pada suku bugis juga masih mempercayai pantangan yang diturunkan dari orang tua terdahulu. Pantangan ini dilaksanakan, baik pada saat kehamilan dan setelah melahirkan. Pantangan ini dimaksudkan agar selama hamil dan bersalin ibu dan bayi terhindar dari keadaan yang dapat membahayakan ibu selama kehamilan dan persalinan.

Beberapa ibu hamil di beberapa tempat contohnya suku bugis masih ada yang melakukan perawatan kehamilan ke dukun kampung. Ibu hamil dari suku tersebut masih percaya bahwa agar proses persalinan lancar dan posisi bayi tidak sungsang maka dianjurkan untuk melakukan pemijatan hamil di dukun kampung (Sanrro Kiana dalam bahasa bugis). Pijat bayi sendiri masih diperbolehkan tetapi harus melakukan konsultasi ke dokter/ bidan terlebih dahulu, jika niatnya untuk memperlancar peredaran darah maka hal tersebut diperbolehkan di bagian perut saja. Ibu hamil tetap mempercayakan bidan dalam hal pelayanan *antenatal care* dan dukun dalam hal pemijatan.<sup>31</sup>

Penelitian menunjukkan dalam konteks bermasyarakat di Cibitung tidak ada larangan khusus dari segi kehamilan dan persalinan untuk tidak melahirkan di bidan akan tetapi, peran paraji tidak hilang sepenuhnya, melainkan masih membantu seperti merawat ibu yang hamil, memijit, dan membantu melahirkan sisa sepeti plasenta atau ari-ari. Walaupun sebagian masyarakat sudah paham bahwa dari segi hukum, melahirkan itu harus dilakukan oleh bidan dan tidak boleh dilakukan oleh paraji.<sup>32</sup>

Dulu di Cibitung bidan hanya menangani sisa-sisa yang telah dilakukan paraji. Ketika terjadi suatu komplikasi, bidan akan melakukan rujukan ke rumah sakit, hal ini menjadikan masyarakat lebih memilih persalinan di paraji yang tidak pernah melakukan rujukan ke rumah sakit.<sup>33</sup> Hal serupa pada penelitian di Suku Aceh Barat dalam tradisinya melahirkan ditolong oleh baliem karena faktor budaya dan keputusan keluarga; demikian juga pada suku Oyog di Cirebon, memilih bersalin dengan dukun karena secara emosional merasa lebih dekat. Sedangkan di Suku Laut (Kabupaten Inderagiri Hilir) dan suku Buru (Kabupaten Buru), pemilihan dukun

<sup>31</sup> Husaini dkk, *Buku Ajar Antropologi Sosial Kesehatan*, (2017), hlm. 179.

<sup>32</sup> Salsabila, Zakiyatul Faizah, dan Budi Prasetyo, "Faktor Sosial Budaya yang Memengaruhi Kesehatan Ibu dan Anak (Studi Etnografi)". *Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 1(9), (2022), hlm. 72.

<sup>33</sup> Salsabila, Zakiyatul Faizah, dan Budi Prasetyo, "Faktor Sosial Budaya yang Memengaruhi Kesehatan Ibu dan Anak (Studi Etnografi)". *Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 1(9), (2022), hlm. 74.

sebagai penolong persalinan lebih disebabkan karena faskes yang sulit dijangkau.

Akses ke pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor penentu perilaku masyarakat dalam mencari pelayanan kebidanan. Hasil temuan juga terungkap bila tempat pelayanan kesehatan puskesmas relatif jauh, dan terlihat prasarana jalan dari rumah penduduk tidak dapat dilewati roda empat. Melalui *indept interview* terungkap, perilaku sosial ibu hamil mereka memeriksakan dan berkonsultasi ke puskesmas dengan tenaga medis sangat kurang. Karena alasan tertentu pula ada perilaku sosial ibu hamil yang tidak memeriksakan dan berkonsultasi ke bidan dan puskesmas. Sehingga mereka lebih banyak berdiskusi dengan dukun kampung (bidan kampung).<sup>34</sup>

Berdasarkan hasil penelitian juga terungkap bahwa masyarakat, terutama masyarakat yang berada di pedesaan masih mempercayai bahwa dukun beranak bisa melakukan perawatan kehamilan seperti membetulkan letak posisi janin yang sungsang. Selanjutnya kebiasaan dan tradisi melahirkan di rumah dengan bantuan dukun beranak juga masih dilakukan oleh masyarakat terutama pada masyarakat di pedesaan. Dukun dipilih sebagai penolong persalinan karena sudah dikenal dekat, mempunyai kedudukan/kekuatan yang kuat, masih dipercaya, sudah merupakan tradisi/kebiasaan yang dilakukan secara turun temurun, dan bayarannya bisa dengan beras.<sup>35</sup>

Terkait dengan pemeliharaan kesehatan pasca melahirkan perilaku ibu cukup berbeda-beda. Penelitian yang terkait menunjukkan bahwa masih adanya ibu nifas yang menggunakan rebusan daun sirih untuk digunakan cebok pada alat kelamin. Padahal keluarnya cairan dari kemaluan ibu nifas yang di sebut lokhea normal jika berbau amis dan tidak perlu untuk menggunakan ramuan atau obat untuk membasuh kemaluan. Bau yang di keluarkan bersamaan dengan cairan dari alat reproduksi ibu nifas akan berangsur-angsur hilang dengan berakhirnya masa nifas. Terdapat juga ibu nifas yang masih memakai gurita atau stagen pada perutnya, hal ini tidak dianjurkan untuk dilakukan karena dapat menghambat sirkulasi darah pada uterus. Secara teori, uterus ibu nifas akan berangsur-angsur kembali setelah masa nifas habis (40 hari) (Siti Maryam, 2021).

---

<sup>34</sup> Hasan Almutahar, "Perilaku Sosial Kesehatan Ibu Hamil dan Melahirkan (Studi di Kawasan Perbatasan Kecamatan Seluas Kabupaten Bengkayang Propinsi Kalimantan Barat". *Sosiobumaniora*, 16(3), (2014), hlm. 255.

<sup>35</sup> Yulfira Media, *Permasalahan Sosial Budaya dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Bayi di Provinsi Sumatera Barat*, (2017), hlm. 50.



Salah satu pantangan ibu hamil dari orang tua adalah dilarang berdiri di depan pintu terlalu lama. Hal ini mereka percaya bahwa ibu hamil akan mengalami kesulitan untuk bersalin. Secara medis hal tersebut tidak mempunyai hubungan, namun masih sangat dipercaya di kalangan masyarakat tertentu. Dijelaskan bahwa faktor yang dapat memengaruhi proses persalinan adalah tenaga ibu, *passenger*, jalan lahir, psikis, dan paramedis. Jika ibu nifas ingin mandi pagi, maka tidak boleh terlalu siang karena dapat menimbulkan rabun. Hal ini secara ilmiah tidak dapat dibuktikan, memang benar bahwa ibu nifas harus menjaga kebersihannya dengan mandi minimal 2 kali sehari, mengganti pembalut jika sudah dirasa penuh, dan membersihkan kemaluan sendiri untuk mencegah terjadinya infeksi apalaga jika ada luka jahitan episiotomy.<sup>36</sup>

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Desa Karang Sari, masyarakat masih mengikuti kebiasaan-kebiasaan yang harus dilakukan ibu pada saat hamil dan juga pantangan/larangan yang harus dihindari oleh ibu hamil. Mereka meyakini jika pantangan itu dilanggar akan mengakibatkan hal buruk pada ibu dan bayi yang dikandungnya. Adat upacara opat bulanan dan tujuh bulanan masih dipertahankan oleh masyarakat Desa Karang Sari dan *Maraji* masih memiliki otoritas dalam pelayanan kehamilan, walaupun dalam praktiknya berdampingan dengan tenaga kesehatan yang lainnya.<sup>37</sup>

Jika berbicara masalah anak yang mengalami sakit, perilaku seorang ibu ada yang langsung tertuju pada pelayanan kesehatan, tetapi tidak sedikit juga para ibu yang masih datang ke dukun kampung. Berdasarkan hasil penelitian juga telah terungkap adanya perbedaan persepsi dan kebiasaan masyarakat dalam merespons ketika anak sakit. Mereka yang mempunyai persepsi ketika anak panas disebabkan oleh adanya gangguan penyakit, maka akan mencari pengobatan melalui tenaga kesehatan. Namun jika masyarakat mempunyai persepsi ketika anak mengalami kejang-kejang dianggap karena *tasapo* (guna-guna), akan mencari pengobatan non medis atau pengobatan melalui dukun kampung.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> Siti Maryam, "Budaya Masyarakat yang Merugikan Kesehatan pada Ibu Nifas dan Bayi". *Jurnal Kebidanan*, 10(1), (2021), hlm. 4.

<sup>37</sup> Juariah, "Kepercayaan dan Praktik Budaya pada Masa Kehamilan masyarakat Desa Karang Sari Babupaten Garut". *Sosiohumaniora-Jurnal Ilmu-ilmu Sosial dan Humaniora*, 2(2), (2018), hlm. 166.

<sup>38</sup> Yulfira Media, *Permasalahan Sosial Budaya dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Bayi di Provinsi Sumatera Barat*, (2017), hlm. 54.



## BAB III

### PENDIDIKAN KEBIDANAN DI INDONESIA

*Sitti Nurul Hikma Saleh, S.ST., M.Keb.*



#### Perkembangan Pendidikan Kebidanan di Indonesia

Perkembangan pendidikan bidan berhubungan dengan perkembangan pelayanan kebidanan. Keduanya berjalan seiring untuk menjawab kebutuhan/tuntutan masyarakat akan pelayanan kebidanan. Yang dimaksud dalam pendidikan ini adalah pendidikan formal dan non formal. Pendidikan bidan dimulai pada masa penjajahan Hindia-Belanda. Pada tahun 1851 seorang dokter militer Belanda (Dr. W. Bosch) membuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia. Pendidikan ini tidak berlangsung lama karena kurangnya peserta didik yang disebabkan karena adanya larangan ataupun pembatasan bagi wanita untuk keluar rumah.<sup>39</sup>

Pada tahun 1902 pendidikan bidan dibuka kembali bagi wanita pribumi di rumah sakit militer di Batavia dan pada tahun 1904 pendidikan bidan bagi wanita Indo dibuka di Makassar. Lulusan dari pendidikan ini harus bersedia untuk ditempatkan di mana saja, tenaganya dibutuhkan dan mau menolong masyarakat yang tidak/kurang mampu secara cuma-cuma. Lulusan ini mendapat tunjangan dari pemerintah kurang lebih 15–25 Gulden per bulan. Kemudian dinaikkan menjadi 40 Gulden per bulan (tahun 1922).

<sup>39</sup> <sup>39</sup> Asmiati, *Konsep Kebidanan*, (Makassar: Yayasan Barcode, 2020), hlm. 9–10.

Tahun 1911/1912 dimulai pendidikan tenaga keperawatan secara terencana di CBZ (RSUP) Semarang dan Batavia. Calon yang diterima dari HIS (SD 7 tahun) dengan pendidikan keperawatan 4 tahun dan pada awalnya hanya menerima peserta didik pria. Pada tahun 1914 telah diterima juga peserta didik wanita pertama dan bagi perawat wanita yang lulus dapat meneruskan ke pendidikan kebidanan selama dua tahun. Untuk perawat pria dapat meneruskan ke pendidikan keperawatan lanjutan selama dua tahun juga.

Pada tahun 1935–1938 pemerintah Kolonial Belanda mulai mendidik bidan lulusan Mulo (Setingkat SLTP bagian B) dan hampir bersamaan dibuka sekolah bidan di beberapa kota besar antara lain Jakarta di RSB Budi Kemuliaan, RSB Palang Dua dan RSB Mardi Waluyo di Semarang. Di tahun yang sama dikeluarkan sebuah peraturan yang membedakan lulusan bidan berdasarkan latar belakang pendidikan. Bidan dengan dasar pendidikannya mulo dan pendidikan kebidanan selama tiga tahun tersebut bidan kelas satu (Vreodrouweerste klas) dan bidan dari lulusan perawat (mantri) di sebut bidan kelas dua (Vreodrouw tweede klas). Perbedaan ini menyangkut ketentuan gaji pokok dan tunjangan bagi bidan. Pada zaman penjajahan Jepang, pemerintah mendirikan sekolah perawat atau sekolah bidan dengan nama dan dasar yang berbeda, namun memiliki persyaratan yang sama dengan zaman penjajahan Belanda. Peserta didik kurang berminat memasuki sekolah tersebut dan mereka mendaftar secara terpaksa, karena tidak ada pendidikan lain.<sup>40</sup>

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

Tahun 1953 dibuka Kursus Tambahan Bidan (KTB) di Yogyakarta, lamanya kursus antara 7 sampai dengan 12 minggu. Pada tahun 1960 KTB dipindahkan ke Jakarta. Tujuan dari KTB ini adalah untuk memperkenalkan kepada lulusan bidan mengenai perkembangan program KIA dalam pelayanan kesehatan masyarakat, sebelum lulusan memulai tugasnya sebagai

---

<sup>40</sup> Evi, S., *Konsep Kebidanan*, (Yogyakarta: Nuha Medika, 2011), hlm. 45.



bidan terutama menjadi bidan di BKIA. Pada tahun 1967 KTB ditutup (*discontinued*).

Tahun 1954 dibuka pendidikan guru bidan secara bersama-sama dengan guru perawat dan perawat kesehatan masyarakat di Bandung. Pada awalnya pendidikan ini berlangsung satu tahun, kemudian menjadi dua tahun dan terakhir berkembang menjadi tiga tahun. Pada awal tahun 1972 institusi pendidikan ini dilebur menjadi Sekolah Guru Perawat (SGP). Pendidikan ini menerima calon dari lulusan sekolah perawat dan sekolah bidan.

Pada tahun 1970 dibuka program pendidikan bidan yang menerima lulusan dari Sekolah Pengatur Rawat (SPR) ditambah dua tahun pendidikan bidan yang disebut Sekolah Pendidikan Lanjutan Jurusan Kebidanan (SPLJK). Pendidikan ini tidak dilaksanakan secara merata di seluruh provinsi. Pada tahun 1974 mengingat jenis tenaga kesehatan menengah dan bawah sangat banyak (24 kategori), Departemen Kesehatan melakukan penyederhanaan pendidikan tenaga kesehatan non sarjana. Sekolah bidan ditutup dan dibuka Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dengan tujuan adanya tenaga multi purpose di lapangan di mana salah satu tugasnya adalah menolong persalinan normal. Namun karena adanya perbedaan falsafah dan kurikulum terutama yang berkaitan dengan kemampuan seorang bidan, maka tujuan pemerintah agar SPK dapat menolong persalinan tidak tercapai atau terbukti tidak berhasil. Pada tahun 1975–1984 institusi pendidikan bidan ditutup, sehingga selama 10 tahun tidak menghasilkan bidan. Namun organisasi profesi bidan (IBI) tetap ada dan hidup secara wajar.<sup>41</sup>

Tahun 1981 untuk meningkatkan kemampuan perawat kesehatan (SPK) dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk kebidanan, dibuka pendidikan Diploma I Kesehatan Ibu dan Anak. Pendidikan ini hanya berlangsung satu tahun dan tidak dilakukan oleh semua institusi. Pada tahun 1985 dibuka lagi program pendidikan bidan yang disebut (PPB) yang menerima lulusan SPR dan SPK. Lama pendidikan satu tahun dan lulusannya dikembalikan kepada institusi yang mengirim.

Tahun 1989 dibuka crash program pendidikan bidan secara nasional yang memperbolehkan lulusan SPK untuk langsung masuk program pendidikan bidan. Program ini dikenal sebagai Program Pendidikan Bidan A (PPB/A). Lama pendidikan satu tahun dan lulusannya ditempatkan di

---

<sup>41</sup> <sup>41</sup> Rury,N., *Konsep Kebidanan*, ( Yogyakarta: Graha Ilmu, 2012), hlm. 27–28.



desa-desa. Untuk itu pemerintah menempatkan seorang bidan di tiap desa sebagai pegawai negeri sipil (PNS Golongan II). Mulai tahun 1996 status bidan di desa sebagai pegawai tidak tetap (Bidan PTT) dengan kontrak selama tiga tahun dengan pemerintah, yang kemudian dapat diperpanjang 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 berkomunikasi, konseling, dan kemampuan untuk menggerakkan masyarakat desa dalam meningkatkan taraf kesehatan ibu dan anak. Program Pendidikan Bidan (A) diselenggarakan dengan peserta didik cukup besar. Diharapkan pada tahun 1996 sebagian besar desa sudah memiliki minimal seorang bidan. Lulusan pendidikan ini kenyataannya juga tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan seperti yang diharapkan sebagai seorang bidan profesional, karena lama pendidikan yang terlalu singkat dan jumlah peserta didik terlalu besar dalam kurun waktu satu tahun akademik, sehingga kesempatan peserta didik untuk praktik klinik kebidanan sangat kurang, sehingga tingkat kemampuan yang dimiliki sebagai seorang bidan juga kurang.

Pada tahun 1993 dibuka Program Pendidikan Bidan Program B yang peserta didiknya dari lulusan Akademi Perawat (Akper) dengan lama pendidikan satu tahun. Tujuan program ini adalah untuk mempersiapkan tenaga pengajar pada Program Pendidikan Bidan A. Berdasarkan hasil penelitian terhadap kemampuan klinik kebidanan dari lulusan ini tidak menunjukkan kompetensi yang diharapkan karena lama pendidikan yang terlalu singkat yaitu hanya satu tahun. Pendidikan ini hanya berlangsung selama dua angkatan (1995 dan 1996) kemudian ditutup.<sup>42</sup>

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

Selain program pendidikan bidan di atas, sejak tahun 1994–1995 pemerintah juga menyelenggarakan uji coba Pendidikan Bidan Jarak Jauh

---

<sup>42</sup> <sup>42</sup> Asrinah dkk, *Konsep Kebidanan*, (Yogyakarta: Graha Ilmu, 2010), hlm. 54.



(*distance learning*) di tiga provinsi yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur. Kebijakan ini dilaksanakan untuk memperluas cakupan upaya peningkatan mutu tenaga kesehatan yang sangat diperlukan dalam pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Pengaturan penyelenggaraan ini telah diatur dalam SK Menkes No. 1247/Menkes/SK/XII/1994.

Diklat Jarak Jauh Bidan (DJJ) adalah DJJ Kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan bidan agar mampu melaksanakan tugasnya dan diharapkan berdampak pada penurunan AKI dan AKB. DJJ Bidan dilaksanakan dengan menggunakan modul sebanyak 22 buah. Pendidikan ini dikoordinasikan oleh Pusdiklat Depkes dan dilaksanakan oleh Bapelkes di Provinsi. DJJ Tahap I (1995–1996) dilaksanakan di 15 Provinsi, pada tahap II (1996–1997) dilaksanakan di 16 provinsi, dan pada tahap III (1997–1998) dilaksanakan di 26 provinsi. Secara kumulatif pada tahap I–III telah diikuti oleh 6.306 orang bidan dan sejumlah 3.439 (55%) dinyatakan lulus.

Pada tahap IV (1998–1999) DJJ dilaksanakan di 26 provinsi dengan jumlah di setiap provinsinya adalah 60 orang, kecuali Provinsi Maluku, Irian Jaya, dan Sulawesi Tengah, masing-masing hanya 40 orang, dan 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 pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal (LSS = *Life Saving Skill*) dengan materi pembelajaran berbentuk 10 modul. Koordinatoranya adalah Direktorat Kesehatan Keluarga Ditjen Binkesmas.<sup>43</sup>

Sedang pelaksanaannya adalah Rumah sakit provinsi/kabupaten. Penyelenggaraan ini dinilai tidak efektif ditinjau dari proses. Pada tahun 1996, IBI bekerja sama dengan Departemen Kesehatan dan American College of Nurse Midwife (ACNM) dan rumah sakit swasta mengadakan training of trainer kepada anggota IBI sebanyak 8 orang untuk LSS, yang kemudian menjadi tim pelatih LSS inti di PPIBI. Tim pelatih LSS ini mengadakan TOT dan pelatihan baik untuk bidan di desa maupun bidan praktik swasta. Pelatihan praktik dilaksanakan di 14 provinsi dan selanjutnya melatih bidan praktik swasta secara swadaya, begitu juga guru/dosen dari D-III Kebidanan. Pada 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 Provinsi Kalimantan Selatan.

---

<sup>43</sup> <sup>43</sup> Asmiati, *Konsep Kebidanan*, (Makassar: Yayasan Barcode, 2020), hlm.14.

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

Pada tahun 2000 telah ada tim pelatih Asuhan Persalinan Normal (APN) yang dikoordinasikan oleh Maternal Neonatal health (MNH) yang sampai saat ini telah melatih APN di beberapa provinsi/kabupaten. Pelatihan LSS dan APN tidak hanya untuk pelatihan pelayanan tetapi juga guru, dosen-dosen dari Akademi Kebidanan. Selain melalui pendidikan formal dan pelatihan, untuk meningkatkan kualitas pelayanan juga diadakan seminar dan lokakarya organisasi. Lokakarya organisasi dengan materi pengembangan organisasi (Organization Development: OD) dilaksanakan setiap tahun sebanyak dua kali, mulai tahun 1996 sampai 2000 dengan biaya dari UNICEP. Tahun 2000 Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan tentang D-IV Kebidanan di FK UGM, FK UNPAD Tahun 2002 di FK USU. Tahun 2005 Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan tentang S2 Kebidanan di FK UNPAD terbukti tidak berhasil.<sup>44</sup>

Pada tahun 2001 tercatat ada 65 institusi yang menyelenggarakan pendidikan D-III Kebidanan di seluruh Indonesia. Dalam tiga tahun terakhir minat masyarakat untuk berpartisipasi dalam pendidikan D-III Kebidanan sangat tinggi.

Hal ini terlihat sampai saat ini jumlah institusi penyelenggara D-III Kebidanan sudah mencapai 147 dengan 44 milik Depkes dan sisanya kepemilikan pemerintah daerah, TNI, dan Swasta. Hal ini perlu dicermati bersama bahwa jika peluang tetap dipertahankan maka tidak menutup kemungkinan jumlah institusi D-III kebidanan sulit untuk dibendung karena adanya aturan yang memungkinkan untuk itu.

Setelah itu mulai berkembang pendidikan bidan di antaranya pada tahun 2006 telah dibuka program S2 kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran (UNPAD). Tahun 2008 telah dibuka program S1 kebidanan dan Profesi kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga (UNAIR). Tahun 2009 dibuka juga S1 kebidanan dan Profesi kebidanan di Fakultas Kedokteran Brawijaya (UNBRAW). Tahun 2011 dibuka S2 Kebidanan di Universitas Andalas Padang dan Universitas Brawijaya Malang. Tahun 2012 telah dibuka S2 Kebidanan di Universitas

---

<sup>44</sup> <sup>44</sup> Reni, H, *Konsep Kebidanan*, (Jakarta Timur: CV. Trans Info Media, 2012), hlm. 31–32.



Hasanuddin Makassar. Tahun 2013 telah dibuka S1 Kebidanan dan Profesi Kebidanan di Universitas Andalas Padang. Tahun 2014 telah dibuka S2 Kebidanan di Universitas Aisyiyah Yogyakarta hingga tahun 2018 sudah berdiri 32 Program Studi Profesi Bidan.<sup>45</sup>

Saat ini Program pendidikan D-IV Bidan telah berubah karena semua institusi Poltekkes di seluruh Indonesia menyelenggarakan program D-IV Bidan. Hal ini didukung dengan adanya Undang-Undang Dikti nomor 12 tahun 2012 disebutkan bahwa Politeknik boleh menyelenggarakan profesi, sehingga saat ini ada beberapa poltekkes yang sedang persiapan untuk menyelenggarakan Pendidikan Profesi Bidan dari program D-IV Bidan. Program Pendidikan S1 Bidan dengan profesi di beberapa universitas yaitu Universitas Airlangga (UNAIR) dan Universitas Brawijaya (UNBRAW) serta Universitas Andalas (UNAND). Bahkan saat ini Universitas Padjajaran (UNPAD) sudah menyelenggarakan sampai ke jenjang S2 dan lulusannya diberikan gelar Magister Kebidanan. Dengan adanya Undang-Undang Dikti nomor 12 tahun 2012 Program pendidikan vokasi semakin berkembang dengan dibukanya Magister Terapan yang sejak tahun 2014 sudah diselenggarakan oleh Poltekkes Semarang bahkan pendidikan vokasi diberi peluang untuk berkembang ke arah Doktor Terapan.

## Sejarah Pendirian AIPKIND

Asosiasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND) lahir tahun 2008 pada tanggal 28 Oktober atas dasar keinginan bersama institusi pendidikan dalam meningkatkan mutu pendidikan bidan melalui wadah yang menghimpun seluruh Pendidikan Bidan Indonesia. Pada awal pembentukan AIPKIND kepengurusan terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Bendahara berpusat di Jakarta. Selanjutnya, dengan tingginya aktivitas dan kegiatan yang melibatkan AIPKIND, ditunjuk Koordinator Wilayah (Korwil) yang bertujuan memudahkan koordinasi, baik kepada pengurus AIPKIND dan stakeholder pendidikan di wilayahnya. Saat ini sudah terbentuk 13 Korwil AIPKIND yang disesuaikan dengan 13 Wilayah Kopertis Dikti Kemendikbud RI dan didukung oleh 42 sub Korwil untuk memudahkan komunikasi. Saat ini terdapat pendidikan bidan yang terdata di AIPKIND tercatat 693 institusi pendidikan bidan yang tersebar di seluruh Indonesia mulai dari kota sampai ke kecamatan. Banyak hal yang berkembang terkait dengan Pendidikan Bidan, uji kompetensi yang segera akan diberlakukan

---

<sup>45</sup> <sup>45</sup> Dina, D.A, *Konsep Kebidanan*, (Medan: Yayasan Kita Menulis, 2020), hlm 26–27.

tahun 2013. Menyikapi beberapa perkembangan ini dipandang perlu untuk melaksanakan pertemuan nasional AIPKIND. Mengingat sejak terbentuknya AIPKIND belum pernah melakukan pertemuan nasional.

Sejak didirikan AIPKIND sudah melakukan banyak kegiatan bersama pemerintah melalui DIKTI. Proyek Health Professional Education Quality (HPEQ) Project Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi adalah salah satu program pemerintah dalam meningkatkan strategi dan kebijakan penjaminan mutu terkait dengan pendidikan tenaga kesehatan profesional di Indonesia sebagaimana berikut.

1. Akreditasi institusi pendidikan dan pelatihan tenaga profesional kesehatan yang berfokus pada kompetensi.
2. Mengembangkan standar kompetensi nasional dan prosedur pengujian untuk sertifikasi dan pemberian lisensi bagi tenaga profesional kesehatan.

Hal ini sejalan dengan deklarasi pendirian AIPKIND untuk meningkatkan mutu pendidikan bidan melalui wadah yang menghimpun seluruh Pendidikan Bidan di Indonesia. Guna mewujudkan nilai agung ini dan mengantisipasi kebijakan pemerintah dalam sistem pendidikan kebidanan, organisasi AIPKIND perlu menyiapkan diri.

Asosiasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND) terus berbenah menyempurnakan kurikulum pendidikan profesi bidan di Indonesia. Besar harapan agar terlahir lebih banyak lagi bidan yang mumpuni dan siap menjawab tantangan global. Keinginan tersebut disampaikan Ketua AIPKIND Pusat Dra. Jumiarni Ilyas, M.Kes dalam acara Indonesia *Midwifery Curriculum Workshop*. Acara tersebut berlangsung di *Airlangga Medical Education Center (AMEC)* Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga. Kegiatan tersebut diikuti 44 peserta dari 17 institusi pendidikan bidan di Indonesia. Dr. Kim Russell dari *Division of Midwifery- The Uni of Nottingham* dihadirkan sebagai pembicara dalam acara tersebut.<sup>46</sup>

Pada acara tersebut Jumiarni menyampaikan, saat ini pihaknya sedang melakukan transisi sistem kurikulum pendidikan bidan dari vokasi menjadi akademi profesi. Mengingat, selama ini pendidikan bidan di Indonesia mayoritas berbentuk vokasi, sementara pendidikan profesi baru dirintis pada tahun 2008, transformasi dari pendidikan vokasi ke profesi memerlukan perubahan konsep berpikir, mengingat keduanya sangat berbeda. Menurut Jumiarni perbedaan itu terletak pada kualitas kompetensi yang

---

<sup>46</sup> <sup>46</sup> UNAIR News Fakultas Kedokteran, (Surabaya: UNAIR, 2017).



dimiliki oleh lulusan. Pendidikan profesi akan menghasilkan lulusan yang memiliki kemampuan analitis, mampu berpikir kritis, termasuk dalam hal pengambilan keputusan. Sementara itu, vokasi hanya dibekali kemampuan bekerja sesuai standar SOP yang telah baku. Apabila lulusan pendidikan profesi bisa menyarankan, mengubah standar, dan meningkatkan standar, sesuai dengan keilmuan yang dimiliki.

Saat ini jumlah bidan di Indonesia sebanyak 450 ribu dan tersebar di seluruh tatanan pelayanan, baik di perkotaan sampai ke daerah pedesaan. Sebagai profesi yang bersifat otonom, Jumiarni merasa perlu memperjuangkan transformasi kurikulum pendidikan bidan. Dengan begitu, tidak lagi terjadi ketimpangan pendidikan serta menjadi mitra kerja yang saling mendukung antara bidan dengan dokter kandungan. Saat ini pemerintah sedang gencar membuka lebih banyak lagi pusat pendidikan profesi bidan di Indonesia dan jenjang pendidikan bidan sudah diatur sama dengan tenaga kesehatan lain. Dengan adanya penataan pendidikan tenaga kesehatan, salah satunya pendidikan bidan, maka dalam proses transisi kurikulum tersebut, kami harus melihat kompetensi, dan menyesuaikan dengan aturan baru, kebijakan baru tentang pengembangan kurikulum, serta tuntutan dari Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI). Untuk menjawab tantangan global, AIPKIND sedang berusaha mengembangkan kurikulum yang disesuaikan dengan kebijakan organisasi bidan dunia, termasuk standar yang ditetapkan oleh WHO. Kami coba *me-review* kurikulum yang sudah ada, serta melihat tren kurikulum global sekarang seperti apa. Untuk itu, AIPKIND bekerja sama dengan *The Uni of Nottingham*, Inggris untuk mendampingi proses transformasi kurikulum pendidikan bidan. Menurutnya, *The Uni of Nottingham* merupakan salah satu institusi pendidikan bidan terbaik di Inggris yang berpengalaman dalam mengembangkan pendidikan bidan.

Sementara itu, proses transformasi kurikulum pendidikan bidan di *The Uni of Nottingham* terbilang cepat. Seperti yang disampaikan Dr. Kim Russell bahwa pendidikan bidan di sana awalnya hanya bersertifikat, namun sekarang sudah diakui sebagai S1 profesi. Bidan di sana sangat dibutuhkan, bidan harus mampu memberikan pelayanan berkualitas serta dapat melakukan penelitian. Inilah yang membuat sistem pendidikan kami cepat mengalami perubahan. Regulasi yang menaungi profesi bidan di sana juga cukup kuat. Dalam aturan tersebut ditetapkan bahwa yang berwenang menangani persalinan hanya dokter kandungan dan bidan. Sementara pasien diberi kebebasan memilih dengan siapa ia akan

melahirkan. Mayoritas perempuan di Inggris lebih banyak memilih bersalin didampingi bidan daripada dokter kandungan.<sup>47</sup>

Di Inggris, angka kematian Ibu dan Anak sangat sedikit. Yakni 26/100 ribu kelahiran, atau 17 kali lebih tinggi kasus AKI di Indonesia. Mengenai hal tersebut, Kim menyarankan, perlu dibuatkan aturan yang jelas agar bidan dapat bekerja lebih baik sehingga diharapkan dapat menurunkan angka kejadian AKI di Indonesia. Bidan berkualitas akan berpengaruh pada penurunan angka kematian ibu dan anak di Indonesia.

## Ilmu dan Pengetahuan Kebidanan

### Sejarah Ilmu Kebidanan

Pada suatu masa dalam sejarah evolusi manusia di dunia terdapat kepercayaan di antara semua bangsa kehidupan manusia serta alam di sekitarnya dikuasai oleh kekuatan-kekuatan gaib. Kekuatan gaib ini dapat memengaruhi baik buruk atas keselamatan manusia termasuk kesehatannya. Akan tetapi, di samping adanya kepercayaan yang diuraikan di atas, manusia dianugerahi pula dengan daya observasi, daya berpikir, untuk menghubungkan apa yang dialami dengan yang dipikirkan, serta daya untuk mengumpulkan dan menyimpan pengalaman-pengalaman dalam ingatannya. Daya ini memungkinkan dia untuk menambah pengetahuan mengenai anatomi dan fungsi berbagai alat dalam tubuh manusia.<sup>48</sup>

Seiring dengan adanya perkembangan ini, dikenalkan dan diakui oleh masyarakat dokter, yang mana para dokter pria menjalankan praktik ke dokter terhadap beraneka ragam penyakit, sedangkan pertolongan pada wanita-wanita dalam masa kehamilan dan persalinan diserahkan pada wanita-wanita pertolongan persalinan. Wanita-wanita yang memberi pertolongan pada kehamilan dan persalinan umumnya tidak memiliki pengetahuan tertentu tentang kebidanan. Mereka memperoleh pengetahuannya dari penolong-penolong persalinan lain yang menjadi gurunya dan dari apa yang mereka alami dalam praktik sehari-hari.

Seiring dengan lebih mendalamnya pengetahuan tentang anatomi dan fisiologi alat-alat kandungan, fisiologi dan patologi ilmu persalinan, maka ilmu kebidanan berhasil mencapai kedudukan sebagai ilmu tersendiri. Sementara itu dirasakan perlu untuk menyempurnakan pendidikan para wanita yang memberikan pertolongan dalam persalinan. Pada tahun 1513

<sup>47</sup> UNAIR News Fakultas Kedokteran, (Surabaya: UNAIR, 2017).

<sup>48</sup> Sumiaty dan Nilu, N., *Konsep Kebidanan*, (Jakarta Barat: Media, 2013), hlm. 64–65.



Eucharius Roeslin menerbitkan buku pelajaran untuk menolong persalinan. Perkembangan baru yang berdasarkan atas kemajuan pengetahuan dalam fisiologi dan patologi ilmu kebidanan, dimulai dalam abad ke-19 sampai sekarang ini. Lintasan sejarah perkembangan ilmu kebidanan di Indonesia dikemukakan oleh prof. Muhammad Toha, guru besar kebidanan di UNAIR (Universitas Negeri Airlangga) yang merupakan perintis Pendidikan Bidan di Indonesia.<sup>49</sup>

Saat ini adalah waktu yang tepat untuk memulainya ilmu kebidanan yang muncul sebagai pernyataan umum bahwa ilmu kebidanan adalah elemen yang esensial dalam kebidanan (Silverton, 1993) memahami ilmu dalam kebidanan berdampak pada kualitas pelayanan karena merupakan suatu tantangan bagi bidan untuk mempercayakan praktiknya dan untuk menguji teori-teori yang berhubungan dengan praktiknya (Bryar, 1995). Teori dibutuhkan oleh seorang bidan untuk memusatkan perhatian pada asuhan aktual yang diberikannya, sehingga kualitas dari asuhannya akan meningkat (Siddiqui, 1994) diyakini bahwa bagian dari asuhan kebidanan yang efektif dibutuhkan untuk penelitian dalam perspektif fenomena logikal untuk membantu mengidentifikasi.

### **Pengetahuan Kebidanan**

Selalu ada keengganan pada sebagian bidan untuk menerima dan menerapkan ideologi perawat pada praktik kebidanan (Henderson, 1990). Bagaimanapun seorang bidan memandang kebidanan secara terpisah dan jelas berbeda dengan perawat. Konsep keduanya berbeda di mana perawat menempatkan individu sebagai seorang yang sakit, sedangkan bidan memandang kehamilan, persalinan, dan kelahiran merupakan adanya suatu proses yang alamiah.

Di beberapa Negara, misalnya di Britain di mana bidan di sana adalah seorang perawat juga, sehingga tidak bisa disangkal bahwa praktik kebidanan telah terpengaruhi oleh keperawatan (Kitzinger, 1998). Keterlibatan ini kadang menyinggung, tapi keperawatan bukan satu-satunya bidang yang memengaruhi praktik kebidanan.

Mungkin kita harus menyelidiki dan menggali apa yang istimewa pada kebidanan yang membuatnya berbeda dengan keperawatan. Memang keperawatan dan kebidanan berhubungan erat dan nampaknya keduanya menjawab pertanyaan yang sama dan pada waktu yang sama pula

---

<sup>49</sup> Sumiaty & Nilu, N., *Konsep Kebidanan*, (Jakarta Barat: Media, 2013), hlm. 65.



mencoba memperluas dasar pengetahuan teori mereka masing-masing (Carper, 1978 ; Bryan, 1995). Untuk itu dari penyelidikan yang telah dilakukan oleh Carper (1978) dan Siddiqui (1994), dapat menolong bidan untuk mendapat pengetahuan dan bentuk-bentuk pengetahuan yang unik lainnya yang belum diketahui dalam kebidanan.<sup>50</sup>

### Seni dalam Kebidanan

Komponen estetik dalam kebidanan sangatlah kompleks. Seni dalam kebidanan belum lazim diungkapkan, karakteristik berhubungan dengan ugkapan, kreativitas, keterampilan manual, dan kecekatan. Seni dapat meluaskan pemikiran, meningkatkan kreativitas, membentuk lingkungan, menjadikan seseorang lebih peduli terhadap budaya, mendorong, menggali hal yang konkret untuk mencari makna, memandang kesan yang baru dan menarik, untuk mengapresiasi, meningkatkan, serta menguji, dan memahami. Oleh karena itu merupakan suatu hal yang mungkin jika dua orang memandang seni dari perspektif yang sama, namun tiap orang tersebut mengungkapkan seninya dengan keunikan dan cara yang berbeda. Bryar (1995) memandang seni dalam kebidanan diungkapkan secara naluri (gerak hati).

Kebebasan dalam mengungkapkan pikiran untuk memilih, menginformasikan, dan memberi dukungan tidak lama lagi akan menjadi dunia bagi semua bidan. Seni dalam kebidanan kadang mengganggu kebijaksanaan-kebijaksanaan, struktur organisasi, dan medikalisasi, serta Childbirth. Dalam rangka membangkitkan perubahan dalam Childbirth (Departemen of Health, 1993) saat ini adalah waktu dan kreativitas dalam melakukan praktik kebidanan.

### Tubuh Pengetahuan Kebidanan (*Body of Midwifery Knowledge*)

Disiplin keilmuan kebidanan mempunyai karakteristik dan spesifikasi baik objek forma maupun material. Objek forma disiplin keilmuan kebidanan adalah mempertahankan status kesehatan reproduksi termasuk kesejahteraan wanita sejak lahir sampai masa tuanya (*Late Menopause*) termasuk berbagai implikasi dalam siklus kehidupannya.

Objek material disiplin keilmuan kebidanan adalah substansi dari objek penelaahan dalam lingkungan tertentu. Objek material dalam disiplin keilmuan kebidanan adalah janin, bayi baru lahir, bayi, dan anak

---

<sup>50</sup> Sumiaty & Nilu, N., *Konsep Kebidanan*, (Jakarta Barat: Media, 2013), hlm. 66.



bawah lima tahun (balita) dan wanita secara utuh atau holistik dalam siklus kehidupannya (kanak-kanak, pra-remaja, remaja, dewasa muda, dewasa, lansia dini, dan lansia lanjut) yang berfokus kepada kesehatan reproduksi. Berdasarkan pemikiran dasar, objek formal, dan objek material disusunlah tubuh pengetahuan kebidanan (*Body of Midwifery Knowledge*) yang dikelompokkan menjadi 4 sebagaimana berikut.

1. Ilmu dasar: Anatomi, Psikologi, Mikrobiologi, Patofisiologi, Fisika, dan Biokimia.
2. Ilmu-ilmu sosial: Pancasila, Wawasan Nusantara, Bahasa Inggris, Bahasa Indonesia, Sosiologi, Antropologi, Psikologi khusus, Administrasi, dan Kepemimpinan.
3. Ilmu komunikasi.
4. Humaniora.
5. Pendidikan (prinsip belajar dan mengajar).
6. Ilmu terapan: Kedokteran, Farmakologi, Epidemiologi, Statistik, Teknik Kesehatan Dasar/Keperawatan Dasar, Paradigma Sehat, Ilmu Gizi, Hukum Kesehatan, Kesehatan Masyarakat, dan Metode Riset.
7. Ilmu Kebidanan, yaitu:
  - a. dasar kebidanan (perkembangan kebidanan, registrasi organisasi profesi, dan peran serta fungsi bidan);
  - b. etika dan hukum kebidanan;
  - c. asuhan kebidanan dalam kaitan kesehatan reproduksi (berdasarkan kehidupan manusia dan waktu);
  - d. teori dan model konseptual kebidanan;
  - e. siklus kehidupan wanita;
  - f. tingkat dan jenis pelayanan kebidanan;
  - g. legislasi kebidanan;
  - h. teknik dan prosedur kebidanan; dan
  - i. pengantar kebidanan profesional (konsep kebidanan), definisi, dan lingkup kebidanan dan manajemen kebidanan.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Sumiaty & Nilu, N., *Konsep Kebidanan*, (Jakarta Barat: Media, 2013), hlm. 66–67.



## BAB IV

### PERAN DAN FUNGSI BIDAN

*Alhidayah R Mallorong*



#### Memahami Pengertian Bidan

Peran adalah perilaku individu yang diharapkan sesuai dengan posisi yang dimiliki. Peran yaitu suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, dan sikap yang diharapkan dapat menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umumnya terjadi.<sup>52</sup> Peran merupakan suatu kegiatan yang bermanfaat untuk mempelajari interaksi antara individu sebagai pelaku (aktor) yang menjalankan berbagai macam peranan di dalam hidupnya, seperti dokter, perawat, bidan, dan petugas kesehatan lainnya yang mempunyai kewajiban untuk menjalankan tugas atau kegiatan yang sesuai dengan peranannya masing-masing.<sup>53</sup> Peran juga sebagai bentuk tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dalam suatu sistem.

Ikatan Bidan Indonesia (IBI) menetapkan bahwa bidan Indonesia adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk di register, sertifikasi atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.<sup>54</sup>

<sup>52</sup> Idhayanti dkk, "Hubungan Dukungan Dengan Skrining Antenatal Bidan Desa". *Jurnal Kesehatan Al*, (2015).

<sup>53</sup> Muzaham, (1982). *Penelitian Kesehatan di Indonesia Sebuah Tinjauan dan Pembahasan, dalam Ilmu-Ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan*, (Jakarta: Depkes RI, 1982).

<sup>54</sup> Eko dan Kasanah, "Hubungan Motivasi dengan Perilaku Penggunaan Alat Kontrasepsi Kondom pada Pekerja Seks Komersial (PSK) di Desa Margorejo Kecamatan Margorejo". *Journal of Midwifery*

Bidan adalah seorang yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang telah berlaku, dicatat (registrasi), diberi izin secara sah untuk menjalankan praktik.

Sejarah menunjukkan bahwa bidan adalah salah satu profesi tertua di dunia sejak adanya peradaban umat manusia. Bidan muncul sebagai wanita terpercaya dalam mendampingi dan menolong ibu yang melahirkan. Peran dan posisi bidan di masyarakat sangat dihargai dan dihormati karena tugasnya yang sangat mulia, memberi semangat, membesarkan hati, mendampingi, serta menolong ibu yang melahirkan sampai ibu dapat merawat bayinya dengan baik. Keberadaan bidan sangat diperlukan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan janinnya. Pelayanan kesehatan terutama kebidanan berada di mana-mana dan kapan saja selama ada proses reproduksi manusia dalam melaksanakan tugasnya. Secara garis besar profesi bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti.

## Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan berfokus pada upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual, atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak.<sup>55</sup>

## Peran dan Fungsi Bidan

### Peran Bidan Terhadap Profesinya

#### 1. Peran sebagai pelaksana

Bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan.

---

*Science and Health*, (2016).

<sup>55</sup> Eko dan Kasanah, "Hubungan Motivasi dengan Perilaku Penggunaan Alat Kontrasepsi Kondom pada Pekerja Seks Komersial (PSK) di Desa Margorejo Kecamatan Margorejo". *Journal of Midwifery Science and Health*, (2016).



a. Tugas mandiri

Tugas-tugas mandiri bidan<sup>56</sup> sebagaimana berikut.

- 1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan.
- 2) Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dengan melibatkan mereka sebagai klien.
- 3) Membuat rencana tindak lanjut tindakan/ layanan bersama klien.
- 4) Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal.
- 5) Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga.
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
- 7) Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga.
- 8) Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana.
- 9) Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause.
- 10) Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga dan pelaporan asuhan.

Tugas dan wewenang bidan sebagai pelaksana mandiri juga terdapat pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 Bab V tentang Praktik Bidan yang isinya sebagai berikut.

**Pasal 14**

Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan, yaitu:

- a. pelayanan kebidanan;
- b. pelayanan keluarga berencana; dan
- c. pelayanan kesehatan masyarakat.

**Pasal 15**

- (1) Pelayanan kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 14 huruf a ditujukan kepada ibu dan anak.
- (2) Pelayanan kebidanan kepada ibu diberikan pada masa pranikah, prahamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, menyusui dari masa antara (periode interval).

<sup>56</sup> Sulistyowati, "Interprofessional Education (Ipe) dalam Kurikulum Pendidikan Kesehatan sebagai Strategi Peningkatan Kualitas Pelayanan Maternitas". *Jurnal Kebidanan*, (2019).

- (3) Pelayanan kebidanan kepada anak diberikan pada masa bayi baru lahir, masa bayi, masa anak balita, dan masa pra sekolah.

### Pasal 16

- (1) Pelayanan kebidanan kepada ibu sebagaimana berikut.
- (a) Penyuluhan dan konseling.
  - (b) Pemeriksaan fisik.
  - (c) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal.
  - (d) Pertolongan pada kehamilan abnormal yang mencakup ibu hamil dengan abortus iminens, hiperemesis gravidarum tingkat.
  - (e) Preeklamsi ringan dan anemia ringan.
  - (f) Pertolongan persalinan normal.
  - (g) Pertolongan persalinan abnormal, yang mencakup letak sungsang, partus macet kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini (KPD) tanpa infeksi, perdarahan post partum, laserasi jalan lahir, distosia karena inersia uteri primer, postterm, dan preterm.
  - (h) Pelayanan ibu nifas normal, Pelayanan ibu nifas abnormal yang mencakup retensio plasenta, renjatan, dan infeksi ringan
  - (i) Pelayanan dan pengobatan pada kelainan ginekologi yang meliputi keputihan, perdarahan tidak teratur, dan penundaan haid.
- (2) Pelayanan kebidanan kepada anak, yaitu:
- (a) pemeriksaan bayi baru lahir;
  - (b) perawatan tali pusat;
  - (c) perawatan bayi;
  - (d) resusitasi pada bayi baru lahir;
  - (e) pemantauan tumbuh kembang anak;
  - (f) pemberian imunisasi; dan
  - (g) pemberian penyuluhan.

### Pasal 17

Dalam keadaan tidak terdapat dokter yang berwenang pada wilayah tersebut, bidan dapat memberikan pelayanan pengobatan pada penyakit ringan bagi ibu dan anak sesuai dengan kemampuannya.

### Pasal 18

Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada pasal 16 berwenang dalam hal-hal sebagai berikut.

- (1) Memberikan imunisasi.
- (2) Memberikan suntikan pada penyulit kehamilan, persalinan, dan nifas.
- (3) Mengeluarkan plasenta secara manual.
- (4) Bimbingan senam.
- (5) Pengeluaran sisa jaringan konsepsi.
- (6) Episiotomi.
- (7) Penjahitan luka episiotomi.
- (8) Amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm.
- (9) Pemberian infuse.
- (10) Pemberian suntikan intramuscular uterotonika, antibiotika, dan sedative.
- (11) Kompresi bimanual l.
- (12) Versi ekstraksi gemeli pada kelahiran bayi yang kedua dan seterusnya. Vakum ekstraksi dengan kepala bayi di dasar panggul.



- (13) Pengendalian anemi.
- (14) Meningkatkan pemeliharaan dan penggunaan air susu ibu.
- (15) Resusitasi pada bayi baru lahir.
- (16) Penanganan hipotermi.
- (17) Pemberian minum dengan sonde atau pipet.
- (18) Pemberian obat-obat terbatas, melalui lembaran permintaan obat sesuai dengan formulir VI terlampir.
- (19) Pemberian surat keterangan kelahiran dan kematian.

#### **Pasal 19**

Bidan dalam memberikan pelayanan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 14 huruf b, memiliki wewenang sebagai berikut.

- (1) Memberikan obat dan alat kontrasepsi oral, suntikan, dan alat kontrasepsi dalam rahim, alat kontrasepsi bawah kulit, dan kondom.
- (2) Memberikan penyuluhan/konseling pemakain kontrasepsi.
- (3) Melakukan pencabutan alat kontrasepsi bawah rahim.
- (4) Melakukan pencabutan alat kontrasepsi bawah kulit tanpa penyulit.
- (5) Memberikan konseling untuk pelayanan kebidanan, keluarga berencana, dan kesehatan masyarakat.

#### **Pasal 20**

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud dalam pasal 14 huruf c, memiliki wewenang sebagai berikut.

- (1) Pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak.
- (2) Memantau tumbuh kembang anak.
- (3) Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas.
- (4) Melaksanakan deteksi dini melaksanakan pertolongan pertama, merujuk, dan memberikan penyuluhan Infeksi Menular Seksual (IMS) penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA), serta penyakit lainnya.

#### **Pasal 21**

- (1) Dalam keadaan darurat bidan berwenang melakukan pelayanan kebidanan selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 14.
- (2) Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk penyelamatan jiwa.

### **b. Tugas Kolaborasi**

Adapun tugas-tugas kolaborasi (kerja sama) bidan adalah sebagai berikut.

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 2) Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.



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



## 2. Peran sebagai pengelola

- a. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/klien dengan cara-cara berikut.
  - 1) Bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji kebutuhan, terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.
  - 2) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian dengan masyarakat.
  - 3) Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB sesuai dengan rencana.
  - 4) Mengkoordinasi, mengawasi, dan membimbing kader, dukun, dan 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, mengembangkan kemampuan masyarakat, dan memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi-potensi yang ada.
  - 7) Mempertahankan, meningkatkan mutu, dan keamanan praktik profesional melalui pendidikan, pelatihan, magang, dan kegiatan-kegiatan dalam kelompok profesi.
  - 8) Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan (Anggraini et al., 2020).
- b. Berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan lain yang berada dibawah bimbingan dalam wilayah kerjanya sebagaimana berikut.
  - 1) Bekerja sama dengan puskesmas serta institusi lain sebagai anggota tim dalam memberikan asuhan kepada klien dalam bentuk konsultasi rujukan dan tindak lanjut.

- 2) Membina hubungan baik dengan dukun, kader keserhatan/ PLKB, dan masyarakat.
- 3) Melaksanakan pelatihan, membimbing dukun bayi, kader, dan petugas kesehatan lain.
- 4) Memberikan asuhan kepada klien rujukan dari dukun bayi.
- 5) Membina kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat, yang berkaitan dengan kesehatan (Amalia & ST, 2022).

### 3. Peran sebagai peneliti/investigator

Bidan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan, baik secara mandiri maupun berkelompok, mencakup hal-hal sebagai berikut.

- a. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
- b. Menyusun rencana kerja pelatihan.
- c. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
- d. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.
- e. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.
- f. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

## Peran Bidan dalam Promosi Kesehatan

### 1. Bidan sebagai advokator

Tujuan advokasi adalah diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan, baik berupa kebijakan, tenaga, sarana, kemudahan, keikutsertaan dalam kegiatan, maupun bentuk lainnya sesuai dengan keadaan dan suasana. Salah satu tantangan yang terus menerus dihadapi bidan yang mengupayakan *safe motherhood* adalah bagaimana menangani isu-isu dalam masyarakat dengan lebih baik. Bidan harus menguasai keterampilan advokasi, menggerakkan massa, dan metodologi pembelajaran yang meningkatkan partisipasi anggota, serta pendekatan penyimpangan positif (*positive deviance*).

Peran bidan sebagai advokator adalah melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan dari kategori program ataupun sektor yang terkait dengan kesehatan maternal dan neonatal. Melakukan advokasi berarti melakukan upaya-upaya agar pembuat keputusan atau penentu kebijakan tersebut mempercayai dan meyakini bahwa 19 program yang ditawarkan perlu mendapat dukungan melalui kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan politik.



Metode yang digunakan oleh bidan harus mampu meyakinkan bahwa program membawa perbaikan ataupun perubahan positif bagi pertumbuhan bangsa yang pada akhirnya adalah pertumbuhan negara (menyangkut nasib banyak orang). Agar proses advokasi berhasil dengan baik, bidan perlu menyiapkan data masalah dan perencanaan yang akan diambil sebagai solusi dan harus mampu memanfaatkan data-data tersebut sehingga sesuai harapan pimpinan dan membuat pimpinan memberi dukungan. Beberapa peran bidan sebagai advokator adalah sebagai berikut.

- a. Advokasi dan strategi pemberdayaan wanita dalam mempromosikan hak-haknya yang diperlukan untuk mencapai kesehatan yang optimal (kesetaraan dalam memperoleh pelayanan kebidanan).
- b. Advokasi bagi wanita agar bersalin dengan aman.
- c. Advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan (Fransiska, n.d.).

## **2. Bidan sebagai edukator**

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

## **3. Bidan sebagai motivator**

Bidan sebagai seorang motivator memberikan dukungan serta motivasi bagi klien baik dari segi emosi/perasaan ataupun fisik klien (Fransiska, n.d.).

## **4. Bidan sebagai fasilitator**

Bidan sebagai fasilitator menjadi penghubung antar masyarakat, memfasilitasi kemungkinan terjadinya penyulit dari klien. Bidan memberikan bimbingan teknis dan memberdayakan pihak yang sedang didampingi (dukun bayi, kader, tokoh masyarakat) untuk tumbuh kembang ke arah pencapaian tujuan yang diinginkan (Fransiska, n.d.).

## Fungsi Bidan

Fungsi bidan merupakan pekerjaan yang harus dilakukan sesuai dengan peranannya. Berdasarkan peran bidan seperti yang dikemukakan di atas, maka fungsi bidan adalah sebagai berikut.

### 1. Fungsi pelaksana

Fungsi bidan sebagai pelaksana mencakup hal-hal sebagai berikut.

- 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 tinggi.
- 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 pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk wanita pada masa klimakterium internal dan menopause sesuai dengan wewenangnya.

### 2. Fungsi pengelola

Fungsi bidan sebagai pengelola mencakup hal-hal sebagai berikut.

- 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 antar sektor yang terkait dengan pelayanan kebidanan.
- e. Memimpin evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan.



### 3. Fungsi pendidik

Fungsi bidan sebagai pendidik mencakup hal-hal sebagai berikut.

- a. Memberi penyuluhan kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat terkait dengan pelayanan kebidanan dalam lingkup kesehatan serta keluarga berencana.
- b. Membimbing dan melatih dukun bayi serta kader kesehatan sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan.
- c. Memberi bimbingan kepada para bidan dalam kegiatan praktik di klinik dan di masyarakat.
- d. Mendidik bidan atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan bidang keahliannya.

### 4. Fungsi peneliti

Fungsi bidan sebagai peneliti mencakup hal-hal sebagai berikut.

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

## Kegiatan Bidan di dalam Komunitas

Bidan mempunyai tugas penting dalam pelayanan kebidanan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Bidan harus ikut berperan aktif dalam kegiatan dalam komunitas atau masyarakat di luar dari tugas khusus sebagai bidan. Pelaksanaan kegiatan bidan dalam komunitas atau masyarakat sebagaimana berikut.

1. Mengetahui wilayah struktur kemasyarakatan dan komposisi penduduk serta sistem pemerintahan desa.
  - a. Mengetahui struktur kemasyarakatan seperti PKK, karang taruna, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan kegiatan kemasyarakatan yang lain.
  - b. Menghubungi pamong desa untuk mendapatkan peta desa.
  - c. Mempelajari data penduduk.
  - d. Mempelajari peta desa.
  - e. Mencatat jumlah Kepala Keluarga (KK), Pasangan Usia Subur (PUS), dan jumlah penduduk menurut jenis kelamin, golongan, dan umur.
  - f. Mengumpulkan dan menganalisis data serta mengidentifikasi masalah kesehatan untuk merencanakan penanganannya.

2. Mengumpulkan dan menganalisis data serta mengidentifikasi masalah kesehatan untuk merencanakan penanggulangannya.
  - a. Menggambar peta desa, lokasi posyandu, pos KB desa, pos obat desa, rumah kader, rumah dukun bayi, kelompok dana sehat, dan kegiatan swadaya masyarakat yang lain.
  - b. Mengumpulkan nama Kepala Keluarga (KK), dan mencatat jumlah ibu hamil, balita, bayi, dan Pasangan Usia Subur (PUS).
  - c. Mencatat jumlah ibu hamil risiko tinggi, ibu hamil yang telah mendapatkan imunisasi tetanus toxoid, ibu hamil yang telah mendapat tablet besi (Fe), ibu hamil yang dirujuk, ibu hamil yang diberi makanan tambahan (PMT), dan ibu hamil yang meninggal.
  - d. Mencatat jumlah pertolongan persalinan di desa, baik oleh tenaga kesehatan maupun oleh dukun, jumlah ibu bersalin yang dirujuk dan ibu bersalin yang meninggal.
  - e. Mencatat jumlah pelayanan akseptor KB, jenis, kasus, kejadian, efek samping, dan penanggulangannya.
  - f. Mencatat jumlah pelayanan bayi dan BBLR, bayi dengan cacat bawaan, bayi lahir mati, kunjungan bayi, bayi yang mempunyai kartu menuju sehat (KMS), gizi buruk, jenis imunisasi, bayi yang dirujuk, dan bayi yang meninggal.
  - g. Mencatat jumlah balita yang ditimbang, balita yang diperiksa, dan balita yang memiliki KMS.
  - h. Mencatat kebiasaan-kebiasaan masyarakat yang merugikan kesehatan.
  - i. Mempelajari data tentang masyarakat, kemudian menginterpretasikan serta menanganinya sesuai dengan kewenangan bidan.
  - j. Menyusun rencana kerja.
3. Menggerakkan peran serta masyarakat.
4. Memberikan bimbingan teknis kepada kader dan memberikan pelayanan langsung di meja ke-5 pada setiap kegiatan posyandu.
5. Melaksanakan pembinaan anak pra sekolah.
6. Memberikan pertolongan persalinan.
7. Memberikan pertolongan pertama pada orang sakit, kecelakaan, dan kedaruratan.
8. Melaksanakan kunjungan rumah.
9. Melatih dan membina dukun bayi.
10. Melatih dan membina dasa wisma dalam bidang kesehatan.
11. Menggerakkan masyarakat dalam pengumpulan dana kesehatan.



12. Mencatat semua kegiatan yang dilaksanakan Modul 2 Kebidanan Komunitas. Bekerja sama dengan staf puskesmas dan tenaga sektor lain.
13. Menghadiri rapat staf pada lokakarya mini di Puskesmas.
14. Melaksanakan usaha kesehatan sekolah (UKS) pada desa binaan.
15. Merujuk penderita dengan kelainan jiwa.





## BAB V

### ILMU, TEORI, KONSEP, DAN MODEL KEBIDANAN

Halida Thamrin, S.ST, M.Keb.



#### Ilmu Kebidanan

Ilmu kebidanan menurut Silverton, (1993) adalah elemen yang esensial dalam kebidanan. Bryar (1995) menyatakan memahami ilmu kebidanan berdampak pada kualitas pelayanan karena merupakan suatu tantangan bagi bidan untuk mempertanyakan praktiknya dan untuk menguji teori-teori yang berhubungan dengan praktiknya.

Disiplin ilmu kebidanan memiliki karakteristik dan spesifikasi baik dari objek formal ataupun material. Objek formal dari disiplin ilmu kebidanan adalah mempertahankan status kesehatan reproduksi termasuk kesejahteraan wanita sejak lahir sampai masa tua (*late menopause*) serta berbagai implikasi dalam siklus kehidupannya. Objek material meliputi janin, bayi baru lahir, bayi, dan anak balita, serta wanita secara utuh dalam siklus kehidupannya (kanak-kanak, praremaja, remaja, dewasa muda, dewasa, lansia dini, dan lansia lanjut) yang terfokus pada kesehatan reproduksi.

Berdasarkan pikiran dasar, objek formal maupun material disusunlah tubuh pengetahuan kebidanan (*Body of Midwifery Knowledge*) yang dikelompokkan menjadi empat sebagaimana berikut.

1. Ilmu Dasar
  - a. anatomi;
  - b. psikologi;
  - c. mikrobiologi dan parasitologi;
  - d. patofisiologi;
  - e. fisika; dan
  - f. biokimia.
2. Ilmu-ilmu Sosial
  - a. pancasila dan wawasan nusantara;
  - b. bahasa indonesia;
  - c. bahasa inggris;
  - d. sosiologi;
  - e. antropologi;
  - f. psikologi;
  - g. administrasi dan kepemimpinan;
  - h. ilmu komunikasi;
  - i. humaniora; dan
  - j. pendidikan (prinsip belajar dan mengajar).
3. Ilmu Terapan
  - a. kedokteran;
  - b. farmakologi;
  - c. epidemiologi;
  - d. statistik;
  - e. teknik kesehatan dasar (tkd)/keperawatan dasar;
  - f. paradigma sehat;
  - g. ilmu gizi;
  - h. hukum kesehatan;
  - i. kesehatan masyarakat; dan
  - j. metode riset.
4. Ilmu Kebidanan
  - a. dasar-dasar kebidanan (perkembangan kebidanan, registrasi organisasi profesi, dan peran serta fungsi bidan);
  - b. teori dan model konseptual kebidanan;
  - c. siklus kehidupan manusia;
  - d. etika dan etiket kebidanan;
  - e. pengantar kebidanan profesional (konsep kebidanan, definisi, dan lingkup kebidanan, serta manajemen kebidanan);
  - f. teknik dan prosedur kebidanan;



- g. asuhan kebidanan dalam kaitan kesehatan reproduksi (berdasarkan kehidupan manusia dan wanita);
- h. tingkat dan jenis pelayanan kebidanan;
- i. legislasi kebidanan; dan
- j. praktik klinik kebidanan.<sup>57</sup>

## Teori dan Konsep Kebidanan

Teori dan konsep secara umum adalah hal yang sangat berkaitan dengan perkembangan ilmu pengetahuan. Pelayanan kebidanan serta teori-teori yang digunakan dalam praktik kebidanan berasal dari konseptual model kebidanan. Teori berfungsi sebagai jalur logika atau penalaran yang digunakan oleh peneliti untuk menerangkan hubungan pengaruh antara fenomena yang dikaji.

Teori atau *theory* menurut Dickoff dan James, (1992) sejatinya merupakan penjelasan dari suatu kejadian dan fenomena. Proses penjelasan ini membutuhkan pemikiran atau pengetahuan. Simpson dan Weiner, (1989) mengemukakan beberapa pengertian tentang konsep dan teori sebagai berikut.<sup>58</sup>

1. Konsep adalah ide yang direncanakan dalam pikiran kemudian dituangkan dalam sebuah karya nyata.
2. Konsep atau teori adalah gambaran tentang objek dari suatu kejadian atau objek yang digunakan oleh peneliti untuk menggambarkan fenomena sosial yang menarik perhatiannya.

Fungsi konsep adalah sebagai alat untuk mengidentifikasi fenomena yang diobservasinya, sedangkan teori adalah jalur logika atau penalaran yang digunakan oleh peneliti untuk menerangkannya.

Dalam ilmu kebidanan, terdapat beberapa teori yang melandasi praktik kebidanan yang menjadi landasan utama dalam praktik kebidanan masa kini yaitu teori yang diutarakan oleh empat orang perawat kebidanan dan seorang bidan. Mereka adalah Reva Rubin, Ramona T. Mencer, Ela-Joy Lehrman, Ernestine Wiedenbach, dan Jean Ball. Semua teori tersebut merupakan hasil dari penelitian, kecuali teori yang dikemukakan oleh Ernestine Wiedenbach yang merupakan hasil kutipan dari buku.<sup>59</sup>

<sup>57</sup> Adnani, Q.E.S., dan Nurisya, W., *Filosofi Kebidanan*, (Jakarta: Trans Info Media, 2013).

<sup>58</sup> Estiwidani dkk, *Konsep Kebidanan*, (Yogyakarta: Fitramaya, 2009).

<sup>59</sup> Soepardan, S., *Konsep Kebidanan*, (Jakarta: EGC, 2008); Mufdillah., Hidayat, A. dan Kharimaturrahmah, I., *Kosep Kebidanan*, (Yogyakarta: Nuha Medika, 2012).

## 1. Reva Rubin

Reva Rubin adalah seorang perawat kebidanan (*nurse-midwife*) dari Amerika yang hasil penelitiannya telah digunakan secara luas di Amerika Serikat dan memberi pengaruh dalam asuhan kehamilan dan post partum. Tujuan riset Rubin adalah mengidentifikasi bagaimana seorang wanita melaksanakan perannya sebagai ibu dan hal apa saja yang memengaruhinya, baik yang bersifat positif maupun negatif. Metode yang digunakan dalam risetnya, yaitu data dikumpulkan oleh siswa bidan yang merawat wanita di klinik antenatal dan postnatal melalui wawancara secara langsung atau via telepon yang berlangsung selama 1–4 jam pada 6000 wanita (yang dikembangkan selama 20 tahun). Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pelaksanaan peran ibu terjadi saat kehamilan sampai 6 bulan setelah melahirkan. Dalam proses tersebut terdapat tiga elemen penting dalam proses pelaksanaan peran ibu sebagaimana berikut.

- a. *Ideal image*, gambaran ideal/positif mengenai wanita yang berhasil melaksanakan perannya sebagai ibu dengan baik.
- b. *Self image*, gambaran mengenai dirinya sendiri yang dihasilkan melalui pengalamannya.
- c. *Body image*, perubahan yang terjadi pada tubuh wanita selama proses kehamilan.

Proses pelaksanaan peran seorang ibu melalui tahap-tahap sebagai berikut.

- a. *Mimicry* (peniruan)  
Wanita meniru perilaku wanita lain yang pernah hamil dengan melihat, mendengar, dan merasakan pengalaman menjadi seorang ibu. Contoh: Apa yang dilakukan saat persalinan, bagaimana pertumbuhan bayi pada hari-hari pertama, dan sebagainya.
- b. *Role play* (mencoba bermain peran)  
Menciptakan suasana atau kondisi di masa yang akan datang dengan sengaja. Contoh: Berlatih merawat bayi.
- c. *Fantasy* (mengkhayal)  
Wanita mengkhayalkan dirinya di masa yang akan datang. Contoh: Bagaimana proses persalinan yang akan dihadapinya nanti, seperti apa wajah anaknya nanti, dan sebagainya.



- d. *Introjection-projection-rejection* (pengolahan pesan)  
Wanita mencoba mengolah pesan dan membandingkan gambaran ideal tentang seorang ibu dengan keadaan dirinya. Pada tahapan ini dapat terjadi proses penerimaan dan penolakan. Contoh: Saat ibu memandikan bayinya di rumah dan rumah sakit atau di tempat lain.
  - e. *Grief-work* (evaluasi)  
Wanita mengevaluasi hasil tindakannya di masa lalu dan menghilangkan tindakan yang dianggap sudah tidak sesuai lagi.
2. Ramona T. Mercer
- Mercer merupakan salah satu murid dari Reva Rubin yang telah menghasilkan banyak karya ilmiah. Sepanjang kariernya selama 30 tahun, Mercer melakukan dua penelitian, yaitu efek stres antepartum pada keluarga dan pencapaian peran ibu.
- a. Efek stres antepartum  
Stres antepartum dijelaskan sebagai komplikasi dari kehamilan atau kondisi berisiko tinggi dan peristiwa/pegalaman/pandangan negatif tentang kehidupan. Keluarga digambarkan sebagai satu sistem yang dinamik yang meliputi subsistem-individu (bapak, ibu, janin/bayi) dan pasangan (ibu-bapak, ibu-janin/bayi, dan bapak-janin/bayi) dalam sistem keluarga secara keseluruhan.  
  
Penelitian Mercer bertujuan untuk mengetahui hubungan antara stres antepartum dengan hubungan/fungsi dalam keluarga. Penelitian ini dilakukan pada ibu hamil yang berisiko tinggi dan ibu hamil berisiko rendah yang masuk rumah sakit dengan usia kehamilan 24–34 minggu. Metode pengambilan data dengan mewawancarai ibu dan pasangannya didapatkan hasil ada enam variabel yang terkait dengan fungsi keluarga, yaitu:
    - 1) stres antepartum yang disebabkan kombinasi dari peristiwa masa lalu yang tidak menyenangkan dan risiko kehamilan;
    - 2) dukungan sosial;
    - 3) harga diri;
    - 4) kontrol diri;
    - 5) kegelisahan; dan
    - 6) depresi.

Hubungan antara keenam variabel tersebut adalah sebagai berikut.

- 1) Stres yang diakibatkan peristiwa masa lalu yang tidak menyenangkan dan risiko kehamilan diperkirakan memiliki efek negatif terhadap harga diri dan status kesehatan.
  - 2) Harga diri, status kesehatan, dan dukungan sosial diperkirakan memiliki efek yang positif terhadap kontrol diri.
  - 3) Kontrol diri diperkirakan memiliki efek yang negatif terhadap kegelisahan dan depresi yang pada akhirnya memberi efek negatif terhadap fungsi keluarga.
- b. Pencapaian peran ibu

Salah satu penekanan dari karya Mercer adalah pencapaian peran Ibu, menjadi seorang ibu berarti mengambil suatu identitas baru yang mencakup suatu pemikiran kembali secara menyeluruh dan mendefinisikan kembali mengenai dirinya sendiri.

Bidan di Amerika memberikan perhatian pada pencapaian peran ibu karena menurut Mercer peran ini penting untuk beberapa orang yang mengalami kesulitan dalam memikul peran sebagai seorang ibu yang memiliki konsekuensi untuk anak-anak mereka. Di Amerika banyak wanita mencapai peran ini dengan sukses namun terdapat 1–2 juta wanita mengalami kesulitan dalam pencapaian peran ini dengan sukses yang dibuktikan dengan sejumlah penganiayaan dan menelantarkan anak-anak.

Pencapaian peran ibu adalah suatu proses interaksi dan perkembangan yang terjadi dalam suatu kurun waktu tertentu, di mana selama periode itu ibu menjadi lekat/dekat dengan bayinya, mempunyai kemampuan melaksanakan tugas-tugas perawatan yang tercakup dalam peran, serta mengekspresikan kesenangan dan kepuasan dalam peran. Penerimaan terhadap suatu peran melibatkan interaksi aktif dari si penerima peran dan pasangannya, masing-masing saling merespons dan merubah perilaku sesuai dengan respons yang ditunjukkan.

Penampilan peran ibu juga dipengaruhi oleh pengalaman masalahnya dan pandangan dari diri mereka sendiri. Mercer menggambarkan dasar teori dari penelitian ini dalam teori pencapaian peran yang mengidentifikasi empat tahap dalam pencapaian peran, yaitu pendahuluan (*anticipatory*), formal, informal, dan tahap personal.



Dalam penelitiannya Mercer mengemukakan bahwa proses pencapaian peran ibu ini terjadi 3–10 bulan setelah bayi lahir, dalam proses tersebut terdapat sebelas faktor yang memengaruhi proses pencapaian peran ibu sebagai berikut.

- 1) Faktor maternal
  - a) usia ibu pada persalinan pertama;
  - b) persepsi terhadap pengalaman persalinan;
  - c) pemisahan dini ibu dan bayi;
  - d) stres sosial;
  - e) dukungan sosial;
  - f) konsep diri;
  - g) kepribadian;
  - h) perilaku; dan
  - i) status kesehatan ibu.
- 2) Faktor bayi
  - a) tempramen; dan
  - b) kesehatan bayi.
- 3) Faktor lainnya
  - a) latar belakang budaya;
  - b) status pernikahan; dan
  - c) status sosial ekonomi.

### 3. Ela-Joy Lehrman

Penelitian yang dilakukan Lehrman dilatarbelakangi saat Lehrman memperhatikan semakin luasnya cakupan tugas yang dibebankan kepada bidan, sehingga ia memiliki keinginan agar bidan dapat melihat semua aspek praktik dalam memberikan asuhan pada wanita hamil dan memberikan pertolongan pada persalinan. Lehrman mempelajari pelayanan yang diberikan oleh bidan di klinik yang dipimpin oleh bidan di Amerika. Lehrman dan Morton berusaha mencari jawaban atas pertanyaan: Apa yang membuat asuhan kebidanan itu penting? Komponen asuhan prenatal apa saja yang diberikan bidan? Lehrman menemukan ada delapan komponen dalam praktik kebidanan, yaitu:

- a. asuhan yang berkesinambungan (*continuity care*);
- b. asuhan yang berpusat pada keluarga (*family centered care*);
- c. penyuluhan dan konseling sebagai bagian dari asuhan;
- d. asuhan yang bersifat non-intervensi;
- e. fleksibel/keluwasan dalam memberikan asuhan;
- f. asuhan yang bersifat partisipatif;



- g. advokasi pada klien; dan
- h. waktu.

Delapan komponen yang dibuat oleh Lehrman kemudian diuji cobakan oleh Morten, (1991) pada pasien postpartum. Dari hasil penerapan Morten menambahkan tiga komponen dari delapan komponen yang telah dibuat oleh Lehrman sebagai berikut.

- a. Teknik terapeutik dijelaskan sebagai proses komunikasi yang bermanfaat dalam proses perkembangan dan penyembuhan. Teknik terapeutik dapat dilakukan dengan menunjukkan sikap mendengar yang aktif, mengkaji, dan mengklarifikasi masalah, humor (tidak bersikap kaku), tidak menuduh, jujur, mengakui kesalahan, memfasilitasi klien, dan menghargai hak klien.
  - b. Pemberdayaan (*empowerment*) adalah suatu proses memberikan kekuasaan dan kekuatan. Bidan melalui penampilan dan pendekatannya akan meningkatkan kemampuan pasien dalam mengoreksi, memvalidasi, menilai, dan memberikan dukungan.
  - c. Hubungan sesama (*lateral relationship*) adalah menjalin hubungan yang baik terhadap klien, bersikap terbuka, sejalan dengan klien, sehingga antara bidan dan klien terbina hubungan saling percaya yang harmonis. Contoh: Bersikap empati atau berbagi pengalaman.
4. Ernestine Wiedenbach

Ernestine adalah seorang perawat bidan 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 penelitian, melainkan hasil pemikirannya yang dituangkan dalam bukunya *Family-Centered Maternity Nursing*.

Ernestine menguraikan 5 elemen yang memengaruhi proses keperawatan sebagaimana berikut.

- a. *Agent* (perawat, bidan, dan sebagainya)  
Ernestine mengutarakan empat konsep yang memengaruhi praktik keperawatan, yaitu filosofi, tujuan, praktik, dan seni.



- b. *Recipient* (penerima) (wanita, keluarga, masyarakat)  
Individu penerima harus dipandang sebagai seseorang yang kompeten dan mampu melakukan segalanya sendiri. Jadi, perawat/bidan memberi pertolongan hanya apabila individu tersebut mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya sendiri.
- c. *Goal* (tujuan intervensi)  
Tujuan dari proses keperawatan adalah membantu orang yang membutuhkan pertolongan. Perawat atau bidan harus bisa mengidentifikasi kebutuhan pasien yang terlihat melalui perilakunya secara fisik, emosional, dan psikologis. Untuk bisa mengidentifikasi kebutuhan pasien/klien, bidan/perawat harus menggunakan mata, telinga, tangan, dan pikiran.
- d. *Means* (metode untuk mencapai tujuan)  
Metode yang digunakan untuk mencapai tujuan terdiri dari empat fase, yaitu:
- 1) identifikasi kebutuhan pasien/klien;
  - 2) pemberian pertolongan kepada pasien/klien;
  - 3) validasi, pengecekan apakah bantuan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien/klien; dan
  - 4) koordinasi sumber-sumber yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pasien/klien.
- Untuk dapat membantu klien/pasien, maka perawat/bidan harus memiliki hal-hal sebagai berikut.
- 1) Pengetahuan, untuk dapat memahami kebutuhan pasien.
  - 2) Penilaian, kemampuan mengambil keputusan.
  - 3) Keterampilan, kemampuan perawat/bidan memenuhi kebutuhan pasien.
- e. *Framework* (kerangka kerja) (lingkungan sosial, organisasional, dan profesional).
5. Jean Ball  
Jean Ball adalah seorang *midwife* dari British yang telah melakukan penelitian secara intensif terhadap kebutuhan wanita pada masa post natal, dan konsekuensinya bagi wanita yang mendapat asuhan dari berbagai unit pelayanan. Buku yang diterbitkan oleh Jean Ball yang berjudul *Reaction to Motherhood* pada tahun 1987 menjelaskan tujuan asuhan post natal yang juga menjadi filosofi tentang *post natal care*, yaitu membantu seorang wanita agar berhasil menjadi ibu, dan

keberhasilan ini tidak hanya melibatkan proses fisiologis tetapi juga psikologis dan emosional yang memotivasi keinginan untuk menjadi orang tua serta pencapaiannya.

Jean Ball menyatakan bahwa dalam praktik kebidanan diberbagai institusi, jenis pelayanan yang diberikan mungkin lebih dekat ke model *obstetric/medical* di mana perhatian terhadap *post natal care* lebih sedikit, karena kelahiran sudah tercapai. Bila menggunakan pendekatan midwife, maka kehamilan dan post natal dianggap saat adopsi terhadap peran baru yaitu menjadi ibu. Ball mengungkapkan hipotesisnya “respons emosional terhadap perubahan setelah melahirkan akan dipengaruhi oleh *personality* (kepribadian) dan dukungan yang diterima dari sistem support keluarga dan sosial. Cara asuhan yang diberikan oleh bidan selama post natal akan memengaruhi proses emosional wanita terhadap perubahan setelah kelahiran.

Kesejahteraan wanita setelah melahirkan tergantung pada personaliti atau kepribadian wanita itu sendiri, support sistem dukungan pribadi dan support yang diberikan oleh pelayanan maternitas. Ball mengemukakan teori kursi goyang/*deck chair* sebagai berikut.

- a. Dasar kursi dibentuk oleh pelayanan kebidanan yang berpijak pada pandangan masyarakat tentang keluarga.
- b. Topangan kanan-kiri adalah kepribadian wanita, pengalaman hidup.
- c. Topangan tengah (penyangga kursi dari belakang kanan-kiri) adalah keluarga dan support sistem.
- d. Tempat duduk menggambarkan kesejahteraan maternal, yang tergantung pada efektivitas elemen-elemen sebagai berikut.
  - 1) Jika *deck chair* tidak ditegakkan dengan benar, maka akan kolaps/jatuh saat diduduki.
  - 2) Jika kursi tidak diletakkan pada lantai yang kuat maka kursi akan jatuh.
  - 3) Jika bagian-bagiannya tidak cocok satu sama lain mungkin dapat saja menyangga, namun yang menduduki merasa tidak nyaman dan mengalami ketegangan.

Keseimbangan emosional seorang wanita sangat penting tergantung pada ketiga elemen di atas.



## Model Kebidanan

Model adalah contoh atau peraga untuk menggambarkan sesuatu. Kebidanan merupakan ilmu yang terbentuk dari berbagai disiplin ilmu (multi disiplin) yang terkait dengan pelayanan kebidanan. Model kebidanan adalah suatu bentuk pedoman/acuan yang merupakan kerangka kerja seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Konsep model kebidanan dalam memberikan suatu gambaran tentang pelayanan dalam praktik kebidanan dan memberikan jawaban-jawaban atas pertanyaan, apa yang merupakan praktik kebidanan. Model dalam kebidanan berdasarkan empat elemen, yaitu:

1. orang (wanita, ibu, pasangan, dan orang lain);
2. kesehatan;
3. lingkungan; dan
4. kebidanan.

Adapun kegunaan model kebidanan adalah sebagaimana berikut.

1. Wilson, (1985) menyatakan untuk menggambarkan beberapa aspek (konkret maupun abstrak) dengan mengartikan persamaannya seperti struktur, gambar, diagram, dan rumus. Model tidak seperti teori, tidak memfokuskan pada hubungan antara dua fenomena tapi lebih mengarah pada struktur dan fungsi. Sebuah model pada dasarnya analogi atau gambar simbolik sebuah ide.
2. Gait dan Smith, (1976) menyatakan gagasan mental sebagai bagian teori yang memberikan bantuan ilmu-ilmu sosial dalam mengonsepsi dan menyamakan aspek-aspek dalam proses sosial.
3. Benner, (1984) menggambarkan sebuah kenyataan, gambaran abstrak sehingga banyak digunakan oleh disiplin ilmu lain sebagai parameter garis besar praktik.

Model kebidanan dapat digunakan untuk hal-hal sebagai berikut.

1. Menyatukan data secara lengkap
  - a. Tindakan sebagai bantuan dalam komunikasi antara bidan dan pemimpin
  - b. Dalam pendidikan untuk mengorganisasi program belajar
  - c. Sebagai komunikasi bidan dan klien
2. Menjelaskan siapa itu bidan, apa yang dikerjakan, keinginan dan kebutuhan untuk:

- a. Mengembangkan profesi
- b. Mendidik siswi bidan
- c. Komunikasi dengan klien dan pimpinan

Model kebidanan dibagi menjadi lima komponen, yaitu:

1. memonitor kesejahteraan ibu;
2. mempersiapkan ibu dengan memberikan pendidikan dan konseling;
3. intervensi teknologi seminimal mungkin;
4. mengidentifikasi dan memberikan bantuan obstetric; dan
5. rujukan.<sup>60</sup>

Adapun beberapa macam model kebidanan adalah sebagai berikut.

1. Model dalam mengkaji kebutuhan dalam praktik kebidanan. Model ini memiliki empat unit yang penting, yaitu:
  - a. ibu dalam keluarga;
  - b. konsep kebutuhan;
  - c. partnership; dan
  - d. faktor kedokteran dan keterbukaan.

## 2. Model Medikal

Merupakan salah satu model yang dikembangkan untuk membantu manusia dalam memahami proses sehat sakit dalam arti kesehatan. Di dalamnya mengandung makna bahwa kesehatan merupakan dasar penting dalam hidup seseorang, serta bagaimana mencegah terjadinya penyakit dan cara mengatasinya.

Elemen-elemen yang merupakan simpulan dari model medikal, yaitu:

- a. pengendalian cara hidup yang alami;
- b. mekanisme kehidupan manusia; dan
- c. pemahaman bahwa penyakit merupakan hal yang tidak terpisahkan dari lingkungan fisik dan lingkungan sosial seseorang.

Model medikal biasanya digunakan dalam penyembuhan atau terapi secara spesifik kepada seseorang baik masalah fisik maupun psikologis.

## 3. Model kesehatan untuk semua (*Health For All-HFA*)

Model kesehatan untuk semua (KESUMA) dicetuskan oleh WHO dalam Deklarasi Alma Atta tahun 1978. Fokus pelayanan ditujukan pada wanita, keluarga, dan masyarakat serta sebagai sarana dan komunikasi dari bidan-bidan di negara lain. Jika model medikal berfokus

<sup>60</sup> Niu, F., *Konsep Kebidanan*, (Jakarta: Trans Info Media, 2017).



pada individu, KESUMA memberi fokus asuhan kepada masyarakat. Tema HFA menurut Euis dan Simmet (1992) sebagaimana berikut.

- a. Mengurangi ketidaksamaan kesehatan.
- b. Perbaiki kesehatan melalui usaha promotif dan preventif .
- c. Partisipasi masyarakat.
- d. Kerja sama yang baik antara pemerintah dengan sektor lain yang terkait.

Deklarasi model KESUMA adalah fokus dan titik berat dalam pencapaian tujuan adalah dengan menggunakan *Primary Health Care* (PHC). *Primary Health Care* (PHC) merupakan dasar pelayanan utama dari sistem pelayanan kesehatan. PCH adalah pelayanan kesehatan pokok yang didasarkan pada praktik, ilmu pengetahuan yang logis, dan metode sosial yang tepat serta teknologi universal yang dapat diperoleh oleh individu dan keluarga dalam komunitas melalui partisipasi dan merupakan suatu nilai dalam masyarakat dan negara yang mampu menjaga setiap langkah perkembangan berdasarkan kepercayaan dan ketentuannya.

Lima konsep dari model KESUMA (HFA) dan definisi PHC (WJO, 1998), yaitu:

- a. pemerataan upaya kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat;
- b. pelayanan kesehatan berupa promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
- c. pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna;
- d. optimalisasi peran serta masyarakat; dan
- e. kolaborasi lintas sektor.

Konsep dasar di atas diaplikasikan ke dalam delapan elemen PHC, yaitu:

- a. pendidikan kesehatan tentang masalah-masalah kesehatan termasuk metode pencegahan dan penanganannya;
- b. ketersediaan makanan bergizi;
- c. ketersediaan air dan lingkungan yang bersih;
- d. kesehatan ibu dan anak termasuk di dalamnya keluarga berencana (kb);
- e. program imunisasi;
- f. pencegahan dan penanganan penyakit endemik;
- g. penanganan penyakit dan kecacatan; dan
- h. penggunaan obat-obat esensial.



## BAB VI

### NILAI DAN ETIKA BIDAN

Muzayyana,S.ST., M.Keb.



#### Pengertian Nilai

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia, nilai berarti sesuatu yang menyempurnakan manusia sesuai dengan hakikatnya, sifat-sifat (sesuatu) yang penting atau berguna bagi kemanusiaan. Norma berperan dalam melindungi nilai. Masing-masing orang memiliki nilai personal berupa keyakinan seseorang tentang sesuatu yang dianggap penting dan berharga. Nilai luhur profesi bidan berupa penerapan fungsi nilai dalam etika profesi bidan sehingga membentuk bidan yang profesional dalam memberikan pelayanan kebidanan, memperhatikan kejujuran, kebenaran, membina hubungan baik dengan klien, serta bekerja sesuai dengan pengetahuan dan kompetensi.<sup>1</sup>

Nilai merupakan sesuatu yang baik, menarik, dicari, menyenangkan, disukai, dan diinginkan. Menurut filsuf Jerman Hang Jones nilai adalah *the addressee of a yes*, sesuatu yang ditunjukkan dengan kata iya, sesuatu yang kita iytakan. Nilai mempunyai konotasi positif (Utara, 2006).

Nilai adalah sesuatu yang berharga, bermutu, menunjukkan kualitas, dan berguna bagi manusia. Sesuatu itu berharga atau berguna bagi kehidupan manusia. Adanya dua macam nilai tersebut sejalan dengan penegasan Pancasila sebagai ideologi terbuka. Perumusan Pancasila dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945, Alinea 4 dinyatakan sebagai nilai dasar dan penjabarannya sebagai nilai instrumental. Nilai dasar tidak berubah dan boleh diubah lagi. Betapapun pentingnya nilai dasar yang tercantum dalam



pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 itu, sifatnya belum operasional. Artinya kita belum dapat menjabarkannya secara langsung dalam kehidupan sehari-hari. Penjelasan Undang-Undang Dasar 1945 sendiri menunjukkan adanya Undang-Undang sebagai pelaksanaan hukum dasar tertulis ini. Nilai-nilai dasar yang terkandung dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 itu memerlukan penjabaran lebih lanjut. Penjabaran itu sebagai arahan untuk kehidupan nyata. Penjabaran itu kemudian dinamakan nilai instrumental (Anonim, 2017).<sup>61</sup>

## Konsep Dasar Etika

Sikap etis profesional bidan akan mewarnai setiap langkah bidan termasuk dalam mengambil keputusan dalam merespons situasi yang muncul pada saat memberikan asuhan kebidanan. Pemahaman tentang etika serta moral menjadi bagian yang sangat penting dalam pelaksanaan pelayanan kebidanan dengan senantiasa menghormati nilai-nilai klien. Pentingnya etika dalam profesi bidan antara lain mampu menjaga bidan untuk selalu melakukan kebaikan dan mencegah tindakan yang merugikan atau membahayakan orang lain/klien serta mengatur untuk berbuat adil dan bijaksana sesuai dengan porsinya.

Di dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, etika dirumuskan dalam 3 arti antara lain tentang apa yang baik dan yang buruk, nilai yang berkenaan dengan akhlak, serta nilai mengenai benar dan salah yang dianut suatu golongan atau masyarakat. Secara luas, etika merupakan aplikasi dari proses dan teori filsafat moral terhadap kenyataan yang sebenarnya, dalam hal ini berhubungan dengan prinsip-prinsip dasar dan konsep yang membimbing makhluk hidup dalam proses berpikir dan bertindak serta menekankan nilai-nilai mereka.

## Sistematika Etika

Sebagai suatu ilmu, etika terdiri atas berbagai macam jenis antara lain sebagai berikut.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> Niken dkk, *Etika Profesi Praktik Kebidanan*, (Medan: Yayasan Kita Menulis, 2022), hlm.35.

<sup>62</sup> Riyanti, *Buku Ajar Etikolegal dalam Praktik Kebidanan*, (Malang: Wineka Media, 2018), hlm.



### 1. Etika Deskriptif

Memberikan gambaran dan ilustrasi tentang tingkah laku manusia ditinjau dari nilai baik dan buruk serta hal-hal, yang mana boleh dilakukan sesuai dengan norma etis yang dianut oleh masyarakat.

### 2. Etika Normatif

Membahas dan mengkaji ukuran baik buruk tindakan manusia yang biasanya dikelompokkan menjadi sebagaimana berikut.

#### a. Etika Umum

Membahas dan mengkaji hal yang berhubungan dengan kondisi manusia untuk bertindak etis dalam mengambil kebijakan berdasarkan teori-teori dan prinsip-prinsip moral. Etika didefinisikan sebagai berikut.

- 1) Ilmu tentang apa yang baik dan yang buruk, tentang hak dan kewajiban moral, kumpulan asas atau nilai yang berkenaan dengan akhlak, nilai mengenai benar dan salah yang dianut masyarakat.
- 2) Etika mempunyai arti sebagai ilmu pengetahuan tentang asas-asas akhlak (moral). Sedangkan kata “etika” dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia yang baru (Depertemen Pendidikan dan Kebudayaan, 1988 mengutip dari Bertens, 2000), mempunyai arti sebagai berikut.
  - a) Ilmu tentang apa yang baik, apa yang buruk, dan tentang hak dan kewajiban moral (akhlak).
  - b) Kumpulan asas atau nilai yang berkenaan dengan akhlak.
  - c) Nilai mengenai benar dan salah yang dianut suatu golongan atau masyarakat.

Secara umum etika dilandasi oleh beberapa faktor sebagai berikut.

#### 1) Nilai

Nilai mempunyai tiga ciri, yaitu:

- a) berkaitan dengan subjek;
- b) tampil dalam suatu nilai yang praktis, di mana subjek ingin membuat sesuatu; dan
- c) nilai menyangkut pada sifat tambah oleh subjek pada sifat-sifat yang dimiliki oleh objek.

## 2) Norma

Norma adalah aturan atau kaidah yang dipakai sebagai tolak ukur untuk menjadi sesuatu. Norma juga dapat dikategorikan sebagai berikut.

### a) Norma moral

Berkaitan dengan tingkah laku manusia yang dapat diukur dari sudut baik maupun buruk, sopan atau tidak sopan, susila atau tidak susila.

### b) Norma hukum

Suatu sistem peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam suatu tempat dan waktu tertentu dalam pengertian ini peraturan hukum. Dalam pengertian itulah Pancasila berkedudukan sebagai sumber dari segala sumber hukum. Dengan demikian, Pancasila pada hakikatnya bukan merupakan suatu pedoman yang langsung bersifat normatif ataupun praktis melainkan merupakan suatu sistem nilai-nilai etika yang merupakan sumber norma.

## b. Etika Sosial/Profesi

Kode etik bidan perlu dipahami dan dimengerti oleh bidan. Kode etik bidan menunjukkan hubungan bidan dengan klien, praktik kebidanan, tanggung jawab profesi, peningkatan pengetahuan, dan keterampilan bidan. Bidan merupakan bentuk profesi yang erat kaitannya dengan etika karena lingkup kegiatan bidan sangat berhubungan erat dengan masyarakat. Oleh karena itu, selain mempunyai pengetahuan dan keterampilan, agar dapat diterima di masyarakat, bidan juga harus memiliki etika yang baik sebagai pedoman bersikap atau bertindak dalam memberikan suatu pelayanan, khususnya pelayanan kebidanan.

### 1) Profesi

Profesi adalah pekerjaan yang membutuhkan pelatihan dan penguasaan terhadap suatu pengetahuan khusus. Suatu profesi biasanya memiliki asosiasi profesi, kode etik, serta proses sertifikasi dan lisensi yang khusus untuk bidang profesi tersebut. Pekerjaan tidak sama dengan profesi. Seseorang yang menekuni suatu profesi tertentu disebut profesional, sedangkan profesional sendiri mempunyai makna yang mengacu kepada sebutan orang yang menyandang suatu



profesi dan sebutan tentang penampilan seseorang dalam mewujudkan kerja sesuai dengan profesinya.

## 2) Profesional

Perilaku profesional yang diharapkan masyarakat, yaitu:

- a) bertindak sesuai dengan keahlian dan didukung oleh pengetahuan serta pengalaman dan keterampilan yang tinggi;
- b) bermoral tinggi;
- c) berlaku jujur, baik pada orang lain, maupun diri sendiri;
- d) tidak melakukan tindakan yang coba-coba yang tidak didukung ilmu pengetahuan profesinya;
- e) tidak memberikan janji yang berlebihan;
- f) tidak melakukan tindakan yang semata-mata didorong oleh pertimbangan komersial;
- g) memegang teguh etika profesi;
- h) mengenal batas-batas pengetahuan;
- i) menyadari dan mengenal ketentuan hukum yang membatasi gerak-gerik kewenangannya.

Bidan sebagai tenaga profesional haruslah memiliki komitmen yang tinggi untuk melakukan hal-hal sebagai berikut.

- a) Memberikan asuhan berkualitas sesuai dengan standar etis (etika profesi).
- b) Pengetahuan tentang perilaku etis dimulai dari pendidikan, berlanjut diskusi formal, dan informal dengan sejawat.
- c) Pada puncaknya mampu mengambil keputusan yang etis untuk memecahkan masalah etika.
- d) menggunakan dua pendekatan dalam pengambilan keputusan etis yaitu berdasarkan asuhan kebidanan. Dalam memberikan pelayanan kebidanan, bidan haruslah profesional.

## c. Etika Khusus

- 1) Etika sosial menekankan tanggung jawab sosial dan hubungan antar sesama manusia dalam aktivitasnya.
- 2) Etika individu lebih menekankan pada kewajiban-kewajiban manusia sebagai pribadi.
- 3) Etika terapan adalah etika yang diterapkan pada profesi.

Etika dalam bidang kedokteran dan kesehatan dikenal dengan bioetika. Prinsip dasar dalam bioetika adalah *autonomy*, *beneficience*, *non maleficience*, *justice*, dan *fidelity*.

1. *Autonomy*

*Autonomy* merupakan bentuk menghormati hak orang lain, terutama hak otonomi pasien/klien (*the right to self determination*). Prinsip ini melahirkan *informed consent*. Tugas kita sebagai tenaga kesehatan dalam hal ini adalah secara mandiri menilai seberapa jauh kompetensi kemampuan orang dalam mengambil keputusan.

2. *Beneficience*

*Beneficience* dapat berupa perasaan yang penuh simpati atau empati. Prinsip ini penting dimiliki oleh seorang tenaga kesehatan dalam bertindak mementingkan kebaikan untuk menolong orang lain dan memperhitungkan sisi positif yang lebih besar. Kewajiban berbuat baik menuntut seorang tenaga kesehatan untuk membantu orang lain dalam menunjukkan kepentingan mereka. Selain menghormati martabat manusia, tenaga kesehatan dalam hal ini bidan harus mengupayakan agar pasien/klien terjaga keadaan kesehatannya (*patient welfare*). *Beneficience* terbagi atas dua macam sebagai berikut.

- a. *General beneficience*. Berupa sikap melindungi dan mempertahankan hak orang lain, mencegah terjadinya kerugian pada yang lain, serta menghilangkan kondisi penyebab kerugian pada yang lain.
- b. *Specific beneficience*. Berupa sikap menolong orang cacat dan menyelamatkan orang dari bahaya.

Ciri-ciri dari *beneficience* antara lain adalah *altruisme* (tanpa pamrih, rela berkorban), manfaat yang lebih besar dari kerugian, dan menghargai hak klien.

3. *Non maleficience*

*Non-maleficience* dapat diartikan sebagai upaya menghindari bahaya atau risiko. Seorang tenaga kesehatan dalam bertindak harus mempertimbangkan risiko agar dapat menghindari menyakiti atau memperburuk kondisi klien. Bila seorang tenaga kesehatan tidak bisa berbuat baik kepada seseorang maka setidaknya seorang bidan wajib untuk tidak merugikan orang lain. Ciri-ciri *non-maleficience* antara lain menolong pasien emergensi dan mencegah pasien dari bahaya lebih lanjut. Prinsip *non-maleficience* berjalan bersamaan secara seimbang.



#### 4. *Justice*

*Justice* mementingkan keadilan dalam menetapkan keuntungan. Prinsip keadilan mempunyai makna proporsional, sesuai dengan fungsi dan kebutuhannya, jenis keadilan antara lain sebagai berikut.

- a. Komperatif (perbandingan antar kebutuhan penerima).
- b. Distributif (membagi sumber) adalah kebaikan membagikan sumber-sumber kenikmatan dan beban bersama dengan cara merata, sesuai keselarasan sifat dan tingkat perbedaan jasmani dan rohani.
- c. Sosial adalah kebajikan melaksanakan dan memberikan kemakmuran dan kesejahteraan bersama.
- d. Hukum (umum) adalah pembagian sesuai dengan hukum (pengaturan untuk kedamaian hidup bersama) mencapai kesejahteraan umum.

Ciri-ciri *justice* antara lain memberlakukan secara universal, menghargai hak sehat pasien, dan tidak membedakan pelayanan kesehatan yang diberikan.

#### 5. *Fidelity*

Prinsip dasar yang dibutuhkan pemenuhan janji, advokasi, kepercayaan, kejujuran, dan kesetiaan terhadap tanggung jawab yang diterima (ini merupakan elemen kunci dari akontabilitas). Prinsip dasar ini membutuhkan kejujuran, kepercayaan/dapat dipercaya, dedikasi pada pasien, advokasi, dan memenuhi janji. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang perawat untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya kepada pasien.

Prinsip etika dan moralitas dalam pelayanan kebidanan memengaruhi setiap langkah bidan, termasuk mengambil keputusan dalam merespons situasi yang muncul pada asuhan kebidanan. Pemahaman tentang etika dan moral menjadi bagian yang fundamental dan sangat penting dalam asuhan kebidanan dengan senantiasa menghormati nilai-nilai pasien.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Evita dkk, *Etikolegal dalam Praktik Kebidanan*, (Medan: Yayasan Kita Menulis, 2021), hlm. 37-40.

## Fungsi Etika

Berikut ini adalah fungsi etika dan moralitas dalam pelayanan kebidanan, yaitu:

1. memenuhi hak-hak pasien;
2. menjaga otonom dari setiap individu khususnya bidan dan klien;
3. menjaga kita untuk melakukan tindakan kebaikan dan mencegah tindakan yang merugikan/membahayakan orang lain;
4. menjaga privasi setiap individu;
5. mengatur manusia untuk berbuat adil dan bijaksana sesuai dengan porsinya;
6. mengetahui apakah suatu tindakan itu dapat diterima dan apa alasannya;
7. mengarahkan pola pikir seseorang dalam bertindak atau menganalisis suatu masalah;
8. menghasilkan tindakan yang benar;
9. mendapatkan informasi tentang hal yang sebenarnya;
10. memberikan petunjuk terhadap tingkah laku/perilaku manusia antara baik, buruk, benar, atau salah sesuai dengan moral yang berlaku pada umumnya;
11. berhubungan dengan pengaturan hal-hal yang bersifat abstrak;
12. memfasilitasi proses pemecahan masalah etik;
13. mengatur hal-hal yang bersifat praktis;
14. mengatur tata cara pergaulan, baik di dalam tata tertib masyarakat maupun tata cara di dalam organisasi profesi;
15. mengatur sikap, tindak tanduk orang dalam menjalankan tugas profesinya yang disebut sebagai kode etik profesi.

## Peranan Etika dalam Pelayanan Kebidanan

Etika dalam pelayanan kebidanan merupakan hal yang sangat penting di berbagai tempat, karena sering terjadinya kurang pemahaman para praktisi pelayanan kebidanan terhadap etika. Bidan sebagai pemberi pelayanan harus menjamin pelayanan yang profesional dan akuntabilitas serta aspek legal dalam memberikan pelayanan kebidanan.

Oleh karena itu, moralitas sangat penting untuk dipahami dan dijaga. Moralitas merupakan suatu gambaran manusiawi yang menyeluruh dan



hanya terdapat pada manusia serta tidak terdapat pada makhluk lain selain manusia.

## Hak dan Kewajiban Bidan

### 1. Hak

Yaitu klaim yang dibuat oleh orang atau kelompok yang satu terhadap yang lain atau terhadap masyarakat. Hak juga bisa diartikan sebagai tuntutan seseorang terhadap sesuatu yang merupakan kebutuhan pribadinya sesuai dengan keadilan, moralitas, dan legalitas. Hak dapat digunakan sebagai pengekspresian kekuasaan dalam konflik atau masalah antara seseorang dengan kelompok, untuk memberikan pembenaran dalam suatu tindakan dan untuk menyelesaikan persepilihan.

### 2. Kewajiban

Yaitu tugas yang harus dilakukan oleh setiap manusia untuk mempertahankan dan membuka haknya. Di dalam hidupnya, manusia harus melaksanakan kewajibannya terlebih dahulu hingga layak untuk memperoleh apa yang menjadi haknya. Bidan dan klien juga memiliki kewajiban yang harus dipatuhi. Dalam tanggung jawabnya, terkandung makna yang asasi, yaitu kewajiban sebagai seorang pemberi asuhan. Bidan juga memiliki tanggung jawab penuh atas kewenangan yang diberikan padanya.

## Etika Profesi Bidan

Selain memiliki pengetahuan dan keterampilan terkait keahlian dalam bidang kebidanan, agar bisa diterima di masyarakat, bidan juga harus memiliki etika yang baik sebagai pedoman dalam bertindak/bersikap dalam memberikan suatu pelayanan, khususnya pelayanan kebidanan.

Bidan dikatakan mampu memberikan pelayanan kebidanan dengan profesional, bila memiliki ciri-ciri sebagai berikut.

1. Memiliki keterampilan yang tinggi dalam suatu bidang, serta kemahiran dalam menggunakan peralatan tertentu yang dibutuhkan dalam melaksanakan tugas seorang bidan.
2. Memiliki ilmu dan pengalaman serta kecerdasan dalam menganalisis suatu masalah dan peka terhadap kondisi yang terjadi sehingga bisa



tepat dan segera dalam pengambilan keputusan terbaik atas dasar kepekaan.

3. Memiliki pola pikir yang berorientasi ke depan sehingga memiliki kemampuan dalam mengantisipasi perkembangan lingkungan yang ada di depannya.
4. Memiliki sifat kemandirian berdasarkan keyakinan akan kemampuan pribadi serta bersifat terbuka dalam mendengarkan dan menghargai pendapat orang lain namun tetap cermat dalam memilih yang terbaik untuk diri dan perkembangan pribadinya.

Bidan sebagai tenaga profesional harus memiliki komitmen yang tinggi untuk hal-hal sebagai berikut.

1. Memberikan asuhan berkualitas sesuai dengan standar etika profesi.
2. Pengetahuan tentang perilaku etis dimulai dari pendidikan, berlanjut diskusi formal, dan informal dengan rekan sejawat.
3. Mampu mengambil keputusan yang etis untuk menyelesaikan masalah. Ciri-ciri pengambilan keputusan yang etis sebagaimana berikut.
  - a. Mempunyai pertimbangan yang benar dan salah.
  - b. Sering bersangkutan dengan pilihan yang sulit.
  - c. Tidak mungkin dielakkan.
  - d. Dipengaruhi oleh norma, situasi, iman, dan lingkungan sosial.

Sistem pengambilan keputusan merupakan bagian dasar dan integral yang keberadaannya sangat penting, karena memengaruhi tindakan selanjutnya. Keterlibatan bidan dalam proses pengambilan keputusan sangat penting karena dipengaruhi oleh hal-hal sebagai berikut.

- a. Pelayanan *one to one* yaitu bidan dan klien yang bersifat sangat pribadi dan bidan mampu memenuhi kebutuhan tersebut.
- b. Meningkatkan sensitivitas terhadap klien sehingga bidan berusaha keras untuk mampu memenuhi kebutuhan klien.
4. Menggunakan 2 pendekatan dalam pengambilan suatu keputusan etis yaitu berdasarkan prinsip dan berdasarkan asuhan kebidanan.

Prinsip-prinsip etika profesi meliputi hal-hal sebagai berikut.

1. Tanggung jawab  
Semua tenaga kerja profesional sudah sepatutnya bekerja dengan diliputi rasa tanggung jawab yang besar. Pekerjaan harus dilakukan secara serius dan baik sehingga hasilnya bisa tercapai optimal. Dengan



memiliki rasa tanggung jawab dalam menjalankan pekerjaan, maka bidan dianggap memiliki kemampuan yang berkualitas.

2. Keadilan

Dalam menjalankan setiap pekerjaan dan tanggung jawab profesi, maka seorang tenaga kesehatan harus mengedepankan keadilan. Keadilan harus diberikan kepada setiap orang yang berhak menerimanya termasuk dalam hal pekerjaan.

3. Otonomi

Wewenang dan kebebasan harus dijalankan sesuai dengan kode etik yang dimiliki oleh bidan sebagai seorang profesional. Sehingga setiap tugas yang dikerjakan dapat terselesaikan dengan baik.

4. Integritas moral

Yaitu kualitas kejujuran dan prinsip moral yang ada dalam diri seseorang yang harus dilakukan secara konsisten dalam menjalankan profesinya. Bagi seorang profesional, harus memiliki komitmen terhadap dirinya untuk dapat menjaga kepentingan profesi baik pada diri sendiri maupun masyarakat. Dengan memiliki moral yang baik maka seorang profesional akan mampu bekerja dengan baik dan akan selalu mengutamakan kepentingan bersama.

## Etika Pelayanan Kebidanan

Dalam memberikan pelayanan kebidanan, bidan harus berlandaskan pada fungsi dan moralitas pelayanan kebidanan sebagaimana berikut.

1. Menjaga otonomi dari setiap individu, khususnya bidan dan klien.
2. Menjaga kita untuk melakukan tindakan kebaikan dan mencegah tindakan yang merugikan atau membahayakan orang lain.
3. Menjaga privasi setiap individu.
4. Mengatur manusia untuk berbuat adil dan bijaksana sesuai dengan porsinya.
5. Dengan etik kita mengetahui apakah suatu tindakan itu dapat diterima beserta alasannya.
6. Mengarahkan pola pikir seseorang dalam bertindak atau dalam menganalisis suatu masalah.
7. Menghasilkan tindakan yang benar.
8. Mendapatkan informasi tentang hal yang sebenarnya.

9. Memberikan petunjuk terhadap tingkah laku/perilaku manusia antara baik, buruk, benar, atau salah sesuai dengan moral yang berlaku pada umumnya.
10. Berhubungan dengan pengaturan hal-hal yang bersifat abstrak.
11. Memfasilitasi proses pemecahan masalah etik.
12. Mengatur hal-hal yang bersifat praktik.
13. Mengatur tata cara pergaulan, baik di dalam tata tertib masyarakat maupun tata cara di dalam organisasi profesi.
14. Mengatur sikap, tindak-tanduk orang dalam menjalankan tugas profesinya yang biasa disebut kode etik profesi.

Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan menggunakan prinsip sebagai berikut.

1. Kompeten dalam memberikan pelayanan kebidanan.
2. Melaksanakan praktik kebidanan berdasarkan fakta/*evidence based*.
3. Pengambilan keputusan yang tepat dan bertanggung jawab.
4. Pemakaian kemajuan teknologi secara etis.
5. Memahami perbedaan antara budaya dan etnik.
6. Memberdayakan/mengajarkan promosi, *informed choice*, dan ikut serta dalam pengambilan keputusan.
7. Sabar namun tetap berpikir rasional.
8. Bersahabat atau menjadi partner dengan perempuan, keluarga, dan masyarakat.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> Evita dkk, *Etikolegal dalam Praktik Kebidanan*, (Medan: Yayasan Kita Menulis, 2021), hlm.16–21.

## BAB VII

### ASPEK HUKUM DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

*Hafsia Khairun Nisa Mokodompit, S.Tr.Keb., M.Kes.*



#### Akuntabilitas Seorang Bidan

Akuntabilitas bidan dalam praktik kebidanan merupakan suatu hal yang sangat penting dan dituntut oleh profesi, terutama profesi bidan yang berhubungan dengan keselamatan ibu dan bayi. Seorang bidan harus bertanggung jawab dan tanggung gugat (*accountability*) atas semua tindakan yang dilakukannya, agar semua yang dilakukan oleh bidan harus sesuai dengan kompetensi dan didasari suatu *evidence based*. *Accountability* diikat dan dikuatkan oleh satu hukum yang mengatur batas-batas wewenang profesi kebidanan.

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

Praktik kebidanan merupakan penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan, yang meliputi pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Ini merupakan inti dari berbagai kegiatan bidan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus terus-menerus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, pengembangan ilmu dan

teknologi dalam kebidanan, akreditasi, sertifikasi, registrasi, uji kompetensi, dan lisensi.

Hukum kesehatan adalah rangkaian peraturan perundang-undangan dalam bidang kesehatan yang mengatur tentang pelayanan medik dan sarana medik.

### Keterkaitan Hukum, Etika, dan Moral

Keterkaitan antara hukum, etika, dan moral disebutkan sebagaimana berikut.

1. Hukum membutuhkan moral, kualitas hukum ditentukan oleh kualitas moral.
2. Moral akan tidak jelas tanpa dilembagakan dalam bentuk hukum.
3. Hukum mungkin bisa diubah/berubah oleh kekuasaan manusia.
4. Moral kondisi sangat mendasar tidak berubah selamanya.
5. Etika suatu cabang dari ilmu filsafat yang dinamakan juga sebagai filsafat moral.

### Pembagian Hukum

Pembagian berdasarkan fungsi hukum sebagaimana berikut.

1. Hukum materil (*substantive law*): yaitu terdiri dari peraturan-peraturan yang memberi hak dan membebani kewajiban-kewajiban.
2. Hukum formil (*adjective law*): peraturan hukum yang fungsinya melaksanakan atau menegakkan hukum materil atau menentukan bagaimana caranya melaksanakan hukum materil.

Berdasarkan kriteria daya kerjanya hukum dibagi menjadi dua, yaitu:

1. hukum yang bersifat memaksa; dan
2. hukum yang bersifat melengkapi berdasarkan kriteria bentuk/wujud hukum, yaitu:
  - a. hukum tidak tertulis (hukum adat, hukum kebiasaan); dan
  - b. hukum tertulis (hukum yang tertuang merupakan peraturan-peraturan) berdasarkan kriterium saat berlakunya hukum.

Pelayanan bidan yang terkait dengan aspek hukum sebagaimana berikut.

1. Tindakan kesehatan administrasi, meliputi pendidikan formal, SIB, SIPB, dan *inform consent*.



2. Tindakan kesehatan diagnostik, meliputi jaminan kerahasiaan dan mutu pelayanan.
3. Tindakan kesehatan terapi, meliputi SPK dan standar profesi.

### Standar Profesi

Adapun standar profesi bidan adalah sebagaimana berikut.

1. Bidan profesi yang khusus bidan adalah orang pertama yang melakukan penyelamatan kelahiran sehingga bayinya lahir dengan selamat yang berguna untuk kesejahteraan manusia.
2. Pelayanan kebidanan adalah pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dalam kurun waktu masa reproduksi dan bayi baru lahir.

Bidan sebagai profesi memiliki ciri-ciri sebagaimana berikut:

1. Mengembangkan pelayanan yang unik.
2. Anggota dipersiapkan melalui program pendidikan yang di maksud.
3. Menjalankan tugas profesinya sesuai dengan kode etik.
4. Anggotanya bebas mengambil keputusan dalam menjalankan profesinya.
5. Berhak menerima imbalan jasa.
6. Memiliki organisasi profesi.

### Hak dan Kewajiban Pasien

1. Hak pasien
  - a. Hak mendapatkan informasi secukupnya.
  - b. Hak memberi persetujuan (*informed Consent*).
  - c. Hak atas rahasia medis.
  - d. Hak atas pendapat kedua (*second opinion*).
  - e. Hak untuk menolak pemeriksaan dan pengobatan.
  - f. Hak untuk memperoleh perlindungan hukum.
  - g. Hak untuk mengetahui biaya pemeriksaan.
2. Kewajiban pasien
  - a. Memberikan informasi yang lengkap dan tepat.
  - b. Menghormati profesi bidan.
  - c. Mentaati nasehat dan petunjuk pelayanan.
  - d. Menghormati aturan dan pengaturan.
  - e. Memenuhi semua kewajiban membayar biaya pelayanan.

- f. Menghormati dan memperhatikan kepentingan milik pasien lain dan petugas kesehatan.
- g. Bertanggung jawab sendiri atas penolakan pengobatan.

## Hak Tanggung Jawab, dan Tanggung Gugat Bidan

1. Hak bidan
  - a. Mendapat perlindungan hukum dalam menjalankan tugas sesuai profesi.
  - b. Bekerja menurut standar profesi.
  - c. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundangan, profesi, etik, dan hati nurani.
  - d. Mendapat informasi lengkap dari pasien yang dirawatnya.
  - e. Mendapat imbalan jasa profesi yang diberikan.
2. Tanggung jawab dan tanggung gugat
  - a. Dalam menjalankan kewenangan yang sesuai dengan landasan hukum maka bidan bertanggung jawab atas pelayanan mandiri yang diberikan dan berupaya secara optimal dengan mengutamakan keselamatan ibu dan bayi atau janin.
  - b. Tuntutan hukum atau tanggung gugat, yaitu:
    - 1) tuntutan pidana;
    - 2) tuntutan perdata; dan
    - 3) tuntutan administrasi.
  - c. Tuntutan pidana terjadi karena dakwaan dilakukan kejahatan atau pelanggaran seperti yang diatur dalam KUH Pidana.
  - d. Tuntutan perdata dapat terjadi karena gugatan telah dilakukan, yaitu:
    - 1) tindakan melawan hukum; dan
    - 2) tindakan ingkar janji.
  - e. Tuntutan administratif dapat terjadi sebagai berikut.
    - 1) Pelanggaran disiplin atau tata tertib yang tidak dapat dipidana atau dituntut perdata.
    - 2) Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Beberapa dasar dalam otonomi pelayanan kebidanan antara lain sebagai berikut.

1. Kepmenkes 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktik bidan



Bagi bidan yang tidak melaksanakan pelayanan kebidanan dengan ketentuan yang berlaku maka akan diberikan beberapa sanksi. Beberapa sanksi tersebut telah diatur sebagaimana berikut.

#### **Pasal 36**

- (1) Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dapat memberikan peringatan lisan/tertulis kepada bidan yang melakukan pelanggaran terhadap keputusan ini.
- (2) Peringatan lisan/tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan paling banyak tiga kali, dan apabila peringatan tersebut tidak diindahkan, kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dapat mencabut SIPB yang bersangkutan.

#### **Pasal 37**

Sebelum keputusan pencabutan SIPB ditentukan, kepala dinas kesehatan kabupaten/kota terlebih dahulu mendengar pertimbangan dari majelis disiplin tenaga kesehatan/majelis pembinaan dan pengawasan etika pelayanan medis sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### **Pasal 38**

- (1) Keputusan pencabutan SIPB disampaikan kepada bidan yang bersangkutan dalam waktu selambat-lambatnya 14 hari terhitung sejak keputusan ditetapkan.
- (2) Dalam keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 disebutkan lama pencabutan SIPB.
- (3) Terhadap pencabutan SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dapat diajukan keberatan kepada kepala dinas kesehatan provinsi dalam waktu 14 hari setelah keputusan diterima, apabila dalam waktu 14 hari tidak diajukan keberatan, maka keputusan tersebut dinyatakan mempunyai kekuatan hukum tetap.
- (4) Kepala dinas kesehatan provinsi memutuskan di tingkat pertama dan terakhir, apabila semua pihak keberatan mengenai pencabutan SIPB.
- (5) Sebelum prosedur sebagaimana dimaksud pada ayat 3 ditempuh, pengadilan tata usaha negara tidak berwenang mengadili sengketa tersebut sesuai dengan maksud pada pasal 48 Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1986 tentang Pengadilan Tata Usaha.

#### **Pasal 39**

kepala dinas kesehatan kabupaten/kota melaporkan setiap pencabutan SIPB kepada dinas kesehatan provinsi setempat dengan tembusan kepada organisasi setempat.

#### **Pasal 40**

- (1) Dalam keadaan luar biasa untuk kepentingan nasional Menteri Kesehatan dan atau rekomendasi organisasi profesi dapat mencabut untuk sementara SIPB bidan yang melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pencabutan izin sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selanjutnya diproses sesuai dengan ketentuan keputusan ini.



**Pasal 42**

- (3) Melakukan praktik kebidanan tanpa mendapat pengakuan atau adaptasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 6.
- (4) Melakukan praktik kebidanan tanpa izin sebagaimana dimaksud dalam pasal 9.
- (5) Melakukan praktik kebidanan yang tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 25 ayat (1) dan (2), dipidana sesuai dengan ketentuan pasal 35 Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.

**Pasal 43**

Pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang tidak melaporkan bidan sebagaimana dimaksud dalam pasal 32 dan tidak mempekerjakan bidan yang tidak mempunyai izin praktik, dapat dikenakan sanksi pidana sesuai ketentuan pasal 35 Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Kesehatan.

**Pasal 44**

- (1) Dengan tidak mengurangi sanksi bagaimana dimaksud dalam pasal 42, bidan yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan yang diatur dalam keputusan ini dapat dikenakan tindakan disiplin berupa lisan, teguran, dan tertulis sampai dengan pencabutan izin.
- (2) Pengambilan tindakan disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.<sup>65</sup>

2. Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menyebutkan beberapa hal berikut.
  - a. Setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan.
  - b. Ganti rugi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
  - c. Pada pasal 80, barang siapa dengan sengaja melakukan tindakan kriminal medis tertentu terhadap ibu hamil yang tidak memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 15 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan paling banyak Rp.500.000.000,00.- (lima ratus juta rupiah).

Dalam organisasi profesi bidan, terdapat majelis pertimbangan etika bidan (MPEB) dan majelis pembelaan anggota. MPEB dan MPA bertugas untuk mengkaji, menangani, dan mendampingi anggota yang mengalami permasalahan dalam praktik kebidanan serta masalah hukum. Kepengurusan MPEB dan MPA terdiri dari ketua, sekretaris, bendahara, dan anggota.

<sup>65</sup> Berliana *Konsep Kebidanan Memahami Dasar-Dasar Konsep Kebidanan*, (Yogyakarta: Pustaka Baru Press, 2019), hlm. 172–176.



MPEB secara internal memberikan saran, pendapat, dan buah pikiran tentang masalah pelik yang sedang dihadapi. MPEB secara khusus menangani beberapa kasus yang menyangkut pelaksanaan kode etik bidan dan pembelaan anggota. Beberapa tugas majelis pertimbangan etika bidan dan majelis pembelaan anggota sebagaimana berikut.

- a. Merencanakan dan melaksanakan kegiatan bidan sesuai dengan ketetapan pengurus pusat.
  - b. Melaporkan hasil kegiatan di bidang tugasnya secara berkala.
  - c. Memberikan saran dan pertimbangan yang perlu dilakukan dalam rangka tugas pengurus pusat.
  - d. Membentuk tim teknis sesuai kebutuhan, tugas, dan tanggung jawabnya ditentukan pengurus.
3. Undang-Undang tentang Aborsi, Adopsi, Bayi Tabung, dan Transplantasi
- a. Aborsi

#### **Pasal 346**

Seorang wanita yang sengaja menggugurkan atau mematikan kandungannya atau menyuruh.

#### **Pasal 347**

- (1) Barang siapa dengan sengaja menggugurkan atau mematikan kandungan seorang wanita tanpa persetujuannya, diancam dengan pidana penjara paling lama dua belas tahun.
- (2) Jika perbuatan itu mengakibatkan matinya wanita tersebut, diancam dengan pidana penjara paling lama tujuh tahun.

#### **Pasal 348**

- (1) Barang siapa dengan sengaja menggugurkan atau mematikan kandungan seorang wanita dengan persetujuannya, diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun enam bulan.
- (2) Jika perbuatan itu mengakibatkan matinya wanita tersebut, diancam dengan pidana penjara paling lama tujuh tahun.

#### **Pasal 349**

Jika seorang dokter, bidan, atau juru obat membantu melakukan kejahatan berdasarkan pasal 346, ataupun melakukan atau membantu melakukan salah satu kejahatan yang diterangkan dalam pasal 347 dan 348, maka pidana yang ditentukan dalam pasal itu dapat ditambah dengan sepertiga dan dapat dicabut hak untuk menjalankan pencarian di mana kejahatan dilakukan.

#### **Pasal 350**

Dalam hal pemidanaan karena pembunuhan, pembunuhan dengan rencana, atau karena salah satu kejahatan berdasarkan Pasal 344, 347 dan 348, dapat dijatuhkan pencabutan hak berdasarkan pasal 35 Nomor 1-5.

## Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009

### Pasal 194

Setiap orang yang dengan sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 Ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp.1.000.000.000,00.- (satu miliar rupiah).

### Pasal 75 ayat (2)

Larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikecualikan berdasarkan hal berikut.

- (1) Indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu atau janin yang menderita penyakit genetik berat.
- (2) Kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.
- (3) Tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) hanya dapat dilakukan setelah melalui konseling atau penasihat pra tindakan dan diakhiri dengan konseling, pasca tindakan yang dilakukan oleh konselor yang kompeten dan berwenang.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai indikasi kedaruratan medis dan perkosaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan peraturan pemerintah.

### Pasal 15

- (1) Dalam keadaan darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil atau janinnya, dapat dilakukan tindakan medis tertentu.
- (2) Tindakan medis tertentu sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) hanya dapat dilakukan sebagai berikut.
  - (a) Berdasarkan indikasi medis yang mengharuskan diambilnya tindakan tersebut.
  - (b) Oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu, dilakukan sesuai dengan tanggung jawab profesi serta berdasarkan pertimbangan tim ahli.
  - (c) Dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan atau suami atau keluarganya.
  - (d) Pada sarana kesehatan tertentu.

## b. Adopsi

### Pasal 39

- (1) Pengangkatan anak hanya dapat dilakukan untuk kepentingan yang terbaik bagi anak dan dilakukan berdasarkan adat kebiasaan setempat dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengangkatan anak sebagaimana diatur dalam ayat (1), tidak memutuskan hubungan darah antara anak yang diangkat dengan orang tua kandungnya.
- (3) Calon orang tua anak harus seragam dengan agama yang dianut oleh calon anak angkat.
- (4) Pengangkatan anak oleh WNA hanya dilakukan sebagai upaya terakhir.
- (5) Dalam hal asal-usul anak tidak diketahui, maka agama anak disesuaikan dengan agama mayoritas penduduk setempat.



#### **Pasal 40**

- (6) Orang tua wajib memberitahukan kepada anak angkatnya mengenai asal-usulnya dan orang tua kandungnya.
- (7) Pemberitahuan asal-usul dan orang tua kandungnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dilakukan dengan memperhatikan kesia-pan anak yang bersangkutan.

#### **Pasal 41**

Pemerintah dan masyarakat melakukan bimbingan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diatur dengan peraturan pemerintah (Peraturan Pemerintah Nomor 54 Tahun 2007).

Pihak yang dapat mengajukan adopsi adalah sebagaimana berikut.

- 1) Pasangan suami istri  
Hal ini diatur dalam SEMA Nomor 6 Tahun 1983 tentang pemeriksaan permohonan pengesahan/ pengangkatan anak. Selain itu keputusan Mensos RI Nomor 41/HUK/KEP/VII/1984 tentang pelaksanaan pengangkatan anak.
- 2) Orang tua tunggal  
Janda/duda, kecuali janda yang suaminya pada saat meninggal meninggalkan wasiat yang isinya tidak menghendaki pengangkatan anak.
- 3) WNI yang belum menikah atau memutuskan tidak menikah.  
Syarat anak yang akan diangkat diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 54 Tahun 2007 sebagai berikut.

#### **Pasal 12 ayat (1)**

- a. Belum berusia 18 tahun.
- b. Merupakan anak terlantar atau di telantarkan.
- c. Berada dalam asuhan keluarga atau dalam lembaga pengasuhan anak.
- d. Memerlukan perlindungan khusus.

Syarat usia anak yang akan diangkat diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 54 Tahun 2007 Ayat (2), yaitu:

#### **Pasal 12 ayat (2)**

- a. anak usia <6 tahun, prioritas utama;
- b. anak usia 6–<12 tahun, alasan mendesak; dan
- c. anak usia 12–18 tahun memerlukan perlindungan khusus.

#### **Pasal 13**

Calon orang tua angkat harus memenuhi syarat-syarat:

- a. Sehat jasmani dan rohani.
- b. Berumur minimal 30 tahun dan maksimal 50 tahun.
- c. Beragama sama dengan calon anak angkat.

- d. Berkelakuan baik tidak pernah dihukum.
  - e. Berstatus menikah paling singkat 5 tahun.
  - f. Tidak merupakan pasangan sejenis.
  - g. Tidak atau belum mempunyai anak atau hanya memiliki satu anak.
  - h. Keadaan mampu ekonomi dan sosial.
  - i. Memperoleh persetujuan anak dan izin tertulis orang tua wali anak.
  - j. Membuat pernyataan tertulis tentang pengangkatan anak.
  - k. Adanya laporan sosial dari pekerja sosial setempat.
  - l. Telah mengasuh calon anak angkat paling singkat 6 bulan sejak izin pengasuh diberikan.
  - m. Memperoleh izin menteri/kepala instansi.
- c. Bayi Tabung
- Tinjauan dari segi hukum perdata terhadap inseminasi buatan (bayi tabung) sebagaimana berikut.
- 1) Jika benihnya berasal dari suami istri
    - a) Jika benihnya berasal dari suami istri, dilakukan proses fertilisasi-in-vitro transfer embrio dan diimplantasikan ke dalam rahim istri maka anak tersebut baik secara biologis ataupun yuridis mempunyai status sebagai anak sah (keturunan genetik) dari pasangan tersebut akibatnya memiliki hubungan mewarisi dan hubungan keperdataan lainnya.
    - b) Jika ketika embrio diimplantasikan ke dalam rahim ibunya di saat ibunya telah bercerai dari suaminya maka jika anak itu lahir sebelum 300 hari perceraian mempunyai status sebagai anak sah dari pasangan tersebut. Namun jika dilahirkan setelah masa 300 hari, maka anak itu bukan anak sah bekas suami ibunya dan tidak memiliki hubungan keperdataan apapun dengan bekas suami ibunya. Dasar hukum pasal 255 KUHPperdata.
    - c) Jika embrio diimplantasikan ke dalam rahim wanita lain yang bersuami, maka secara yuridis status anak itu adalah anak sah dari pasangan penghamil, bukan pasangan yang mempunyai benih. Dasar hukum pasal 42 Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 dan Pasal 250 KUHPperdata. Dalam hal ini suami dari istri penghamil dapat menyangkal anak tersebut sebagai anak sahnya melalui tes golongan darah atau dengan jalan tes DNA. Biasanya dilakukan perjanjian antara kedua pasangan tersebut, dengan perjanjian itu sudah di nilai sah secara perdata, sesuai dengan pasal 1320 dan 1338 KUHPperdata.



- 2) Jika salah satu benihnya berasal dari donor
    - a) Jika suami mandul dan istrinya subur, maka dapat dilakukan fertilisasi-in-vitro transfer embrio dengan persetujuan pasangan tersebut. Sel telur istri anak dibuahi dengan sperma dari donor di dalam tabung petri dan setelah terjadi pembuahan diimplantasikan ke dalam rahim istri. Anak yang di lahirkan memiliki status anak sah dan memiliki hubungan pewaris dan hubungan keperdataan lainnya sepanjang suami tidak menyangkalnya dengan melakukan tes golongan darah atau tes DNA. Dasar hukum pasal 250 KUHPerdara.
    - b) Jika embrio diimplantasikan ke dalam rahim wanita lain yang bersuami maka anak yang di lahirkan merupakan anak sak dari pasangan penghamil tersebut. Dasar hukum pasal 42 Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 dan pasal 250 KUHPerdara.
  - 3) Jika semua benihnya dari donor
    - a) Jika sel sperma maupun sel telur berasal dari orang yang tidak terikat pada perkawinan, tapi embrio diimplantasikan ke dalam rahim seorang wanita yang terikat dalam perkawinan maka anak yang lahir mempunyai status anak sah dari pasangan suami istri tersebut karena dilahirkan oleh seorang perempuan yang terikat dalam perkawinan yang sah.
    - b) Jika diimplantasikan ke dalam rahim seorang gadis maka anak tersebut memiliki status sebagai anak di luar perkawinan karena gadis tersebut tidak terikat perkawinan secara sah dan pada hakikatnya anak tersebut bukan pula anaknya secara biologis kecuali sel telur berasal darinya. Jika sel telur berasal darinya maka anak tersebut sah secara yuridis dan biologis sebagai anaknya.
- d. Transplantasi

**Pasal 80 Ayat (3) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992**

Barang siapa dengan sengaja melakukan perbuatan dengan tujuan komersial dalam pelaksanaan transplantasi organ tubuh atau jaringan tubuh atau transfusi darah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 Ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 15 tahun dan pidana denda paling banyak Rp.300.000.000,00.- (tiga ratus juta rupiah).

**Pasal 33 ayat (2)**

Transplantasi organ atau jaringan tubuh serta transfusi darah sebagaimana dimaksud dalam Ayat (1) dilakukan hanya untuk tujuan kemanusiaan dan dilarang untuk tujuan komersial.

**Pasal 192**

Setiap orang yang dengan sengaja memperjual belikan organ atau jaringan tubuh dengan alasan apapun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 Ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 tahun dan denda Rp. 1.000.000.000,00.- (satu miliar rupiah).

**Pasal 64 ayat (3)**

Organ atau jaringan tubuh dilarang diperjualbelikan dengan alasan apapun.

## BAB VIII

### MALPRAKTIK DALAM PELAYANAN BIDAN

*Devianti Tandiallo, SST., M.Keb., CBMT.*



#### Malpraktik Kebidanan

Praktik kebidanan merupakan penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan layanan kesehatan terhadap klien dengan pendekatan manajemen kebidanan untuk menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis oleh bidan.

Dalam praktik kebidanan, akuntabilitas bidan merupakan hal penting yang dituntut pada profesi yang berhubungan dengan keselamatan jiwa manusia. Semua tindakan bidan harus berbasis dengan kompetensi dan didasari suatu *evidence based*.<sup>66</sup> Hal ini tertuang dalam keputusan menteri kesehatan tentang standar profesi bidan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan, bidan yang menjalankan tugas dalam profesinya harus kompeten yang dibuktikan dengan sertifikat kompetensi yang merupakan surat tanda pengakuan terhadap kompetensi tenaga kesehatan untuk dapat menjalankan praktik di seluruh Indonesia setelah lulus uji kompetensi dan dibuktikan dengan adanya Surat Tanda Registrasi (STR) yang merupakan bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing tenaga kesehatan kepada tenaga kesehatan yang telah diregistrasi, tenaga kesehatan yang sudah diregistrasi mempunyai pengakuan secara hukum untuk menjalankan praktik, hal ini tertuang

<sup>66</sup> Berlian Irianti, *Konsep kebidanan*, (Yogyakarta: Pustaka Baru Press, 2019), hlm. 161



dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Pasal 1 Nomor 83 Tahun 2019 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.

## Pengertian Malpraktik Kebidanan

### Menurut beberapa ahli

Sir William Blacstone tahun 1768 pertama kali yang menyatakan, bahwa *malapraxis is great misdemeanor and offence at common law, whether it be for curiosity of experiment or by neglect: because it breaks the trust which the party had place in his physician and tend to the patients's destruction*. Pada prinsipnya suatu tindakan medis yang dilakukan oleh tenaga medis yang tidak sesuai dengan standar tindakan sehingga merugikan pasien, hal ini dikategorikan sebagai kealpaan atau kesengajaan dalam hukum pidana.<sup>67</sup>

Menurut Ellis dan Hartley, malpraktik merupakan batas yang spesifik dari kelalaian yang ditunjuk kepada seseorang yang terlatih atau berpendidikan.<sup>68</sup>

Hermien Hadiati menjelaskan *malpractice* berarti *bad practice*, atau praktik buruk yang berkaitan dengan praktik penerapan ilmu dan teknologi medis dalam menjalankan profesi medis yang mengandung ciri-ciri khusus. Karena malpraktik berkaitan dengan *how to practice the medical science and technology*, yang sangat erat hubungannya dengan sarana kesehatan atau tempat melakukan praktik dan orang yang melaksanakan praktik. Maka Hermien lebih cenderung untuk menggunakan istilah *maltreatment*.<sup>69</sup>

Ninik Mariyanti, malpraktik sebenarnya mempunyai pengertian yang luas, yang dapat dijabarkan sebagai berikut.

1. Dalam arti umum, suatu praktik yang buruk, yang tidak memenuhi standar yang telah ditentukan oleh profesi.
2. Dalam arti khusus (dilihat dari sudut pasien) malpraktik dapat terjadi di dalam menentukan diagnosis, menjalankan operasi, selama menjalankan perawatan, dan sesudah perawatan.<sup>70</sup>

<sup>67</sup> Masrudi Muchtar, *Etika Profesi dan Hukum Kesehatan*, (Yogyakarta: Pustaka Baru Press, 2016), hlm. 173.

<sup>68</sup> Berlian Irianti, *Konsep kebidanan*, hlm. 162.

<sup>69</sup> Isfandyarie, *Malpraktik dan Risiko Medik dalam Kajian Hukum Pidana*, (Jakarta: Prestasi Pustaka, 2005), hlm. 20.

<sup>70</sup> Amir A, *Bunga Rampai Hukum Kesehatan*, (Jakarta: Widya Medika, 1997), hlm. 53.



Selanjutnya pakar Guwandi memberikan pengertian bahwa malpraktik dalam arti luas dibedakan antara tindakan yang dilakukan sebagaimana berikut.

1. Dengan sengaja (*dolus, vorsatz, intentional*) yang dilarang peraturan perundang-undangan, seperti dengan sengaja melakukan abortus tanpa indikasi medis, euthanasia, memberikan keterangan medis yang isinya tidak benar.
2. Tidak dengan sengaja (*negligence, culpa*) atau karena kelalaian, seperti menelantarkan obat pasien dan sembarangan dalam mendiagnosis penyakit pasien.

Dari beberapa pendapat tentang malpraktik dapat disimpulkan, bahwa malpraktik merupakan tindakan yang dilakukan tidak sesuai dengan standar tenaga medis.<sup>71</sup>

### Jenis Malpraktik

Menurut Ngesti dan Soedjatmiko membedakan malpraktik medis menjadi dua bentuk, yaitu malpraktik etik (*ethical malpractice*) dan malpraktik yuridis (*juridical malpractice*).

1. Malpraktik Etik  
Yang dimaksud dengan malpraktik etik adalah tenaga kesehatan melakukan tindakan yang bertentangan dengan etika profesinya sebagai tenaga kesehatan. Misalnya seorang bidan yang melakukan tindakan yang bertentangan dengan etika kebidanan. Etika kebidanan yang dituangkan dalam Kode Etik Bidan merupakan seperangkat standar etis, prinsip, aturan atau norma yang berlaku untuk seluruh bidan
2. Malpraktik Yuridis  
Soedjatmiko membedakan malpraktik yuridis ini menjadi tiga bentuk, yaitu malpraktik perdata (*civil malpractice*), malpraktik pidana (*criminal malpractice*), dan malpraktik administratif (*administrative malpractice*).
  - a. Malpraktik perdata  
Malpraktik perdata terjadi apabila terdapat hal-hal yang menyebabkan tidak terpenuhinya isi perjanjian (*wanprestasi*) di dalam transaksi terapeutik oleh tenaga kesehatan, atau terjadinya perbuatan melanggar hukum (*onrechtmatige daad*), sehingga

---

<sup>71</sup> Guwandi, J., *Hukum medic (Medical Law)*, (Jakarta: Fakultas Hukum Universitas Indonesia, 2004), hlm. 24.

menimbulkan kerugian kepada pasien. Adapun isi daripada tidak dipenuhinya perjanjian tersebut dapat berupa hal-hal sebagai berikut.

- 1) Tidak melakukan apa yang menurut kesepakatan wajib dilakukan.
- 2) Melakukan apa yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan, tetapi terlambat melaksanakannya.
- 3) Melakukan apa yang menurut kesepakatannya wajib dilakukan, tetapi tidak sempurna dalam pelaksanaan dan hasilnya.
- 4) Melakukan apa yang menurut kesepakatannya tidak seharusnya dilakukan.

Sedangkan untuk perbuatan atau tindakan yang melanggar hukum haruslah memenuhi beberapa syarat sebagai berikut.

- 1) Harus ada perbuatan (baik berbuat maupun tidak berbuat).
- 2) Perbuatan tersebut melanggar hukum (tertulis ataupun tidak tertulis).
- 3) Ada kerugian.
- 4) Ada hubungan sebab-akibat (hukum kausal) antara perbuatan melanggar hukum dengan kerugian yang diderita.
- 5) Adanya kesalahan (schuld)

Untuk dapat menuntut penggantian kerugian (ganti rugi) karena kelalaian tenaga kesehatan, maka pasien harus dapat membuktikan adanya empat unsur berikut.

- 1) Adanya suatu kewajiban tenaga kesehatan terhadap pasien.
- 2) Tenaga kesehatan telah melanggar standar pelayanan medik yang lazim dipergunakan.
- 3) Penggugat (pasien) telah menderita kerugian yang dapat dimintakan ganti ruginya.
- 4) Secara faktual kerugian itu disebabkan oleh tindakan di bawah standar.

Contoh dari malpraktik perdata, misalnya seorang dokter yang melakukan operasi ternyata meninggalkan sisa perban di dalam tubuh si pasien. Setelah diketahui bahwa ada perban yang tertinggal kemudian dilakukan operasi kedua untuk mengambil perban yang tertinggal tersebut. Dalam hal ini kesalahan yang dilakukan oleh dokter dapat diperbaiki dan tidak menimbulkan akibat negatif yang berkepanjangan terhadap pasien.



## b. Malpraktik pidana

Malpraktik pidana terjadi apabila pasien meninggal dunia atau mengalami cacat akibat tenaga kesehatan kurang hati-hati atau kurang cermat dalam melakukan upaya perawatan terhadap pasien yang meninggal dunia atau cacat tersebut. Malpraktik pidana ada tiga bentuk sebagai berikut.

- 1) Malpraktik pidana karena kesengajaan (intensional, misalnya pada kasus aborsi tanpa indikasi medis, tidak melakukan pertolongan pada kasus gawat padahal diketahui bahwa tidak ada orang lain yang bisa menolong, serta memberikan surat keterangan yang tidak benar.
- 2) Malpraktik pidana karena kecerobohan (*recklessness*), misalnya melakukan tindakan yang tidak *lege artis* atau tidak sesuai dengan standar profesi serta melakukan tindakan tanpa disertai persetujuan tindakan medis.
- 3) Malpraktik pidana karena kealpaan (*negligence*), misalnya terjadi cacat atau kematian pada pasien sebagai akibat tindakan tenaga kesehatan yang kurang hati-hati.

Dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana disebutkan sebagaimana berikut.

### **Pasal 359**

Barang siapa karena salahnya (kelalaiannya) telah menyebabkan meninggalnya orang lain, dihukum dengan hukuman penjara selama 1 tahun.<sup>72</sup>

### **Pasal 360**

- (1) Barang siapa karena salahnya (kelalaiannya) menyebabkan orang lain mendapat luka berat dihukum dengan hukuman penjara selama-lamanya lima tahun atau dengan hukuman sekurang-kurangnya selama satu tahun.
- (2) Barang siapa karena salahnya (kelalaiannya) telah menyebabkan orang lain mendapat luka sedemikian rupa hingga orang tersebut menjadi sakit untuk sementara atau tidak dapat menjalankan jabatannya atau pekerjaannya untuk sementara, dihukum dengan hukuman penjara selama-lamanya sembilan bulan atau dengan hukuman setinggi-tingginya empat ribu lima ratus rupiah.<sup>73</sup>

## c. Malpraktik administratif

Malpraktik administratif terjadi apabila tenaga kesehatan melakukan pelanggaran terhadap hukum administrasi negara yang

<sup>72</sup> Setiawan, *Etika Kebidanan dan Hukum Kesehatan*, (Jakarta: Trans Info Media, 2010), hlm. 115.

<sup>73</sup> *Ibid*, hlm. 115.

berlaku, misalnya menjalankan praktik bidan tanpa lisensi atau izin praktik, melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan lisensi atau izinnya, menjalankan praktik dengan izin yang sudah kedaluwarsa, dan menjalankan praktik tanpa membuat catatan medis.<sup>74</sup>

## Kasus Malpraktik Kebidanan dan Pertanggungjawaban Hukum

### Aborsi

#### 1. Pengertian aborsi

Secara umum, aborsi dapat diartikan perbuatan pengguguran kandungan, menurut Abdul Mun'im Idries gugur kandungan atau keguguran itu sendiri berarti berakhirnya kehamilan, sebelum fetus dapat hidup sendiri di luar kandungan.<sup>75</sup> Aborsi yang dilakukan secara sengaja (*abortus provocatus*) merupakan salah satu masalah hukum yang berkaitan dengan profesi kesehatan. Definisi lain tentang aborsi adalah suatu proses pengakhiran hidup dari janin sebelum diberi kesempatan untuk bertumbuh.<sup>76</sup> Dalam pengertian medis, aborsi adalah terhentinya kehamilan dengan kematian dan pengeluaran janin pada usia kurang dari 20 minggu dengan berat janin kurang dari 500 gram, yaitu sebelum janin dapat hidup di luar kandungan secara mandiri.<sup>77</sup>

#### 2. Jenis-jenis aborsi

Jenis-jenis aborsi dibagi menjadi dua macam sebagaimana berikut.

a. *Abortus spontaneous*, adalah aborsi yang terjadi dengan tidak didahului faktor-faktor mekanis ataupun *medicinalis* semata-mata disebabkan oleh faktor alamiah. Rustam Mochtar dalam Muhdiono menyebutkan macam-macam abortus spontan sebagai berikut.<sup>78</sup>

1) *Abortus completes*, (keguguran lengkap) artinya seluruh hasil konsepsi dikeluarkan sehingga rongga rahim kosong.

<sup>74</sup> Mochtar, M., *Etika Profesi Dan Hukum Kesehatan*, (Yogyakarta: Pustaka Baru Press, 2016), hlm. 176–179.

<sup>75</sup> Abdul Mun'im Idries, *Pedoman Ilmu Kedokteran Forensik*, (Jakarta: 1997), hlm. 224.

<sup>76</sup> *Kapita Selekta Kedokteran*, hlm. 260.

<sup>77</sup> Lilien Eka Chandra, “Tanpa Indikasi Medis Ibu, Aborsi sama dengan Kriminal”, *Lifestyle*, hlm. 10.

<sup>78</sup> Rustam Mochtar dalam Muhdiono, “Aborsi Menurut Hukum Islam, Perbandingan Madzhab Syafi'i dan Hanafi”, *Skripsi*, (Yogyakarta: UIN, 2002), hlm. 211.



- 2) *Abortus inkompletus*, (keguguran bersisa) artinya hanya ada sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan dan tertinggal adalah deci dua dan plasenta.
  - 3) *Abortus iminen*, yaitu keguguran yang membakat dan akan terjadi dalam hal ini keluarnya fetus masih dapat dicegah dengan memberikan obat-obat hormonal dan anti pasmodica.
  - 4) *Missed abortion*, keadaan di mana janin sudah mati tetapi tetap berada dalam rahim dan tidak dikeluarkan selama dua bulan atau lebih.
  - 5) *Abortus habitulis* atau keguguran berulang adalah keadaan di mana penderita mengalami keguguran berturut-turut 3 kali atau lebih.
  - 6) *Abortus infeksius* dan *abortus septic*, adalah abortus yang disertai infeksi genital.
- b. *Abortus provocatus*, adalah aborsi yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat. Aborsi yang dilakukan secara sengaja (*abortus provocatus*) ini terbagi menjadi dua sebagai berikut.
- 1) *Abortus provocatus medicinalis*  
Adalah aborsi yang dilakukan oleh dokter atas dasar indikasi medis, yaitu apabila tindakan aborsi tidak diambil akan membahayakan jiwa ibu. *Abortus provocatus medisinalis/artificialis/therapeuticus* adalah aborsi yang dilakukan dengan disertai indikasi medis.
  - 2) *Abortus provocatus criminalis*  
Adalah aborsi yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis, sebagai contoh aborsi yang dilakukan dalam rangka melenyapkan janin sebagai akibat hubungan seksual di luar perkawinan. Secara umum pengertian *abortus provocatus criminalis* adalah suatu kelahiran dini sebelum bayi itu pada waktunya dapat hidup sendiri di luar kandungan. Pada umumnya janin yang keluar itu sudah tidak bernyawa lagi.<sup>79</sup>
- c. Pertanggungjawaban hukum dalam tindakan aborsi  
Aborsi dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 75 menyatakan bahwa (1) setiap orang dilarang

<sup>79</sup> Sri Setyowati, *Masalah Abortus Kriminalis di Indonesia dan Hubungannya dengan Keluarga Berencana Ditinjau dari Kitab Undang-Undang Hukum Pidana*, (Jakarta: TP, 2002), hlm. 99 dan 22.

melakukan aborsi, (2) larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikecualikan berdasarkan hal-hal berikut.

- 1) Indikasi ke daruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu atau janin, yang menderita penyakit genetik berat atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan.
- 2) Kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.<sup>80</sup>

Tindakan aborsi juga diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2016 Pasal 20, (1) pelayanan aborsi atas indikasi ke daruratan medis dilakukan setelah ibu hamil memiliki surat keterangan dari tim kelayakan aborsi dan surat keterangan konseling dari konselor, (2) pelayanan aborsi pada kehamilan akibat perkosaan dilakukan setelah korban perkosaan memiliki surat bukti kehamilan akibat perkosaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 17 ayat (4) dan surat keterangan konseling. Penyelenggara pelayanan juga diatur dalam bagian kesatu pasal 12 ayat (2):

- 1) dilakukan oleh dokter sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional;
- 2) atas permintaan atau persetujuan perempuan hamil yang bersangkutan;
- 3) dengan izin suami, kecuali korban perkosaan;
- 4) tidak diskriminatif; dan
- 5) tidak mengutamakan imbalan materi.

Fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara pelayanan juga diatur dalam Pasal 13 Ayat (1) pelayanan aborsi yang aman, bermutu, dan bertanggung jawab harus diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh menteri. Fasilitas kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas hal-hal sebagai berikut.

- 1) Puskesmas  
Puskesmas sebagaimana dimaksud pada Ayat (2) huruf a merupakan puskesmas mampu Pelayanan Obstetric Neonatal Emergensi Dasar (PONED).

<sup>80</sup> Wiwik Afifah, "Perlindungan Hukum Bagi Perempuan Korban Perkosaan Yang Melakukan Aborsi". *Jurnal Ilmu Hukum*, 9(18), (2013), hlm. 104.



- 2) Klinik pratama  
Klinik pratama dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar yang memiliki dokter yang telah mengikuti pelatihan.
- 3) Klinik utama atau yang setara  
Klinik utama atau setara sebagaimana dimaksud pada Ayat (2) huruf c merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialis obstetric dan ginekologi atau pelayanan medik dasar dan spesialis obstetric dan ginekologi, yang memiliki dokter obstetric dan ginekologi yang telah mengikuti pelatihan.
- 4) Rumah sakit  
Rumah sakit sebagaimana dimaksud pada Ayat (2) huruf d harus memiliki dokter spesialis obstetric dan ginekologi yang telah mengikuti pelatihan.

### **Pertanggungjawaban Bidan dalam Tindakan Pemberian Suntikan Oksitosin**

Pada kasus pemberian oksitosin yang mengakibatkan perdarahan di BPS.<sup>81</sup> Penggunaan oksitosin salah satunya digunakan untuk menginduksi atau augmentasi persalinan. Meskipun jarang ada data tentang hal tersebut, pemberian oksitosin selama persalinan merupakan prosedur yang rutin di negara berkembang yang dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas lengkap. Saat ini, yang berkembang bahwa penggunaan oksitosin banyak disalahgunakan oleh bidan yang tidak mempunyai kewenangan. Seperti diketahui bahwa risiko pemberian oksitosin pada waktu persalinan untuk melakukan induksi atau augmentasi (memperkuat kontraksi) banyak terjadi kejadian berupa robekan jalan lahir sehingga dapat menyebabkan perdarahan yang bisa berakibat kematian.<sup>82</sup>

Sebagai seorang tenaga kesehatan yang langsung memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, seorang bidan harus melakukan tindakan dalam praktik kebidanan secara etis, serta harus memiliki etika kebidanan yang sesuai dengan nilai keyakinan filosofi, profesi, dan masyarakat. Selain itu bidan juga berperan dalam memberikan persalinan yang

<sup>81</sup> Rissa Nuryuniarti, "Pertanggungjawaban bidan dalam pemberian suntikan oksitosin pada ibu bersalin normal di BPS yang mengakibatkan perdarahan". *Jurnal Ilmiah Galuh Justisi*, 5(1), (2017).

<sup>82</sup> Gomella TL dkk, *Neonatology, Management, Procedures, on Call Problem Disease and Drugs*, (New York: Lange Books/Mc Graw-Hill, 2004), hlm. 247.



aman, memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih.<sup>83</sup>

1. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Juni tahun 2015 diperoleh data selama tahun 2014 pengurus Ikatan Bidan Indonesia (PD IBI) Cabang Kabupaten Ciamis melakukan sidang kode etik kebidanan sebanyak 27 kasus, dari kasus tersebut terdapat 9 kasus bidan yang memberikan suntikan oksitosin pada ibu bersalin pada kala I persalinan yang dapat mengakibatkan perdarahan postpartum.
2. Pada 9 kasus di atas jelas bukan menjadi kewenangan bidan dalam memberikan tindakan hal ini jelas tertuang dalam aturan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan Pasal 19 Ayat (3) huruf h, yaitu pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum.
3. Pasal 46 ayat (1) menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, atau Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan praktik bidan sesuai dengan kewenangan masing-masing.
4. Dalam rangka pelaksanaan pengawasan bidan yang melanggar atau bekerja tidak sesuai dengan standar organisasi profesi maka akan diberikan tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) dilakukan melalui cara berikut.
  - a. Teguran lisan.
  - b. Teguran tertulis.
  - c. Pencabutan SIP untuk sementara paling lama 1 (satu) tahun.
  - d. Pencabutan SIPB selamanya.
5. Ketika seorang bidan bekerja sesuai dengan standar profesi kebidanan dan standar operasional prosedur tentu dapat dipastikan bahwa seorang bidan tersebut sulit melakukan malpraktik.<sup>84</sup> Dalam pelaksanaan praktiknya, setiap tenaga kesehatan telah mempunyai kewenangannya masing-masing.<sup>85</sup>

<sup>83</sup> Yanti, *Etika Profesi dan Hukum Kebidanan*, (Yogyakarta: Pustaka Rihama, 2010), hlm. 85.

<sup>84</sup> Masrudi Muchtar, op. cit, hlm. 172

<sup>85</sup> Kadek Yogi Barhaspati, Pertanggungjawaban pidana terhadap tindakan malpraktek yang dilakukan oleh bidan dan perawat, jurnal Kertha Wicara, Tahun 2020 Vol. 9 No. 7, hlm. 3



## **Pertanggungjawaban Bidan dalam Tindakan Episiotomi Sekaligus Penjahitan Luka Perineum**

Episiotomi adalah suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lender vagina, cincin selaput darah, jaringan pada septum recto vaginal, otot-otot dan fascia perineum dan kulit sebelah depan perineum.<sup>86</sup>

Pada tindakan ini tidak menjadi keharusan dilakukannya episiotomi, namun biasa dilakukan jika ada indikasi yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Studi kasus yang dilakukan di kabupaten Tanggerang bidan sebagai responden dari hasil wawancara atas pertanyaan apakah tindakan episiotomi merupakan tindakan rutin tiap persalinan normal? Dari pertanyaan ini responden menjawab bukan tindakan rutin.<sup>87</sup> Bagaimana dengan tindakan penjahitan luka perineum yang disebabkan laserasi maupun episiotomi yang melampaui batasan wewenang bidan? Perlu diketahui bahwa tindakan ini diatur dalam peraturan 369/MENKES/SK/III/2007 wewenang bidan dapat melakukan tindakan episiotomi jika diperlukan dan penjahitan luka perineum maksimal derajat II namun aturan ini tidak diberlakukan lagi setelah ditetapkannya aturan baru menurut MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan, bahwa adanya perbedaan antara lulusan ahli madya kebidanan dan profesi bidan setelah tahun 2026. Tingkat keterampilan bidan memiliki 4 tahapan sebagai berikut

1. Mampu memahami untuk diri sendiri
2. Mampu memahami dan menjelaskan
3. Mampu memahami, menjelaskan, dan melaksanakan di bawah supervisi
4. Mampu memahami, menjelaskan, dan melaksanakan secara mandiri

Pada aturan MENKES/320/2020 lingkup asuhan kebidanan masa persalinan pada tindakan episiotomi bidan pada poin 4 sementara ahli madya kebidanan pada poin 3, dan pada tindakan penjahitan luka jalan lahir bidan diperbolehkan pada tingkat kemampuan poin 4 sedangkan ahli madya kebidanan hanya diperbolehkan melakukan tindakan pada tingkat kemampuan poin 3. Sehingga bidan sangat perlu memperhatikan

---

<sup>86</sup> Hanifa Wiknjosastro, Ilmu Bedah Kebidanan, (Jakarta: Yayasan Bina Pustaka, 1991), 170

<sup>87</sup> Hadiwijaya, Agnes widanti, Agus H, Peran Bidan Dalam Kewenangan Tindakan Episiotomi Yang Diperluas Pada Praktek Mandiri Dan Klinik Bersalin, SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan, Tahun 2016 Vol. 2, No. 1, hlm. 46

aturan-aturan yang berlaku agar terhindar dari tindakan malpraktik dalam kebidanan.

### ***Informed Consent, Informed Choice, dan Relevansinya dengan Malpraktik Kebidanan***

Secara umum unsur yang harus dipahami berkaitan dengan malpraktik kebidanan adalah dilanggarnya kepercayaan dari klien, pasien, dan keluarga dalam tindakan yang dilakukan. Kepercayaan dalam hal ini kewajiban tenaga kesehatan untuk melakukan tindakan sebaik-baiknya dengan memperhatikan Standar Operasional Prosedur (SOP) dengan penuh kehati-hatian dengan meminimalkan kecerobohan sehingga tidak berbuat yang seharusnya tidak diperbuat.

Tindakan malpraktik kebidanan merupakan akibat yang merugikan kesehatan dan nyawa klien, beberapa faktor penyebab terjadinya malpraktik kebidanan sebagai berikut.

1. Dilanggarnya standar profesi bidan.
2. Dilanggarnya standar prosedur operasional.
3. Dilanggarnya *informed consent*.
4. Dilanggarnya kerahasiaan klien/pasien.
5. Dilanggarnya kewajiban-kewajiban pasien.
6. Dilanggarnya prinsip-prinsip profesional bidan atau kebiasaan yang wajar di kalangan profesi bidan.
7. Dilanggarnya nilai etika dan kesusilaan umum.
8. Dilanggarnya hak-hak klien/pasien.<sup>88</sup>

#### a. *Informed Consent*

*Informed consent* adalah persetujuan pasien untuk dilakukan perawatan atau pengobatan oleh tenaga kesehatan setelah pasien tersebut diberikan penjelasan yang cukup oleh tenaga kesehatan mengenai beberapa hal, seperti diagnosis dan terapi.<sup>89</sup>

Beberapa hal yang perlu dijelaskan oleh tenaga kesehatan kepada pasien sebelum pasien memberikan persetujuannya untuk dilakukan tindakan medis terhadapnya sebagai berikut.

- 1) Diagnosis dan tata cara tindakan medis.
- 2) Tujuan tindakan medis yang akan dilakukan.

<sup>88</sup> Muchtar, op. cit, hlm. 180.

<sup>89</sup> *Ibid*, hlm. 184.



- 3) Alternatif tindakan lain dan risikonya.
- 4) Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi.
- 5) Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.<sup>90</sup>

Menurut Culver and Gert, ada empat komponen yang harus dipahami pada suatu *consent* atau persetujuan sebagaimana berikut.<sup>91</sup>

- 1) Sukarela (*Voluntariness*)  
Sukarela mengandung makna bahwa pilihan yang dibuat adalah atas dasar sukarela tanpa ada unsur paksaan didasari informasi dan kompetensi. Sehingga pelaksanaan sukarela harus memenuhi unsur informasi yang diberikan sejelas-jelasnya.
- 2) Informasi (*Information*)  
Jika pasien tidak tahu, sulit untuk dapat mendeskripsikan keputusan. Dalam berbagai kode etik pelayanan kesehatan bahwa informasi yang lengkap dibutuhkan agar mampu membuat keputusan yang tepat. Kurangnya informasi atau diskusi tentang risiko, efek samping tindakan, akan membuat pasien sulit mengambil keputusan, bahkan ada rasa cemas dan bingung.
- 3) Kompetensi (*Competence*)  
Dalam konteks *consent*, kompetensi bermakna suatu pemahaman bahwa seseorang membutuhkan suatu hal untuk mampu membuat keputusan dengan tepat, juga membutuhkan banyak informasi.
- 4) Keputusan (*Decision*)  
Pengambilan keputusan merupakan suatu proses, di mana merupakan persetujuan tanpa refleksi. Pembuatan keputusan merupakan tahap terakhir proses pemberian persetujuan. Keputusan penolakan pasien terhadap suatu tindakan harus divalidasi lagi apakah karena pasien kurang kompetensi.

b. *Informed Choice*

*Informed choice* adalah membuat pilihan setelah mendapat penjelasan tentang alternatif asuhan yang akan dialaminya.<sup>92</sup> Tujuan *informed choice* adalah untuk mendorong wanita memilih asuhannya. Peran bidan tidak hanya membuat asuhan dalam manajemen

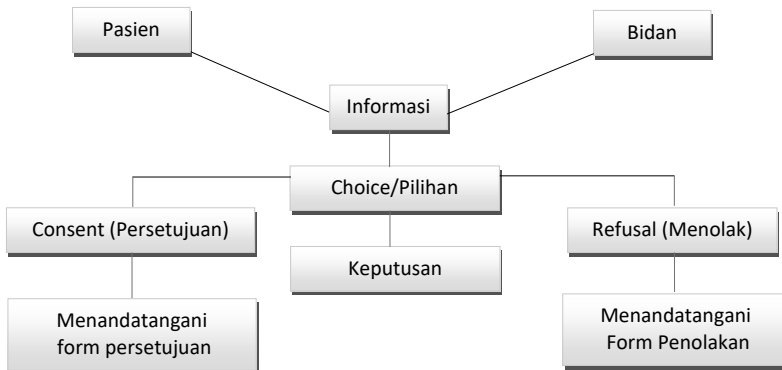
<sup>90</sup> *Ibid*, hlm. 185.

<sup>91</sup> Heni Puji Wahyuningsih, *Etika Profesi Kebidanan*, (Yogyakarta: Fitramaya, 2006), hlm. 58.

<sup>92</sup> *Ibid*, hlm. 56.

asuhan kebidanan tetapi juga menjamin bahwa hak wanita untuk memilih asuhan dan keinginannya terpenuhi.<sup>93</sup>

Untuk memahami *informed choice* dan *informed consent* digambarkan alur sebagai berikut.



**Bagan 1** Alur *Informed Choice* dan *Informed Consent*.<sup>94</sup>

<sup>93</sup> Ending Purwoastuti dan Elisabeth Siwi Walyani, *Etikolegal dalam Praktik Kebidanan*, (Yogyakarta: Pustaka Baru Press, 2015), hlm. 139.

<sup>94</sup> *Ibid*, 145.

## BAB IX

### SISTEM LAYANAN KESEHATAN DAN PRAKTIK BIDAN

*Sri Wahyuni Bahrum, S.ST., M.Keb*



#### Sistem Layanan Kesehatan

##### **Pengertian**

Pelayanan kesehatan merupakan hal yang paling sering diperbincangkan oleh masyarakat. Teori sistem menyebutkan bahwa sistem terbentuk dari sub sistem yang saling berhubungan dan saling memengaruhi. Bagian tersebut terdiri dari input, proses, output, dampak, umpan balik, dan lingkungan yang semuanya saling berhubungan dan saling memengaruhi. Pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem terdiri dari sub sistem pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan sebagainya.

Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh komponen yang ada di dalam pelayanan kesehatan. Komponen tersebut yaitu dokter, ahli gizi, fisioterapi, perawat, bidan, analis kesehatan, farmasi, fasilitas pelayanan, dan semua yang mengambil tugas dan tanggung jawab pada tempat pelayanan kesehatan. Sistem ini akan memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang efektif dengan melihat nilai yang ada di masyarakat.

Menurut World Health Organization, (2021) sistem perawatan yang kuat dapat memastikan akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan dan hak atas kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi dan seksual bagi perempuan dan kelompok pinggiran lainnya.

## Tingkat Pelayanan Kesehatan

### 1. Promosi kesehatan (*Health promotion*)

Promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas, dan untuk meningkatkan, kesehatan mereka. Ini bergerak di luar fokus pada perilaku individu menuju berbagai intervensi sosial dan lingkungan (World Health Organization, 2019). Sebagai fungsi inti dari kesehatan masyarakat, promosi kesehatan mendukung pemerintah, masyarakat, dan individu untuk mengatasi tantangan kesehatan. Hal ini dicapai dengan membangun kebijakan publik yang sehat, menciptakan lingkungan yang mendukung, dan memperkuat tindakan masyarakat, serta keterampilan pribadi.

### 2. Perlindungan khusus (*Spesific protection*)

Perlindungan khusus yang dimaksud yaitu optimalisasi perlindungan kesehatan pada masyarakat terhadap suatu penyakit tertentu. Perlindungan khusus tersebut dapat dilakukan dengan memberikan imunisasi atau kekebalan tubuh. Imunisasi dasar lengkap yang diberikan sejak dini yaitu imunisasi BCG, DPT, Hepatitis, Polio, dan Campak. Pemberian imunisasi/vaksinasi lain juga diberikan pada beberapa penyakit tertentu misalnya flu, rubella, toksoid, covid-19, dan lain-lain.

Selain pemberian vaksinasi, usaha lain dalam perlindungan khusus yaitu isolasi penderita penyakit menular dan pencegahan terjadinya kecelakaan di tempat umum atau keselamatan kerja.

### 3. Diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and promotion treatment*)

Diagnosis dini dan pengobatan segera merupakan upaya seseorang dalam penanganan penyakit dalam bentuk sesegera mungkin. Upaya ini dilakukan agar penyakit dapat ditangani secara cepat dan tidak berlanjut ke tahap selanjutnya yang mengakibatkan meluasnya penyakit. Hal ini memungkinkan pengobatan yang dijalani lebih mudah dan murah.

Langkah ini diharapkan mampu memberikan efek penyembuhan yang lebih cepat, pencegahan penularan pada orang lain, hingga mencegah terjadinya kematian pada penyakit yang berisiko tinggi.

### 4. Pembatasan kecacatan (*Disability limitation*)

Kejadian pada tahap ini biasanya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan seseorang pada penyakit yang dideritanya. Pentingnya pendidikan kesehatan pada tahap ini dapat membantu agar kecacatan dapat



dicegah. Adanya pendidikan kesehatan dapat membantu seseorang lebih memperhatikan konsumsi obat yang lebih sempurna.

5. Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Tahap selanjutnya adalah tahap rehabilitasi. Rehabilitasi yang dimaksud adalah upaya pengobatan dan pemulihan pada suatu penyakit tertentu. Pada beberapa penyakit tertentu mengakibatkan adanya kecacatan, sehingga tahap ini menjadikan tahap pemulihan dan penerimaan kondisinya. Peran tenaga kesehatan dalam proses ini dapat menjadikan semangat hidup yang dapat dibangun oleh penderita.

### **Tujuan Pelayanan Kesehatan/Pencegahan**

1. Preventif primer

Upaya primer bertujuan mencegah orang-orang tersensitasi menjadi sakit dengan meminimalisasi risiko, upaya preventif primer menggunakan upaya pendekatan secara berkesinambungan dengan upaya pemeliharaan serta peningkatan derajat kesehatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan dari penyakit, serta perawatan paliatif (World Health Organization, 2021).

Upaya lain juga dapat dilakukan dengan cara imunisasi, penyediaan nutrisi yang baik, dan kesegaran jasmani. Fasilitas kesehatan primer yang ada pada masyarakat seperti Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), Puskesmas (Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat), Balai Pengobatan, Praktik Mandiri Bidan, dan Klinik.

2. Preventif sekunder

Upaya sekunder bertujuan deteksi dini dan pengobatan masalah secara dini yang muncul. Pengobatan penyakit tahap dini untuk membatasi kecacatan, dengan cara menghindari akibat yang timbul dari perkembangan penyakit.

Pelayanan preventif sekunder ini diperuntukkan pada masyarakat yang membutuhkan perawatan jalan atau rawat inap. Fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan sekunder ini yaitu rumah sakit dengan tipe C, rumah sakit tipe D, dan rumah sakit swasta.

3. Preventif tersier

Upaya tersier bertujuan mencegah komplikasi dan kematian pada populasi yang sudah menderita penyakit. Pembuatan diagnosa ditujukan untuk melaksanakan tindakan rehabilitasi, kuratif, dan rehabilitatif.



Fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan secara tersier yaitu rumah sakit dengan tipe A, rumah sakit tipe B, rumah sakit umum, ataupun rumah sakit swasta yang memiliki fasilitas lengkap yaitu mempunyai dokter subspesialis.

### **Faktor yang Memengaruhi Pelayanan Kesehatan**

1. Ilmu pengetahuan dan teknologi  
Majunya ilmu pengetahuan dan teknologi seperti sekarang ini berdampak baik juga bagi pelayanan kesehatan. Saat ini, teknologi di bidang kesehatan dalam mengatasi masalah penyakit-penyakit yang sulit di temukan pada pemeriksaan umum. Selain itu, majunya ilmu pengetahuan dan teknologi juga menjadi solusi dalam penanganan penyakit seperti pada beberapa operasi yang menggunakan laser untuk menemukan akar masalah penyakit tertentu.
2. Pergeseran nilai masyarakat  
Pergeseran nilai masyarakat dipengaruhi oleh semakin baiknya ilmu pengetahuan yang dimiliki masyarakat sehingga banyak dari masyarakat yang memilih menggunakan jasa pelayanan dengan bayaran mahal. Saat ini, pemanfaatan jasa pelayanan yang berbeda dengan harga yang beragam sesuai dengan kualitas pelayanan membuat sebagian masyarakat tidak lagi memikirkan biaya yang mahal untuk kesehatannya.
3. Aspek legal dan etik  
Semakin baiknya kesadaran masyarakat dalam memilih pelayanan kesehatan, maka pemberi pelayanan kesehatan dituntut dengan memberikan pelayanan secara profesional tanpa membedakan sesuai dengan nilai-nilai dan etika yang telah berlaku.
4. Ekonomi  
Ekonomi yang semakin baik oleh sebagian besar masyarakat, membuat sebagian dari mereka lebih memilih untuk membayar dengan biaya tinggi dan memilih tempat pelayanan yang baik seperti klinik atau rumah sakit swasta.
5. Kemampuan dan keterampilan  
Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas mampu memberikan tanggapan yang cepat pada masyarakat, pelayanan yang mudah dimengerti, pemberian informasi oleh perawat yang mampu dengan mudah dimengerti dan dipahami oleh masyarakat.



## 6. Sarana dan prasarana

Sarana dan prasarana merupakan rangkaian dari sistem pelayanan kesehatan yang merupakan faktor yang tidak kalah pentingnya. Meningkatnya minat masyarakat dalam memilih pelayanan kesehatan dengan biaya mahal juga dipengaruhi oleh sarana dan prasarana yang disediakan. Mulai dari lokasi, kerapihan, kebersihan, ruangan pemeriksaan yang memadai, ruang tunggu yang nyaman, dan ruangan perawatan yang nyaman merupakan faktor yang dinilai dalam memberikan sarana dan prasarana yang baik.

## Syarat Pelayanan Kesehatan

### 1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pertama dalam pelayanan kesehatan yang baik adalah ketersediaan (*available*) dan berkesinambungan (*continuous*). Yaitu semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan mudah dicapai.

### 2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pelayanan kesehatan harus mampu diterima (*acceptable*) oleh masyarakat dan bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan yang diberikan tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, kepercayaan masyarakat, dan bersifat wajar.

### 3. Mudah dicapai

Akses (*accessible*) yang mudah dijangkau dengan fasilitas parkir yang baik juga menjadikan tolak ukur dalam pemilihan tempat pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Sehingga pengaturan sarana kesehatan menjadi sangat penting.

### 4. Mudah dijangkau

Pelayanan kesehatan yang disediakan juga harus mampu dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Meskipun banyak dari pelayanan kesehatan yang telah bekerja sama oleh pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan secara gratis, tidak sedikit juga yang harus mengeluarkan biaya yang banyak. Masih adanya penerima bantuan yang tidak tepat sasaran sehingga menjadikan sebagian dari masyarakat yang tidak mampu harus membayar dalam memberi kesehatan. Berbeda bagi masyarakat dengan ekonomi yang baik, yang memilih pelayanan kesehatan tanpa melihat dari biaya yang dikeluarkan. Meskipun seperti itu, pelayanan dan kualitas yang diberikan sebaiknya sesuai dengan biaya yang harus dibayar.

## 5. Bermutu

Bermutu (*quality*) yang dimaksud adalah tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diberikan dapat mampu memberikan kepuasan oleh pengguna jasa pelayanan kesehatan serta penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

## Lembaga Pelayanan Kesehatan

### 1. Rawat jalan

Tingkat pelayanan kesehatan yang paling rendah, yaitu fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan pengobatan tanpa dilakukan perawatan dalam gedung pelayanan. Tempat pelayanan yang hanya menyediakan rawat jalan, yaitu klinik pengobatan atau dokter spesialis.

### 2. Institusi

Fasilitas kesehatan pada tahap pemulihan yang lebih baik dengan fasilitas cukup. Pelayanan pada kategori ini yaitu rumah sakit.

### 3. *Community based agency*

Merupakan bagian dari lembaga pelayanan kesehatan yang dilakukan klien pada keluarganya sebagaimana pelaksanaan perawatan keluarga seperti praktik perawat keluarga dan lain-lain.

### 4. *Hospice*

Merupakan bagian dari lembaga yang bertujuan untuk memberikan pelayanan Kesehatan yang difokuskan pada klien yang sakit terminal agar melewati masa-masa terminalnya dengan tenang. Lembaga ini digunakan dalam layanan *home care*.

## Lingkup System Pelayanan Kesehatan

Dalam sistem pelayanan kesehatan dapat mencakup pelayanan dokter, pelayanan keperawatan, dan pelayanan kesehatan masyarakat. Dokter merupakan subsistem dari pelayanan kesehatan. Subsistem pelayanan kesehatan tersebut memiliki tujuan masing-masing dengan tidak meninggalkan tujuan umum dari pelayanan kesehatan. Sistem pelayanan kesehatan dibagi menjadi tiga bentuk sebagaimana berikut.

### 1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*)

Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat yang memiliki masalah kesehatan yang berguna untuk memulihkan kesehatannya seperti sedia kala. Pelayanan kesehatan ini biasanya dapat dilakukan di Puskesmas.



2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondaru health care*)  
Pelayanan kesehatan ini dibutuhkan oleh masyarakat yang mengalami masalah kesehatan dan memerlukan perawatan lebih baik yaitu rawat inap. Pelayanan kesehatan ini dilakukan di rumah sakit yang memiliki tenaga spesialis atau sejenisnya sehingga mampu memulihkan kesehatannya secara lebih intensif.
3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health service*)  
Pelayanan pada tingkat ini untuk masyarakat dengan masalah kesehatan yang cukup parah yang membutuhkan tenaga kesehatan dengan sub spesialis di bidangnya. Pelayanan ini biasanya dilakukan pada rumah sakit tipe A, B, dan rumah sakit swasta dengan fasilitas lebih lengkap.

## Praktik Kebidanan

Praktik kebidanan adalah penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan/asuhan kebidanan kepada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan. Praktik kebidanan merupakan implementasi dari ilmu kebidanan oleh bidan yang bersifat otonom, kepada perempuan, keluarga, dan komunitasnya yang didasari etika dan kode etik bidan.

Tantangan kesehatan masyarakat yang muncul saat ini memerlukan kolaborasi lintas sektoral dan pendekatan terkoordinasi di seluruh tim multidisiplin profesional kesehatan. Perawat dan bidan memiliki keterampilan dan keahlian kunci yang penting untuk kesehatan masyarakat, selain untuk memastikan penyediaan layanan yang berkualitas dan merata.

Ketika tantangan kesehatan masyarakat dan sistem kesehatan berubah, begitu pula peran bidan. Karena perubahan dalam sistem kesehatan, upaya untuk peningkatan kesehatan, mengubah, dan mengoptimalkan kapasitas kebidanan menjadi lebih mendesak dari sebelumnya. Merevisi peran dan memperluas ruang lingkup praktik bidan dapat menghasilkan respons yang lebih efektif terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat. Hal tersebut masing-masing dapat mengarah pada kualitas pelayanan yang lebih tinggi dan hasil kesehatan yang lebih baik. Hal ini juga dapat meningkatkan kepuasan kerja dan status profesional bidan.

Mencapai tenaga kerja kesehatan yang berkelanjutan dan kompeten sangat penting untuk kemajuan dan implementasi kerangka kebijakan. Bidan dapat berperan penting dalam pelaksanaan kesehatan melalui

hal-hal sebagai berikut.

1. Mempromosikan kesehatan.
2. Mempromosikan perubahan perilaku melalui pendekatan perjalanan hidup.
3. Memberdayakan masyarakat.
4. Mempromosikan penuaan yang sehat.
5. Mengelola kondisi kronis dan perawatan jangka panjang.
6. Menerapkan praktik berbasis bukti dan aman.

### **Pelayanan kebidanan**

Pelayanan kebidanan adalah pelayanan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar dan memperoleh SIPB (Surat Ijin Praktik Bidan) dari dinas kesehatan setempat. Pelayanan kebidanan merupakan seluruh tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat.

Sasaran dalam pelayanan kebidanan yaitu individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan (*preventif*), penyembuhan (*kuratif*), dan pemulihan (*rehabilitative*). Layanan kebidanan dapat dibagi sebagaimana berikut.

1. Layanan kebidanan primer  
Layanan kebidanan primer adalah layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab.
2. Layanan kebidanan kolaborasi  
Layanan kebidanan primer adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.
3. Layanan kebidanan rujukan  
Layanan kebidanan rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan sewaktu menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan yang dilakukan oleh bidan ke tempat/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau ke profesi kesehatan lainnya. Layanan kebidanan yang tepat akan meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya.



## **Manajemen kebidanan**

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang dilakukan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis.

## **Standar praktik kebidanan**

Standar praktik bidan adalah wewenang/batasan kewenangan dalam melaksanakan praktik kebidanan yang meliputi 24 standar dan dikelompokkan menjadi 5 bagian sebagai berikut.

1. Standar pelayanan umum
  - a. Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat.
  - b. Pencatatan dan pelaporan.
  - c. Standar pelayanan antenatal.
  - d. Identifikasi ibu hamil.
  - e. Pemeriksaan dan pemantauan antenatal.
  - f. Palpasi abdominal.
  - g. Pengelolaan anemia pada kehamilan.
  - h. Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan.
  - i. Persiapan persalinan.
2. Standar pertolongan persalinan
  - a. Asuhan persalinan kala I.
  - b. Persalinan kala II yang aman.
  - c. Penatalaksanaan aktif persalinan kala III.
  - d. Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi.
3. Standar pelayanan nifas
  - a. Perawatan bayi baru lahir.
  - b. Penanganan pada 2 jam pertama setelah persalinan.
  - c. Pelayanan bagi ibu dan bayi masa nifas.
4. Standar penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal
  - a. Penanganan perdarahan dalam kehamilan trimester III.
  - b. Penanganan kegawatan pada eklampsia.
  - c. Penanganan kegawatan pada partus lama/macet.
  - d. Persalinan dengan penggunaan vakum ekstraktor.
  - e. Penanganan retensio plasenta.
  - f. Penanganan perdarahan post partum primer (1–24 jam setelah kelahiran).
  - g. Penanganan perdarahan post partum sekunder (2 hari setelah kelahiran).

- h. Penanganan pada infeksi nifas sepsis puerperalis.
- i. Penanganan pada asfiksia neonatorum/sulit bernafas.  
Standar praktik kebidanan menurut (NMBI, 2015) sebagai berikut.
  - a. Praktik standar 1  
Praktik kebidanan ditopang oleh filosofi bahwa melindungi dan mempromosikan keamanan dan otonomi wanita dan menghormati pengalamannya, pilihan, prioritas, keyakinan, dan nilai.
  - b. Praktik standar 2  
Praktik bidan sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan pedoman profesi serta bertanggung jawab dan akuntabel dalam lingkup praktik kebidanan. Ini mencakup seluruh rangkaian kegiatan bidan sebagaimana diatur dalam EC directive 2005/36/EC dan definisi bidan yang diadaptasi (ICM, 2011) sebagaimana diadopsi oleh NMBI.
  - c. Standar praktik 3  
Bidan menggunakan pengetahuan dan keterampilan profesional yang komprehensif untuk memberikan asuhan yang aman, kompeten, baik, penuh kasih, dan hormat. Bidan mengikuti perkembangan praktik kebidanan dengan melakukan pengembangan profesional berkelanjutan yang relevan.
  - d. Praktik standar 4  
Bidan bekerja dalam kemitraan yang setara dengan wanita dan keluarganya serta membangun hubungan kepercayaan dan kerahasiaan.
  - e. Praktik standar 5  
Bidan berkomunikasi dan berkolaborasi secara efektif dengan wanita, keluarga wanita, dan dengan multidisiplin tim kesehatan.  
Standar praktik kebidanan menurut (American College of Nurse-Midwives, 2011) sebagaimana berikut.
    - a. Standar I  
Perawatan kebidanan disediakan oleh praktisi yang berkualifikasi. Peran bidan, yaitu:
      - 1) disertifikasi oleh agen sertifikasi yang ditunjuk acnm;
      - 2) menunjukkan bukti kompetensi berkelanjutan seperti yang dipersyaratkan oleh agen sertifikasi yang ditunjuk acnm; dan
      - 3) apakah sesuai dengan persyaratan hukum yurisdiksi tempat praktik kebidanan.



b. Standar II

Perawatan kebidanan terjadi di lingkungan aman dalam konteks keluarga, masyarakat, dan sistem pelayanan kesehatan. Peran bidan, yaitu:

- 1) menunjukkan pengetahuan dan memanfaatkan peraturan federal dan negara bagian yang berlaku untuk lingkungan praktik dan pengendalian infeksi;
- 2) menunjukkan mekanisme yang aman untuk mendapatkan konsultasi medis, kolaborasi, dan rujukan;
- 3) menggunakan layanan masyarakat sesuai kebutuhan;
- 4) menunjukkan pengetahuan tentang faktor medis, psikososial, ekonomi, budaya, dan keluarga yang memengaruhi perawatan;
- 5) mendemonstrasikan teknik yang tepat untuk manajemen darurat termasuk pengaturan;
- 6) untuk transportasi darurat; dan
- 7) mempromosikan keterlibatan orang-orang pendukung dalam pengaturan praktik.

c. Standar III

Perawatan kebidanan mendukung hak individu dan penentuan diri dalam batas keamanan. Peran bidan, yaitu:

- 1) praktik sesuai dengan filosofi dan kode etik;
- 2) memberikan gambaran kepada klien tentang ruang lingkup pelayanan kebidanan dan informasi mengenai hak dan kewajiban klien;
- 3) memberikan informasi kepada klien mengenai, dan/atau rujukan ke, penyedia, dan layanan lain ketika diminta atau ketika perawatan diperlukan tidak berada dalam ruang lingkup praktik bidan; dan
- 4) memberikan informasi kepada klien mengenai keputusan perawatan kesehatan dan keadaan sains mengenai pilihan-pilihan ini untuk memungkinkan pengambilan keputusan yang terinformasi.

d. Standar IV

Perawatan kebidanan terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan penilaian yang meningkatkan pelayanan yang aman, memuaskan, dan kompeten budaya. Peran bidan, yaitu:



- 1) mengumpulkan dan menilai data perawatan klien, mengembangkan dan menerapkan rencana manajemen individual, dan mengevaluasi hasil perawatan;
  - 2) mendemonstrasikan keterampilan klinis dan penilaian yang dijelaskan dalam kompetensi inti acnm untuk praktik kebidanan dasar; dan
  - 3) praktik sesuai dengan standar acnm untuk praktik kebidanan.
- e. Standar V
- Perawatan kebidanan berdasarkan pengetahuan, keterampilan, dan pertimbangan yang tercantum dalam pedoman praktik tertulis dan digunakan untuk panduan lingkup pelayanan kebidan yang diberikan kepada klien. Peran bidan, yaitu:
- 1) memelihara dokumentasi tertulis tentang parameter layanan untuk manajemen kebidanan mandiri dan kolaboratif serta transfer asuhan bila diperlukan; dan
  - 2) memiliki sumber daya yang dapat diakses untuk menyediakan praktik klinis berbasis bukti untuk setiap bidang spesialisasi yang dapat mencakup, namun tidak terbatas pada perawatan kesehatan primer wanita, perawatan keluarga yang melahirkan anak, dan perawatan bayi baru lahir.
- f. Standar VI
- Perawatan kebidanan diatur dalam format yang dapat diakses dan lengkap. Peran bidan, yaitu:
- 1) menggunakan catatan yang memfasilitasi komunikasi informasi kepada klien, konsultan, dan institusi;
  - 2) menyediakan dokumentasi evaluasi, program manajemen, dan hasil perawatan yang cepat dan lengkap;
  - 3) mempromosikan sistem dokumentasi yang menyediakan kerahasiaan dan ketertransmisian catatan kesehatan; dan
  - 4) menjaga kerahasiaan dalam komunikasi lisan dan tertulis.
- g. Standar VII
- Perawatan kebidanan dievaluasi menurut program yang didirikan untuk manajemen kualitas yang termasuk rencana untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah. Peran bidan, yaitu:
- 1) berpartisipasi dalam program manajemen mutu untuk evaluasi praktik dalam pengaturan di mana itu terjadi;
  - 2) menyediakan kumpulan data praktik yang sistematis sebagai bagian dari program manajemen mutu;



- 3) mencari konsultasi untuk meninjau masalah, termasuk pre-view perawatan; dan
- 4) bertindak untuk menyelesaikan masalah yang teridentifikasi.

h. Standar VIII

Praktik kebidanan dapat diperluas di luar kompetensi inti acnm untuk menggabungkan prosedur baru yang meningkatkan perawatan wanita dan keluarganya. Peran bidan, yaitu:

- 1) mengidentifikasi perlunya prosedur baru dengan mempertimbangkan permintaan konsumen, standar praktik yang aman, dan ketersediaan personel lain yang memenuhi syarat;
- 2) memastikan bahwa tidak ada Undang-Undang, peraturan, atau anggaran rumah tangga institusional, negara bagian, atau federal yang akan membatasi bidan untuk memasukkan prosedur ke dalam praktik;
- 3) mendemonstrasikan pengetahuan dan kompetensi, meliputi:
  - a) pengetahuan tentang risiko, manfaat, dan kriteria pemilihan klien;
  - b) proses untuk memperoleh keterampilan yang dibutuhkan;
  - c) identifikasi dan manajemen komplikasi; dan
  - d) proses untuk mengevaluasi hasil dan mempertahankan kompetensi.
- 4) mengidentifikasi mekanisme untuk mendapatkan konsultasi medis, kolaborasi, dan rujukan terkait dengan prosedur ini; dan
- 5) memelihara dokumentasi proses yang digunakan untuk mencapai pengetahuan, keterampilan, dan kompetensi berkelanjutan yang diperlukan dari prosedur yang diperluas atau baru.



# BAB X

## PENGEMBANGAN KARIER DAN PROFESI BIDAN

*Nur Aliya Arsad, S.ST., M.Keb*



### Pengantar Kilas Sejarah Profesi Kebidanan

Setiap tenaga kesehatan berperan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat agar terjadi peningkatan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta salah satu unsur kesajahteraan yang tertuang dalam pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (Presiden Republik Indonesia, 2014).

Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh bidan kepada masyarakat khususnya perempuan, bayi, dan anak harus bertanggung jawab, akuntabel, bermutu, aman, dan berkesinambungan, masih dihadapkan pada kendala profesionalitas, kompetensi, dan kewenangan (Kementerian Kesehatan RI, 2019), sehingga yang secara terus menerus harus ditingkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi, registrasi, perizinan, serta pembinaan, pengawasan, dan pemantauan agar penyelenggaraan upaya kesehatan memenuhi rasa keadilan dan perikemanusiaan serta sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan (Presiden Republik Indonesia, 2014).

Salah satu indikator penilaian keberhasilan kesehatan ibu dilihat dari Angka Kematian Ibu (AKI), di samping itu indikator ini juga mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991–2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, namun tidak berhasil mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) yang harus dicapai yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil supas tahun 2015 memperlihatkan angka kematian ibu tiga kali lipat dibandingkan target MDGs (Kemenkes RI, 2018).

Salah satu profesi tertua di dunia yang memiliki peran sangat penting dan strategis dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah profesi bidan serta berperan dalam menyiapkan generasi penerus bangsa yang berkualitas melalui pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan.

Dalam memberikan pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan, bidan harus memahami falsafah, kode etik, dan regulasi yang terkait dengan praktik kebidanan. Berdasarkan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan dalam menyelenggarakan praktik meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, serta pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, dan pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu, sedangkan dalam Pasal 47 mengatakan bidan dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kebidanan, pengelola pelayanan kebidanan, penyuluh dan konselor, pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik, penggerak peran, masyarakat, dan pemberdayaan perempuan, serta peneliti dalam penyelenggaraan praktik kebidanan (Republik Indonesia, 2019).

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan memberikan asuhan kebidanan yang bersifat holistik, humanistik berdasarkan *evidence based* dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan, dan memperhatikan aspek fisik, psikologi, emosional, sosial budaya, spiritual, ekonomi, dan lingkungan yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi perempuan (Yusni Podungge, 2020) meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai kewenangannya yang tertuang dalam Peraturan Menteri



Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan (Nuryuniarti & Nurmahmudah, 2019).

Perkembangan pelayanan kebidanan sejalan dengan kemajuan pelayanan obstetri dan ginekologi. Bidan sebagai profesi yang terus berkembang, senantiasa mempertahankan profesionalitasnya dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Profesionalitas berhubungan erat dengan kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang profesional (kompetensi profesional). Bidan profesional yang dimaksud harus memiliki kompetensi klinis (*midwifery skills*), sosial-budaya untuk menganalisa, melakukan advokasi, dan pemberdayaan dalam mencari solusi dan inovasi untuk meningkatkan kesejahteraan perempuan, keluarga, dan masyarakat.

## Pendidikan Berkelanjutan Bidan

### 1. Pengertian

Pendidikan berkelanjutan merupakan suatu usaha untuk meningkatkan kemampuan teknis, hubungan antar manusia, dan moral bidan sesuai dengan kebutuhan pekerjaan/pelayanan dan standar yang telah ditentukan oleh konsil melalui pendidikan formal dan nonformal (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

### 2. Tujuan

Adapun tujuan pendidikan berkelanjutan, yaitu:

- a. pemenuhan standar;
- b. meningkatkan produktivitas kerja;
- c. efisiensi;
- d. meningkatkan kualitas pelayanan;
- e. meningkatkan moral (etika profesi);
- f. meningkatkan karier;
- g. meningkatkan kemampuan konseptual;
- h. meningkatkan keterampilan kepemimpinan (*leadership skill*);
- i. imbalan (kompensasi); dan
- j. meningkatkan kepuasan konsumen.

### 3. Sasaran

Adapun sasaran pendidikan berkelanjutan, yaitu:

- a. bidan praktik swasta;
- b. bidan berstatus pegawai negeri; dan
- c. bidan berstatus honorer dan magang.

#### 4. Karakteristik

Karakteristik dari pendidikan berkelanjutan, yaitu:

- a. komprehensif yaitu harus mencakup seluruh anggota profesi kebidanan;
- b. berdasarkan analisis kebutuhan artinya berhubungan dengan tugas (*job related*) dan relevan dengan kebutuhan masyarakat;
- c. berkelanjutan artinya berkesinambungan dan berkembang; dan
- d. terkoordinasi secara internal, artinya bekerja sama dengan institusi pendidikan dalam memanfaatkan berbagai sumber daya dan mengelola berbagai program pendidikan lanjut.

### Jalur Pendidikan Bidan

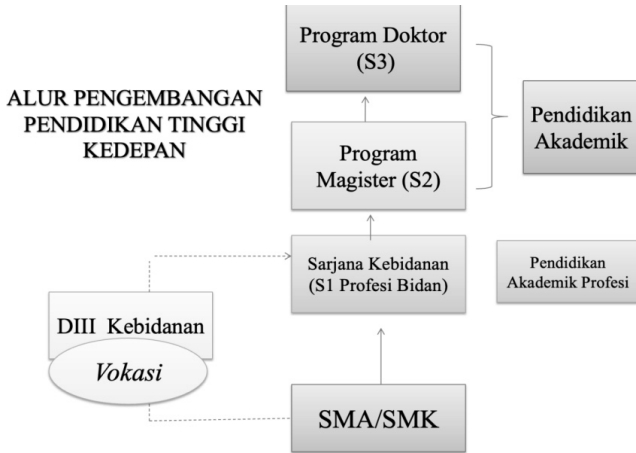
Bidan merupakan seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan, baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh pemerintah pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik kebidanan (Republik Indonesia, 2019).

Pendidikan kebidanan telah diatur dalam Undang-Undang Kebidanan Nomor 4 Tahun 2019 pada Pasal 4 sebagaimana berikut.

1. Pendidikan Akademik yang terdiri dari program sarjana, program magister, dan program doktor.
2. Pendidikan Vokasi terdiri dari Program Diploma I, Diploma II, dan Diploma III.
3. Pendidikan Profesi merupakan kelanjutan dari program pendidikan sarjana atau yang disetarakan dalam hal ini adalah Diploma IV Kebidanan dengan masa studi selama 3 semester.

Pendidikan profesi dikembangkan untuk meningkatkan kemampuan praktik profesional bidan yang membutuhkan kemampuan kritis dan analisis serta sebagai pengambil keputusan yang tepat sehingga dapat melakukan deteksi dini untuk segera dirujuk.

Sedangkan pengembangan pendidikan jalur akademik bertujuan untuk memberikan kemampuan pengembang keilmuan, penelitian, dan manajemen.



**Gambar 1** Alur Pengembangan Pendidikan Tinggi Ke Depan

## Pengembangan Karier Bidan

### 1. Pengertian

Pengembangan karier bidan merupakan perjalanan pekerjaan seseorang dalam organisasi sejak diterima dan berakhir pada saat tidak lagi bekerja diorganisasi tersebut (Hayati, 2020; Samsoleh & Rubiani, 2021).

### 2. Tujuan Pengembangan Karier Bidan

- a. Mendapatkan persyaratan menempati posisi/jabatan tertentu.
- b. Mengusahakan pengembangan karier karena tidak otomatis tercapai.

### 3. Jalur Pengembangan

Pengembangan karier bidan terdiri dari 2 sebagai berikut.

- a. Jabatan struktural yaitu jabatan yang jelas tertera dalam struktur dan diatur berjenjang dalam suatu organisasi.
- b. Jabatan fungsional adalah sekelompok jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.

Jenjang jabatan fungsional bidan kategori keterampilan diatur dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2019 tentang Jabatan Fungsional Bidan, dijelaskan pada Pasal 5 Ayat (2) dari jenjang terendah sampai dengan jenjang tertinggi, yaitu:



- a. bidan terampil;
- b. bidan mahir; dan
- c. bidan penyelia.

Sedangkan jenjang jabatan fungsional bidan kategori keahlian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dari jenjang terendah sampai dengan jenjang tertinggi, yaitu:

- a. bidan ahli pertama;
- b. bidan ahli muda;
- c. bidan ahli madya; dan
- d. bidan ahli utama (Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia, 2019).

**Tabel 1** Perbedaan Jabatan Fungsional Bidan Kategori Keterampilan dan Kategori Keahlian.

Kategori	Jenjang	Gol. Ruang	Angka Kredit
Keterampilan	Terampil	II/c	20
		II/d	20
	Mahir	III/a	50
		III/b	50
	Penyelia	III/c	100
		III/d	100
Keahlian	Ahli Pertama	III/a	50
		III/b	50
	Ahli Muda	III/c	100
		III/d	100
	Ahli Madya	IV/a	150
		IV/b	150
		IV/c	150
	Ahli utama	IV/d	200
		IV/e	200

## BAB XI

### KEMAMPUAN BERPIKIR KRITIS DALAM MENYELESAIKAN MASALAH KEBIDANAN

Sriwidyastuti, S.ST.,M.Keb.



#### Pengertian Berpikir Kritis

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, yang dimaksud berpikir artinya menggunakan akal budi untuk mempertimbangkan dan memutuskan sesuatu, menimbang-nimbang dalam ingatan. Sedangkan kritis adalah bersifat tidak dapat lekas percaya dan bersifat selalu berusaha menemukan kesalahan atau kekeliruan; tajam dalam menganalisis.<sup>95</sup>

Berpikir kritis adalah proses penerbitan intelektual yang secara aktif dan secara terampil mengkonseptualisasikan, menerapkan, menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi informasi yang dihasilkan melalui observasi, pengalaman, refleksi, penalaran, atau komunikasi sebagai panduan untuk percaya dan bertindak.<sup>96</sup>

Berpikir kritis dalam praktik kebidanan yaitu menginformasikan penilaian profesional dalam pengambilan keputusan, memungkinkan bidan untuk memberikan asuhan yang fleksibel, asuhan yang berpusat pada perempuan, holistik, asuhan yang berbasis *evidence based*, dan memenuhi pilihan seorang perempuan.

Berpikir kritis merupakan seni, gambaran sikap sebagai bidan dalam menganalisa, mengevaluasi sesuatu yang dilihat, didengar, dan metode

<sup>95</sup> Rositawati, D.N., *Kajian Berpikir Kritis pada Metode Inkuiri*, (2018), hlm. 76.

<sup>96</sup> Lismaya, L., *Berpikir Kritis & PBL (Problem Based Learning)*, (Surabaya: Media Sahabat Cendekia, 2019), hlm. 10.

pengetahuan untuk berpikir logis dan berargumen serta aplikasi dari ilmu yang dipahami untuk membuat suatu keputusan dan memutuskan sesuatu setelah hal tersebut ia yakini. Setelah keputusan terbentuk maka bidan dapat berjalan ketahap tindakan dalam manajemen asuhan kebidanan. Setiap melakukan asuhan kebidanan, seorang profesi bidan selalu berpikir kritis dan mampu menjelaskan setiap tindakan tersebut.

Berpikir kritis merupakan suatu kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang bidan untuk menentukan keputusan yang tepat dalam melakukan asuhan kebidanan. Berpikir kritis memungkinkan bagi bidan untuk memanfaatkan potensi dirinya melihat, memecahkan masalah, dan menciptakan suatu hal baru dalam manajemen asuhan kebidanan.<sup>97</sup>

Berpikir kritis kadang-kadang dapat menjadi proses yang rumit dan membutuhkan sumber ilmiah yang sistematis dan pemikiran kritis yang kadang membingungkan. Namun, dalam pelayanan asuhan kebidanan, proses berpikir kritis merupakan dasar dalam penerapan manajemen asuhan kebidanan sehingga sangat penting dikuasai sebagai landasan dalam pengambilan keputusan klinis.

Proses berpikir dilaksanakan selama proses kegiatan seiring peran serta kita dalam pengalaman aktual dan mengimplementasikan ilmu yang dikuasai. Demi memaksimalkan proses berpikir kritis, paling tidak harus mengerti komponen berpikir kritis. Komponen berpikir kritis terdiri dari pengalaman, sikap dalam berpikir kritis, kompetensi, pengetahuan dasar, standar/karakteristik berpikir kritis. Keterampilan kognitif yang diperlukan untuk berpikir dengan kualitas tinggi menuntut oposisi, tantangan, berpikir ulang, dukungan, evaluasi diri, serta disiplin intelektual. Berpikir kritis merupakan proses perkembangan pelik yang berlandaskan dengan pikiran logis serta saksama membentuk pemikir kritis merupakan denominator umum bagi pengetahuan yang menjadi sampel bagi gagasan yang disiplin serta independen.

Ciri-ciri berpikir kritis sebagaimana berikut.

1. Mampu menghasilkan kesimpulan serta pemecahan masalah yang tepat sasaran, jelas, serta sesuai dengan kondisi yang dihadapi.
2. Berpikiran terbuka secara terencana serta memiliki asumsi, implikasi, serta konsekuensi yang rasional.
3. Berkomunikasi dengan efektif untuk menjawab suatu persoalan yang pelik. Berpikir kritis adalah cara agar membentuk karakter yang

---

<sup>97</sup> Syaputra.D dkk, *Ilmu Kebidanan Teori, Aplikasi dan Isu*, (Bandung: Media Sains Indonesia, 2022), hlm. 32.



terarah, terkendali, disiplin, dan korektif pada dirinya sendiri. Hal demikian dengan sendirinya memerlukan keahlian komunikasi yang efektif serta cara mengatasi masalah dan komitmen dalam mengganti paradigma egosentris serta sosiosentris individu. Ketika suatu individu mulai berpikir kritis, beberapa poin yang sebaiknya kita fokuskan adalah sebagai berikut.

- a. Memulai berpikir apa dan kenapa, kemudian mencari haluan yang sesuai dengan jawaban dari pertanyaan tadi.
- b. Tujuan atas pertanyaan apa dan kenapa.
- c. Informasi yang detail dalam menjawab pertanyaan tadi.
- d. Kriteria standar yang ditentukan bagi jawaban atas pertanyaan tadi.
- e. Kejelasan terhadap jawaban persoalan/pertanyaan.
- f. Akibat yang dapat terjadi atas pilihan yang diputuskan.<sup>98</sup>

## Kemampuan Berpikir Kritis

Kemampuan berpikir dapat didefinisikan sebagai salah satu proses kognitif yang digunakan sebagai panduan dalam proses berpikir, dengan menyusun kerangka berpikir dengan membagi-bagi ke dalam kegiatan nyata. Satu contoh kemampuan berpikir adalah menarik kesimpulan (*inferring*), yang didefinisikan sebagai kemampuan untuk menghubungkan berbagai petunjuk (*clue*) dan fakta atau informasi dengan pengetahuan yang telah dimiliki untuk membuat suatu prediksi hasil akhir yang terumuskan.

Kemampuan berpikir kritis merupakan salah satu bukti tingginya kemampuan kognitif/pengetahuan adanya sikap kerja yang baik (empati, simpati, dan cekatan), serta keterampilan mengambil keputusan secara tepat dan cepat. Proses belajar selama mengikuti pendidikan dan pelatihan sangat menentukan perilaku bidan ketika menghadapi situasi tertentu di tempat tugasnya, terutama dalam situasi kegawatdaruratan.

Menurut McCarthy, (2003) serta Scheffer dan Rubenfeld, (2000), proses berpikir klinis tergantung pada kemampuan berpikir kritis atau disposisi *critical thinking*. Hal tersebut dipengaruhi oleh sikap, perspektif, serta preconsepsi individu. Proses dari berpikir klinis bukanlah proses yang linear atau segaris, tetapi proses yang berkelanjutan atau bagaikan spiral, bila diulang-ulang. Artinya, proses asuhan dapat diulang-ulang dari langkah pertama sampai dengan langkah terakhir atau hasil evaluasi asuhan.

---

<sup>98</sup> Sulfianti, dkk, *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*, (Medan: Yayasan Kita Menulis, 2020), hlm. 173–175.

Sejak beberapa dekade silam, telah dikembangkan suatu upaya yang bertujuan untuk membantu bidan dalam mengatasi permasalahan pasien sesuai dengan tugas dan tanggung jawab bidan. Upaya tersebut berupa langkah-langkah sistematis seperti manajemen kebidanan yang terdiri dari langkah atau tahap pengkajian data sampai evaluasi hasil asuhan. Manajemen kebidanan merupakan salah satu contoh upaya berpikir kritis atau *critical thinking* dalam pelayanan kebidanan karena menuntut bidan mampu berpikir secara cepat dan tepat dengan menggunakan beberapa tahapan yang bersifat sirkuler.

Mengapa bidan harus mampu berpikir kritis? Seorang bidan memiliki peran dan tanggung jawab yang besar dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi. Tanggung jawab bidan dalam memberikan asuhan bagi individu, keluarga, dan masyarakat di lingkup kewenangan dan kompetensinya sangat dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang dimiliki. Untuk itu, seorang bidan dituntut untuk mampu menyelesaikan masalah kebidanan dengan kemampuan yang dimiliki.

Mahasiswa atau peserta didik kebidanan harus memahami bahwa proses dari alasan/sebab klinis tergantung dari kemampuan bidan untuk berpikir kritis atau melalui proses-proses yang telah ditentukan, terutama dipengaruhi oleh kemampuan kognitif atau tingkat intelegensia, sikap kerja (*attitude*), serta perspektif, dan preconsepsi *philosophical*.

Berpikir kritis dalam manajemen asuhan kebidanan menggambarkan bahwa seorang bidan harus memiliki dasar pengetahuan dan kemampuan untuk menganalisis dan mengevaluasi pengetahuan terbaru, mengaplikasikan logika dan rasionalnya untuk mengambil suatu keputusan klinik.<sup>99</sup>

Manajemen asuhan kebidanan merupakan suatu proses pemecahan masalah dalam kasus kebidanan yang dilakukan secara sistematis. Sebagai seorang profesi bidan harus memanfaatkan kompetensinya, sumber daya pikirnya untuk berpikir kritis agar menegakkan suatu masalah/diagnosis kebidanan yang tepat sehingga tercapai pengambilan keputusan dan menghasilkan asuhan yang bermutu (Insani dkk, 2016).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Carter, (2017) tentang *conceptual model critical thinking in midwifery practice* atau konseptual model berpikir kritis dalam pelayanan kebidanan, penilaian proses berpikir kritis dalam praktik kebidanan dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu melalui

---

<sup>99</sup> Rahyani.N.K.Y dan Hakimi, *Critical Thinking dalam Asuhan Kebidanan Berbasis Bukti*, (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2021), hlm. 11–12.



proses refleksi kasus (pada institusi pendidikan) dan evaluasi diri (bimbingan dari *preceptor* di lahan praktik).

Konsep model berpikir kritis, mencakup 4 hal di bawah ini, yaitu:

1. *normality based* (berdasarkan konsep kenormalan/alamiah);
2. *holistic* (asuhan menyeluruh);
3. *partnership* (kerja sama /kolaborasi); dan
4. *evidence based* (asuhan berbasis bukti ilmiah).

Langkah-langkah dalam berpikir kritis sebagaimana berikut.

1. Mengeksplorasi penyebab masalah  
Melakukan evaluasi diri dan mencari akar penyebab masalah.
2. Membuat rumusan masalah

Berdasarkan pada *evidence*/bukti ilmiah, analisis yang kritis, mengeksplorasi lebih banyak dari wawancara dan pemeriksaan.

1. Membuat keputusan
2. Berdasarkan persetujuan dan pilihan dari klien.
3. Evaluasi  
Mengidentifikasi perbaikan atau kemajuan, melakukan evaluasi diri, menginisiasi komunikasi yang profesional.<sup>100</sup>

## Manfaat Berpikir Kritis Bagi Bidan

Manfaat dari berpikir kritis yang utama adalah memudahkan seseorang untuk mengobservasi masalah yang ada. Pada dasarnya, orang dengan kemampuan *critical thinking* yang tinggi akan selalu berpikir rasional dan logis serta memiliki alasan yang jelas.

Seorang bidan yang memiliki kemampuan *clinical reasoning* atau *critical thinking* memiliki pengaruh dan hasil yang positif bagi pasien. Sebaliknya, apabila bidan memiliki kemampuan *critical thinking* yang rendah maka akan sering kali mengalami kegagalan untuk mendeteksi kondisi pasien dengan cepat sehingga mengakibatkan adanya kegagalan untuk bertindak cepat mengatasi masalah kegawatdaruratan atau *failure-to-rescue* (Aiken dkk, 2003).

Kegagalan demi kegagalan yang dilakukan oleh bidan dapat meningkatkan keluhan dari pasien bahkan merugikan pasien karena lebih banyak

<sup>100</sup> Syaputra. D dkk, *Ilmu Kebidanan Teori, Aplikasi dan Isu*, (Bandung: Media Sains Indonesia, 2022), hlm. 33–34.

pasien yang mengalami komplikasi. Kondisi yang sering terjadi di dalam pelayanan kebidanan adalah kegagalan mendeteksi faktor risiko perdarahan pascapersalinan, terutama atonia uteri selain persalinan macet, karena distosia, maupun kesalahan pengelolaan persalinan, yang mengakibatkan masih tingginya angka kematian ibu maupun bayi.

Terdapat tiga alasan utama adanya keluhan pasien atas pelayanan bidan, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya, seperti kegagalan untuk menentukan diagnosis kebidanan yang tepat, kegagalan untuk memberikan penatalaksanaan yang tepat, dan manajemen atau tata kelola untuk komplikasi yang tidak tepat (NWS Health, 2007; 2008). Ketiga faktor tersebut berkaitan dengan lemahnya kemampuan dan keterampilan bidan untuk melakukan *clinical reasoning* yang dilandasi oleh kemampuan kognitif yang terbatas/rendah. Hampir 57% kegagalan tersebut dipengaruhi oleh rendahnya kemampuan kognitif bidan terutama dalam melakukan sintesis dan bertindak berdasarkan informasi klinik (Wilson dkk, 1995).

Bidan akan mengalami kondisi yang membingungkan akibat kurangnya pengalaman maupun kemampuan untuk menganalisis permasalahan dan situasi, termasuk kebutuhan pasien yang membutuhkan penanganan segera atau tidak. Kondisi tersebut disebabkan oleh masih lemahnya kemampuan berpikir kritis dalam menegakkan diagnosis/kesimpulan dari prioritas penanganan masalah dengan efektif dan efisien. Para bidan yang telah memiliki pengalaman kerja yang memadai dapat disimpulkan memiliki kemampuan *critical thinking* yang lebih baik dibandingkan dengan bidan-bidan yang tidak memiliki pengalaman kerja. Bidan yang berpengalaman memiliki kemampuan kerja yang lebih tinggi ketika mengobservasi data yang signifikan ketika memasuki ruangan pasien sehingga dapat menggambarkan kesimpulan mengenai pasien dan asuhan awal. Kemampuan bidan tersebut dipengaruhi oleh pengetahuan, keterampilan, dan pengalamannya dalam memberikan asuhan. Pengalaman kerja dapat membantu bidan memiliki insting yang tajam (kemampuan menampilkan ketiga pokok kompetensi dalam satu waktu secara otomatis). Dengan demikian, kemampuan bidan untuk membuat alasan klinis adalah keterampilan yang telah dipelajari oleh pembelajar selama di ruang kuliah sampai di ruang praktik (Higuchi dan Donald, 2002; Kamin dkk, 2003).

Beberapa manfaat dari kemampuan berpikir kritis oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan, antara lain sebagai berikut.

1. Bidan dapat memberikan asuhan secara cepat dan tepat berdasarkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang dimiliki.



2. Bidan dapat memberikan asuhan kebidanan kepada perempuan/klien secara efektif dan efisien, terutama memberikan asuhan berdasarkan prinsip *patient safety*.
3. Bidan dapat meningkatkan kompetensi kerja melalui update atau pembaharuan pengetahuan berdasarkan hasil rekomendasi pakar terkait pemberian asuhan terkini yang terbaik berbasis bukti (*Evidence Based Practice/EBP*)
4. Bidan dapat meningkatkan kemampuan insting dalam menilai kondisi klien, termasuk prognosis dari masalah yang dihadapi klien serta hasil dari asuhan secara cepat.
5. Bidan dapat belajar bekerja sama inter dan antar tim dalam memberikan asuhan kepada perempuan/klien sesuai dengan kewenangan dan kompetensi yang dimiliki.<sup>101</sup>

## Proses Berpikir Kritis

Dalam mengembangkan proses berpikir kritis, diperlukan keterampilan dalam hal analisis, *reasoning*, *evaluating*, *decision making*, dan *problem solving*. Dalam penerapan asuhan kebidanan, penerapan berpikir kritis ditujukan agar mahasiswa dapat melakukan pemecahan masalah (*problem solving*) yang mungkin dijumpai di lapangan. Untuk dapat melakukan pemecahan masalah sesuai dengan prinsip berpikir kritis, maka perhatikan langkah-langkah berikut.

1. Lakukan identifikasi masalah  
Dalam asuhan kebidanan, identifikasi masalah merupakan diagnosis kasus. Diagnosis dapat ditegakkan dengan baik apabila pengumpulan data subjektif dan objektif dilakukan secara benar dan menyeluruh.
2. Mengeksplorasi informasi dan membangun ide  
Eksplorasi informasi berarti mengumpulkan dasar/bukti ilmiah yang relevan sebagai bahan tujuan dalam penatalaksanaan kasus. Sedangkan membangun ide adalah mengambil kemungkinan-kemungkinan keputusan klinik berdasarkan bukti ilmiah/referensi terbaik dan berdasarkan standar prosedur yang berlaku.

---

<sup>101</sup> Rahyani.N.K.Y dan Hakimi.M, *Critical Thinking dalam Asuhan Kebidanan Berbasis Bukti*, (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 2021), hlm. 13–15.



3. Memilih ide terbaik  
Dalam tahapan ini, kita dapat salah satu keputusan klinik yang telah kita bangun (berdasarkan kajian ilmiah) guna mendukung asuhan yang *evidence based*.
4. Uji coba keputusan klinik  
Pada tahapan ini, solusi yang ditawarkan sebelumnya, kita uji coba pada pasien berdasarkan prinsip-prinsip etika yang berlaku.
5. Melakukan evaluasi hasil  
Evaluasi dilakukan untuk mengetahui keefektifan metode yang digunakan, sehingga dapat diaplikasikan pada banyak kasus.

Proses berpikir kritis bertujuan untuk hal-hal sebagaimana berikut.

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

### Unsur-Unsur dalam Berpikir Kritis

Bidan sebagai praktisi maupun dalam pendidikan harus menggunakan unsur-unsur dasar dalam berpikir kritis agar asuhan kebidanan yang diberikan berkualitas. Unsur-Unsur dalam berpikir kritis di antaranya sebagai berikut.

1. Konsep  
Seorang bidan harus memahami konsep dasar manajemen asuhan kebidanan, konsep-konsep dasar kebidanan, baik definisi, aturan yang mengikat, atau etika profesi, dan prinsip-prinsip dari konsep kebidanan tersebut.
2. Asumsi  
Asumsi merupakan dugaan sementara oleh bidan terhadap kasus kebidanan yang ditangani, asumsi akan menjadi diagnosa nyata setelah bidan melakukan pengumpulan data subjektif dan objektif secara akurat dan diolah dengan berpikir kritis, analisis, dan logis.
3. Implikasi dan konsekuensi  
Bidan melakukan suatu tindakan dan bertanggung jawab untuk setiap konsekuensi yang timbul dari masing-masing tindakan yang telah dilakukan karena setiap tindakan memiliki alasan atau rasionalnya



4. Tujuan  
Manajemen asuhan kebidanan harus jelas tujuan dan rasionalnya.
5. Pertanyaan atas isu yang ada  
Bidan dalam melakukan manajemen asuhan kebidanan harus memecahkan semua pertanyaan atau isu yang ada.
6. Informasi akurat  
Manajemen asuhan kebidanan harus didapati dari data yang akurat, jelas sumber, fakta, ataupun melakukan observasi langsung.
7. Interpretasi dan inferensi  
Manajemen asuhan kebidanan akan memberikan hasil akhir sehingga dapat mengambil keputusan terhadap asuhan kebidanan yang diberikan.<sup>102</sup>

## Proses Pengambilan Keputusan Berpikir Kritis dalam Kebidanan

Pengambilan keputusan perlu dilakukan oleh bidan dalam melaksanakan manajemen kebidanan terutama bidan manajer pada setiap tingkatan bagian di institusi pelayanan. Banyak waktu yang dihabiskan oleh seorang manajer/koordinator untuk menyelesaikan masalah dan membuat keputusan secara kritis. Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan dan kegagalan seorang manajer adalah keterampilan dalam pengambilan keputusan.

Suatu model proses yang adekuat sebagai dasar untuk memahami dan mengaplikasikan keterampilan berpikir kritis menurut Marquest & Houston, (2010) perlu digunakan untuk meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan. Ada lima langkah kritis dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan sebagaimana berikut.

1. Penetapan tujuan  
Penetapan tujuan harus jelas dan konsisten dengan pernyataan filosofi individu atau organisasi. Jika aspek tersebut tidak terpenuhi maka kemungkinan keputusan yang dibuat berkualitas buruk. Menurut Handoko, (2009) mengemukakan hal pertama yang harus dilakukan oleh seorang manajer adalah menemukan dan memahami masalah untuk diselesaikan agar perumusan masalah menjadi jelas.

---

<sup>102</sup> Insani, A.A.,dkk, *Berpikir Kritis Dasar dalam Manajemen Asuhan Kebidanan*, (2016), hlm. 24–25.

2. Mengumpulkan data secara cermat

Setelah manajer menentukan atau merumuskan masalah dan tujuan, manajer harus menentukan data-data yang dibutuhkan untuk membuat keputusan yang tepat (Handoko, 2009). Pengumpulan data dimulai dengan mengidentifikasi masalah atau kesempatan untuk mengambil keputusan dan berlanjut ke proses penyelesaian masalah. Ketika mengumpulkan informasi, manajer harus berhati-hati agar data yang dimilikinya dan orang lain tidak salah fakta.

3. Membuat banyak alternatif

Semakin banyak alternatif yang dapat dibuat dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan maka semakin besar kesempatan menghasilkan keputusan akhir. Dengan tidak membatasi hanya pada satu alternatif yang jelas, orang akan mampu untuk menerobos pola kebiasaan atau pengekan berpikir dan memungkinkan munculnya gagasan baru. Menurut handoko, (2009) setelah membuat alternatif keputusan, manajer harus mengevaluasi alternatif tersebut untuk menilai keefektifannya, dan langkah selanjutnya adalah memilih alternatif terbaik yang akan digunakan dalam pengambilan keputusan.

4. Berpikir logis

Selama proses penyelesaian masalah, seseorang harus menarik inferensi (simpulan), informasi, dan mempertimbangkan informasi serta alternatif secara cermat. Kesalahan berlogika pada titik ini akan mengarahkan pada kualitas keputusan yang kurang baik. Ada beberapa cara berpikir yang tidak logis, seperti terlalu menggenerakisasi, afirmasi konsekuensi, dan berargumen dengan analogi.

5. Memilih dan bertindak secara efektif

Mengumpulkan informasi yang adekuat, berpikir logis, memilih di antara banyak alternatif, dan memahami pengaruh nilai-nilai individu tidaklah cukup. Dalam analisis terakhir, seseorang harus bertindak. Banyak orang yang menunda untuk bertindak karena mereka kurang berani menghadapi konsekuensi pilihan yang mereka ambil. Pada tahap ini manajer perlu memperhatikan berbagai risiko dan ketidakpastian sebagai konsekuensi keputusan yang telah dibuat, karena dengan mengambil langkah tersebut manajer dapat menentukan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk menanggulangi hambatan dan tantangan yang akan terjadi (Handoko, 2009).



## Langkah-Langkah dalam Menyelesaikan Masalah Kebidanan

Dalam proses manajemen kebidanan terdapat langkah-langkah asuhan yang sistematis sebagai alur pikir bidan dalam melakukan proses pemecahan masalah kebidanan. Manajemen kebidanan bertujuan untuk membantu bidan dalam mengatasi permasalahan pasien sesuai dengan tugas dan tanggung jawab bidan. Upaya tersebut berupa langkah-langkah sistematis yang dimulai dari tahap pengkajian data sampai evaluasi hasil asuhan.

Dalam melakukan manajemen asuhan kebidanan, bidan harus dapat mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial serta dapat menentukan diagnosa dan masalah yang membutuhkan penanganan segera. Di sinilah dibutuhkan langkah-langkah berpikir kritis di mana bidan harus dengan cepat dan kritis menentukan tindakan apa yang harus diambil jika tidak maka dapat membahayakan kondisi klien. Bidan dalam menerapkan setiap kegiatan manajemen asuhan kebidanan selalu menggunakan penalaran dan berpikir kritis. Hal ini dapat dilakukan evaluasi. Evaluasi merupakan proses pengukuran pencapaian tujuan yang diinginkan dengan menggunakan metode yang teruji validitas dan reliabilitasnya.

Langkah-langkah menyelesaikan masalah menurut manajemen kebidanan oleh Varney terdiri dari tujuh langkah sebagaimana berikut.

### 1. Pengumpulan data dasar

Langkah pertama adalah pengumpulan data dasar berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif didapatkan dari anamnesa dan wawancara untuk mendapatkan informasi yang akurat dan lengkap berkaitan dengan kondisi dan masalah klien. Data objektif terdiri dari biodata pasien, alasan datang, data kebidanan (riwayat menstruasi, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sekarang, riwayat KB, data kesehatan, data kebiasaan sehari-hari, dan data psikosial).

Dilanjutkan dengan pengumpulan data objektif berupa pemeriksaan fisik, seperti pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan khusus/kebidanan, dan pemeriksaan penunjang. Pengumpulan data objektif dan subjektif harus dilakukan dengan lengkap untuk menunjang langkah selanjutnya yaitu melakukan interpretasi terhadap data dasar.

### 2. Interpretasi data dasar

Setelah dilakukan pengumpulan data dasar, langkah selanjutnya adalah melakukan interpretasi terhadap data yang telah dikumpulkan.

Menetapkan diagnosa atau melakukan analisa data dari data subjektif dan objektif. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan dalam ruang lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur kebidanan sebagaimana berikut.

- a. Diakui dan telah disahkan oleh organisasi profesi.
  - b. Berhubungan langsung dengan praktik pelayanan kebidanan.
  - c. Memiliki ciri-ciri *clinical judgement* dalam praktik kebidanan.
  - d. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.
3. Identifikasi diagnosis/masalah potensial  
Pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah atau diagnosa potensial yang mungkin saja terjadi berdasarkan diagnosa/masalah. Bidan harus mampu melakukan antisipasi atau pencegahan terhadap masalah yang mungkin muncul dan merumuskan tindakan antisipasi segera masalah atau diagnosa potensial.
4. Identifikasi kebutuhan segera  
Setelah melakukan antisipasi masalah atau diagnosa potensial, kemudian dilakukan identifikasi terhadap adanya kebutuhan atau tindakan segera oleh bidan untuk dilakukan kolaborasi sesuai dengan kebutuhan klien. Langkah ini menunjukkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan asuhan kebidanan. Bidan dalam melakukan asuhan harus sesuai dengan prioritas masalah yang dihadapi oleh klien. Selain merumuskan tindakan antisipasi terhadap diagnosa potensial.
5. Perencanaan asuhan menyeluruh  
Pada langkah ini dilakukan perencanaan asuhan secara menyeluruh sesuai dengan langkah yang telah ditetapkan sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi pada saat ini maupun yang mungkin akan terjadi. Dilakukan dengan mengumpulkan setiap informasi atau data tambahan yang hilang atau diperlukan untuk melengkapi data dasar. Sebuah rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya melibatkan kondisi ibu dan bayi tetapi masalah lain yang berhubungan dan menggambarkan petunjuk antisipasi tentang apa yang akan terjadi selanjutnya.

Rencana asuhan menyeluruh ini meliputi semua data-data yang sudah teridentifikasi, antisipasi diagnosis potensial, dan masalah yang membutuhkan tindakan segera. Setiap perencanaan yang dilakukan harus berdasarkan *informed consent* atau persetujuan dari klien. Asuhan komprehensif yang diberikan juga harus berdasarkan *evidence based*.



## 6. Pelaksanaan

Langkah keenam adalah implementasi dari keseluruhan rencana asuhan yang dilakukan secara aman dan efisien. Pada langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan oleh klien atau tindakan kolaborasi maupun rujukan. Bidan harus bertanggung jawab untuk memastikan bahwa setiap penatalaksanaan benar-benar dilakukan dengan baik dan sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

## 7. Evaluasi

Merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana asuhan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan. Mengevaluasi kembali apakah rencana asuhan dan penatalaksanaan yang telah diberikan efektif dan sesuai dengan kebutuhan klien.<sup>103</sup>

---

<sup>103</sup> Syaputra. D dkk, *Ilmu Kebidanan Teori, Aplikasi dan Isu*, (Bandung: Media Sains Indonesia, 2022), hlm, 28–30.



## BAB XII

### ISU-ISU KONTEMPORER PROFESI KEBIDANAN

*Kasmiasi, S.ST., M.Keb.*



#### Pengantar Isu Kontemporer Kebidanan

Pembangunan reformasi birokrasi untuk mewujudkan birokrasi kelas dunia pada tahun 2025 memiliki tantangan yang sangat besar. Di samping itu Indonesia juga perlu mewujudkan pembangunan berkelanjutan berdasarkan hak asasi manusia dan kesetaraan pada tahun 2030 yang merupakan agenda dari Sustainable Development Goals (SDGs) agar terwujudnya masyarakat dunia yang sejahtera yang bergerak mengatasi masalah sosial ekonomi bagi negara yang membutuhkan bantuan, termasuk Indonesia yang mengambil peranan penting di mana Sustainable Development Goals (SDGs) memiliki 17 tujuan dan 169 target yang harus tercapai. Salah satu yang difokuskan yaitu target ketiga, kesehatan yang baik dan kesejahteraan.<sup>104</sup>

Indonesia dalam mewujudkan hal tersebut telah membuat Rencana Jangka Panjang Nasional (RPJMN) 2005–2025 yang diterapkan dalam rencana pembangunan jangka menengah 2020–2024 untuk mewujudkan visi presiden yaitu terwujudnya Indonesia maju yang berdaulat, mandiri,

---

<sup>104</sup> Alisjahbana AS dkk, *Menyongsong SDGs*, (2018). <<http://sdgcenter.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2018/08/Menyongsong-SDGs-Kesiapan-Daerah-daerah-di-Indonesia.pdf>>; Kementerian Kesehatan RI, “Indikator Program Kesehatan Masyarakat dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020–2024”. *Katalog dalam Terbitan Menteri Kesehatan RI 351077*. <[https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/attachments/cf5b\\_b48f4aaa\\_e60ebb724\\_c\\_af1c534a24.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/attachments/cf5b_b48f4aaa_e60ebb724_c_af1c534a24.pdf)>.



dan berkepribadian berlandaskan gotong royong. Dalam perwujudan itu, kementerian kesehatan telah menjabarkan ke dalam pencapaian target, yakni menurunkan angka kematian ibu dan bayi, menurunkan angka stunting pada balita, meningkatkan kemandirian, dan penggunaan produk farmasi, serta alat kesehatan dalam negeri. Dalam mewujudkan hal tersebut diperlukan kolaborasi dan peningkatan SDM (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Kolaborasi yang dilaksanakan seperti kolaborasi lintas sektor dan kolaborasi tenaga kesehatan, termasuk bidan yang merupakan tenaga kesehatan yang dekat dengan masyarakat. Banyak isu-isu kontemporer yang terjadi dalam profesi kebidanan. Kontemporer kebidanan adalah suatu hal yang modern, eksis, yang terjadi, dan masih berlangsung sampai sekarang, atau yang berkaitan dengan profesi kebidanan. Adapun isu-isu kontemporer yang erat kaitannya dengan target pembangunan kesehatan nasional di Indonesia seperti angka kematian ibu, angka kematian bayi, dan stunting (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

## Isu Aktual Angka Kematian Ibu

### Data dan fakta isu Angka Kematian Ibu (AKI)

Meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak merupakan upaya dalam kesejahteraan SDM suatu negara, khususnya Indonesia. Hal ini karena kesehatan ibu dan anak merupakan bagian dari tujuan pembangunan berkelanjutan dunia, yaitu pada tujuan ketiga (SDGs) tentang kehidupan sehat dan sejahtera. Organisasi kesehatan dunia (WHO) mengungkapkan bahwa setiap menit 380 perempuan hamil 190 dengan kehamilan yang tidak diinginkan. 110 ibu hamil mengalami komplikasi, 40 orang melakukan aborsi yang tidak aman, dan 1 orang meninggal karena komplikasi kehamilan.<sup>105</sup>

Angka kematian ibu merupakan isu kontemporer yang terjadi pada pencapaian kesehatan sekarang ini. Dalam meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak di Indonesia pemerintah menargetkan menjadi 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Sementara berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), Indonesia ditargetkan menekan angka kematian ibu menjadi 183 kematian per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2024.

---

<sup>105</sup> Chalid MT, *Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu: Peran Petugas Kesehatan*, (PT Gakken, 2016), hlm. 1–5.



Sedangkan saat ini proporsi kematian ibu kurang lebih 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Sekitar 77% ibu meninggal dunia di mana kematian terjadi di rumah sakit. Ibu tidak dapat diselamatkan karena dirujuk ke rumah sakit sudah dalam keadaan kondisi komplikasi yang berat. Ini terjadi karena identifikasi dan pemeriksaan saat kehamilan belum maksimal (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Kejadian kematian ibu paling sering terjadi pada masa postpartum yaitu 56%, pada saat persalinan 23%, pada masa kehamilan 21%, sedangkan berdasarkan kelompok umur usia 20–34 tahun ada 54%, umur >35 tahun sebanyak 39%, dan umur <20 tahun sebanyak 7 % (Wulandari and Utomo, 2021). Jumlah angka kematian ibu di Indonesia tahun 2018–2019 yaitu 4.221 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2019 yaitu 29.322 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2021 jumlah angka kematian ibu semakin membeludak di masa pademi *covid -19* mencapai 6.865 orang, jumlah tersebut meningkat daripada tahun 2019, sebesar 4.197 orang. Proporsi kunjungan yang tinggi oleh bidan dan dokter serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 90,9%, namun angka kematian ibu baru menunjukkan angka yang tinggi ini sangatlah ironis. Sehingga perlu kerja sama dan kolaborasi semua lintas sektoral dan semua pihak dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dengan sistem dan metode yang tepat dan berkelanjutan.<sup>106</sup>

### **Penyebab isu Angka Kematian Ibu (AKI)**

Penyebab kematian ibu dibagi menjadi dua, yaitu penyebab langsung dan tidak langsung.

1. Kematian langsung sebagai akibat dari komplikasi kehamilan, persalinan nifas, dan segala intervensi penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut.
  - a. Kasus 3 terlambat, meliputi terlambat mengenali tanda bahaya persalinan dan mengambil keputusan, terlambat dirujuk ke fasilitas kesehatan, terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan difasilitas pelayanan kesehatan. Persalinan berisiko dipengaruhi oleh 3 konsep terlambat sebagaimana berikut.
    - 1) Terlambat mengetahui adanya kelainan saat hamil dan penyakit yang berisiko dalam proses persalinan.

---

<sup>106</sup> Irdalisa Fuadi TM, "Covid 19: Antara Angka Kematian dan Angka Kelahiran". *J Sosiologi Agama Indonesia*, (2020), 1(3), hlm. 199–211.

- 2) Terlambat mengambil keputusan pada sarana yang lebih lengkap seperti rumah sakit, Puskesmas, dan lain-lain.
  - 3) Terlambat melakukan tindakan rujukan sehingga ibu pun terlambat mendapatkan tindakan yang akan berisiko pada memburuknya kondisi ibu.
  - b. Kasus 4 terlalu, meliputi terlalu tua hamil (di atas usia 35 tahun), terlalu muda hamil (di bawah usia 20 tahun), terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4), dan terlalu dekat jarak antar kelahiran (kurang dari 2 tahun).
  - c. Kematian ibu karena kehamilan itu sendiri dan gangguan obstetrik yang berupa perdarahan, infeksi, eklampsia/preeklampsia, dan lainnya.
  - d. Status kesehatan reproduksi, akses pelayanan kesehatan, apabila datang pada fasilitas kesehatan terlambat 2 jam akan diberikan pertolongan sudah meninggal.
  - e. perilaku penggunaan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan faktor demografi dan sosiokultural, yaitu status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat, dan status masyarakat
2. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskular. Keadaan ibu pra hamil dapat berpengaruh terhadap kehamilannya seperti anemia dan Kurang Energi Kronis (KEK).

### **Penatalaksanaan isu Angka Kematian Ibu (AKI)**

1. Meningkatkan skill dan kemampuan petugas kesehatan  
Penyebab angka kematian ibu sering disebut dengan trias komplikasi seperti preeklamsia, perdarahan, dan infeksi. Berdasarkan hal tersebut maka tenaga kesehatan sangat berperan penting dalam pencegahan dan penurunan kematian ibu. Dokter dan bidan adalah tenaga profesional yang merupakan garda terdepan dalam mendeteksi secara dini kemungkinan risiko komplikasi, melakukan pelayanan antenatal care yang komprehensif, pencegahan abortus tidak aman, mendorong percepatan program KB, penanganan kegawatdaruratan dengan rujukan dini dan tepat waktu, persalinan ditolong oleh tenaga dokter dan bidan yang kompeten, penanganan kasus kegawatdaruratan



obstertri yang tepat dan terfokus. Berikut ini masalah dan fokus penyelesaian masalah yang dapat dilaksanakan.

- a. Preeklamsia dan eklamsia. Kejadian preeklamsia dapat dicegah dengan memperkuat pelayanan asuhan antenatal care yang komprehensif dan terfokus, mendeteksi secara dini tanda bahaya kehamilan dan memberikan edukasi/pendidikan. Preeklamsia dan eklamsia dapat ditangani dengan melaksanakan penatalaksanaan kegawatdaruratan dengan penanganan manajemen awal dengan menggunakan magnesium sulfat.
  - b. Perdarahan. Dapat dicegah dengan mengidentifikasi lebih awal risiko bagi ibu pasca persalinan seperti bayi besar, partus lama, anemia, kehamilan kembar, partus presipitatus, riwayat SC, dan polihidromnion. Mencegah terjadinya komplikasi pada kala III persalinan dengan melaksanakan manajemen aktif kala III seperti melaksanakan masase fundus, pemberian uterotonika, dan peregang tali pusat terkendali (PTT) yang aman. Penatalaksanaan kegawatdaruratan karena perdarahan dapat dilaksanakan manajemen persalinan dengan kegawatdaruratan seperti pemberian uterotonika, Kompresi Bimanual Eksternal (KBE), Kompresi Bimanual Internal (KBI), Kompresi Aorta Abdominalis (KAA), dan bisa juga dengan menggunakan tamponade balon kateter sampai pelaksanaan bedah dilakukan.
  - c. Infeksi. Pencegahan dapat dilakukan dengan mengurangi intervensi seminimal mungkin misalnya melakukan tindak VT dengan mengikuti aturan dan patokan tindakan partograf, yakni manajemen persalinan yang baik dengan menggunakan partograf, melaksanakan manajemen ketuban pecah dini dengan meminimalkan risiko kejadian infeksi, penggunaan antibiotik secara rasional, manajemen pascapersalinan yang baik dapat mengurangi kemungkinan kejadian infeksi sehingga dapat mencegah kejadian sepsis yang dapat membahayakan ibu dan bayi yang dilahirkan.
2. Meningkatkan program keluarga berencana
- Program keluarga berencana terbukti dapat menekan tingginya angka kematian ibu. Dengan melihat pencapaian MDGs (Millenium Development Goal) ini dapat terbukti menurunkan kelaparan dan kemiskinan, kesetaraan gender, pertumbuhan ekonomi, keberlangsungan lingkungan, dan peningkatan kesehatan ibu dan anak. Program keluarga berencana merupakan penerapan dari pilar *safe*

*motherhood*. Dengan mengikuti program KB, ibu dapat merencanakan kehamilan dengan baik, dapat merencanakan jumlah dan jarak kehamilan, meminimalisir risiko komplikasi, di samping itu seorang ibu memiliki waktu untuk mengasuh anak-anak dan keluarganya dengan kualitas terbaik sehingga intervensi yang *cost-effective* dalam pembangunan dengan keluarga berencana (KB). Bercermin dengan negara Nepal yang mengambil langkah intervensi penurunan AKI yang terbilang unik, angka persalinan oleh tenaga kesehatan di Nepal dan Sri Lanka terbilang rendah 36%, namun mampu menurunkan AKI secara signifikan dengan program KB yang berhasil meningkatkan presentase penggunaan KB sampai 2 kali lipat dan angka fertilitas 2,6 ke 1,6 dalam kurun waktu 10 tahun terakhir, yang berkontribusi besar terhadap penurunan AKI.

3. Praktik terbaik masyarakat dengan pemberdayaan semua pihak melalui inovasi

Setiap perempuan memiliki risiko mengalami komplikasi pada masa kehamilan, persalinan, nifas, dan menyusui. Sehingga setiap lapisan masyarakat harus mampu ikut serta dan berperan serta dalam penurunan kematian ibu. Kejadian ini banyak juga disebabkan karena pendidikan perempuan yang masih rendah, keterbatasan akses, status ekonomi, sosial, budaya, dan *culture* masyarakat. Sehingga untuk mengawal pencegahan dan penanggulangan AKI di Indonesia dapat dilakukan dengan berkontribusi pada program 1000 hari awal kehidupan. Mengawal ibu dan keluarga agar mendapatkan pelayanan dan pendampingan terkait dengan sehat pada kehamilan, persalinan, nifas, menyusui, imunisasi, KB, serta tumbuh kembang bayinya. Hal inilah yang perlu dikawal oleh seluruh lapisan masyarakat dengan mendukung program pemerintah (Susyanty, Lestary, dan Raharni, 2016).

## Isu Angka Kematian Bayi

### Data dan Fakta isu Angka Kematian Bayi (AKB)

Pencapaian penurunan AKB di Indonesia mendapatkan apresiasi yang besar oleh WHO dengan pencapaian AKB di mana Indonesia mampu menurunkan AKB dari 68 per 1.000 kelahiran hidup hingga menjadi 35 per 1.000 kelahiran hidup pada periode 1991–2002 (Kementrian Kesehatan RI dan BKKBN, 2016).



Penurunan AKB setelah periode tersebut mengalami perlambatan di mana tahun 2012 AKB diangka 32 per 1.000 kelahiran hidup terjadi penurunan 5 poin. Kematian bayi tahun 2017 adalah 24 per 1.000 kelahiran hidup dengan kematian neonatal 15 per 1.000 kelahiran hidup, AKB merupakan salah satu indikator derajat kesehatan. Berdasarkan SDGs pada tujuan ketiga berkaitan tentang kehidupan sehat dan sejahtera di mana dalam pencapaian target tersebut telah diterapkan dalam rencana jangka panjang nasional (RPJMN) 2020–2024 ditergetkan angka kematian bayi di tahun 2024 adalah 16 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan target SDGs 12 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Badan Pusat Statistik, 2014; Kementerian Kesehatan RI, 2020).

### **Penyebab Angka Kematian Bayi (AKB)**

Faktor yang memengaruhi kematian bayi sebagaimana berikut.

1. Usia bayi baru lahir  
Bayi yang lahir tidak cukup usia mempunyai risiko tinggi terjadi gangguan kesehatan yang jika tidak ditangani dengan baik akan berakibat pada kematian bayi.
2. Pemeriksaan ANC  
Pelaksanaan pemeriksaan *antenatal care* merupakan salah satu bentuk pelayanan yang diberikan pada ibu hamil untuk mendeteksi secara dini dan mencegah adanya kelainan perkembangan janin dalam rahim.
3. Berat badan bayi  
Berat badan bayi ketika lahir > 2500 gram memiliki risiko terjadinya masalah pada bayi karena sistem regulasi dan metabolisme tubuh belum baik, mudah kehilangan suhu tubuh.
4. Bayi kembar  
Kelahiran bayi kembar 6 kali lipat berisiko terjadi kematian. Karena nutrisi yang diperoleh bayi kembar selama dikandung harus terbagi sehingga memengaruhi terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin selama di kandungan.
5. Usia ibu  
Rentang usia ideal seorang ibu untuk menikah dan memiliki seorang anak dengan usia 21–35 tahun. Di mana usia tersebut telah ideal memiliki keterampilan yang lebih dalam mengurus bayi dan anak-anak.

## 6. Pendidikan

Seseorang dalam melakukan perbuatan dipengaruhi oleh pengetahuan dan keterampilan dapat dilihat dari pendidikan yang ditempuh. Juga memengaruhi kemampuan seorang ibu dalam mengetahui dan memahami informasi yang diberikan yang juga memengaruhi pola pikir.

## 7. Status pekerjaan

Seorang ibu yang bekerja memiliki keterpaparan masalah dan kasus yang berbeda tergantung dari sifat pekerjaan, lingkungan kerja, sosial ekonomi karyawan. Pekerjaan akan memberikan pengaruh pada tingkat stres.

## 8. Tempat tinggal

Terjadi frekuensi penyakit dan kematian antara pedesaan dan perkotaan tempat tinggal dapat menunjukkan perbandingan penyebaran suatu penyakit ini dapat dihubungkan dengan kepadatan penduduk komposisi umur, konsep sehat, sanitasi penduduk, dan perbedaan lingkungan.

## 9. Biaya kesehatan

Masih banyak orang disebabkan karena biaya masih kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas seperti membeli obat, membayar transportasi kesehatan sehingga mengabaikan untuk melakukan pemeriksaan.

## 10. Akses ke fasilitas

Akses ke fasilitas kesehatan yang jauh menyebabkan seseorang sulit untuk menjangkau dan mendapatkan pelayanan kesehatan terutama wilayah Indonesia yang terdiri dari beberapa pulau yang membutuhkan transportasi laut untuk menjangkau fasilitas pelayanan yang lengkap. Jalur darat yang sulit diakses karena wilayah pegunungan yang jalannya rusak.<sup>107</sup>

Penyebab kematian bayi ada dua macam, yaitu kematian bayi endogen dan eksogen. Kematian neonatal dengan endogen adalah kematian bayi yang disebabkan oleh faktor yang dibawa bayi sejak dilahirkan yang diperoleh oleh bayinya sejak konsepsi, tingginya kematian bayi disebabkan oleh penyakit infeksi saluran pencernaan, infeksi saluran pernafasan, penyakit

---

<sup>107</sup> Lengkong GT dkk, "Faktor Faktor Yang Berhubungan dengan Kematian Bayi di Indonesia". *J Kesmas*, (2020), 9(4), hlm. 41–47.



infeksi, contoh campak (morbili), kurang gizi. Sedangkan kematian bayi dengan eksogen adalah kematian bayi yang disebabkan oleh faktor lingkungan seperti sanitasi yang buruk, pendidikan yang rendah, serta kemiskinan (Wulandari and Utomo, 2021).

### **Penatalaksanaan dan pencegahan Angka Kematian Bayi (AKB)**

Upaya untuk menurunkan angka kematian bayi dapat dilakukan seperti tabel di bawah ini.

**Tabel 2** Upaya Menurunkan Angka Kematian Bayi (Tomilanton, Messakh and Panuntun, 2019).

No	Program-Program Kerja
1.	Maternal and Infant Mortality Metting (M3)
2.	Pelaksanaan kelas ibu hamil
3.	Sosialisasi ASI eksklusif
4.	Pemantauan Club Motivasi ASI (CMA)
5.	Pelayanan KB, ibu nifas, Imunisasi bayi, imunisasi ibu hamil
6.	Pementauan neonatal risiko tinggi (resti)
7.	Pemberian makanan tambahan (PMT)
8.	Evaluasi dan tindak lanjut pemnfaatan buku KIA dan Kohort
9.	Pertemuan pembinaan dukun bayi

## **Isu Stunting**

### **Data dan fakta isu stunting**

Stunting adalah suatu kondisi balita pendek karena mengalami masalah gizi. Indonesia menduduki posisi ketiga prevelesi kejadian stunting di wilayah Asia Tenggara/South-East berdasarkan World Health Organization (WHO). Rata-rata kejadian stunting dari tahun 2005–2017 yaitu 36,4% di mana balita stunting di dunia paling besar berada pada wilayah Asia (55%), wilayah Afrika(39%). Data stunting Asia ada 83,6 juta kejadian stunting paling banyak berasal dari Asia Selatan yaitu 58,7% termasuk Indonesia, Asia Tenggara yaitu (0,9%). Sustainable Development Goals (SDGs) pada tujuan kedua memiliki target capaian menghilangkan kelaparan dan menghilangkan segala bentuk kejadian malnutrisi di tahun 2030 dan juga tercapainya ketahanan pangan di mana target penurunan stunting pada tahun 2025 yaitu 40% (Badan Pusat Statistik, 2014; Kemenkes, 2018; Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Salah satu target pemerintah Indonesia dengan pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas berdaya saing dengan membentuk SDM



yang sehat, cerdas, terampil, adaptif, dan berkarakter, hal ini dapat terwujud jika memiliki generasi penerus yang berkualitas. Stunting adalah masalah serius yang akan menjadi kronis jika tidak diselesaikan dan diatasi dengan baik karena ini memengaruhi penurunan tingkat kecerdasan yaitu fungsi kognitif, afektif, dan fisikomotor yang jangka panjangnya akan menimbulkan masalah degenerative pada saat dewasa dari balita yang mengalami stunting sehingga memberikan dampak pada kualitas SDM Indonesia. Prevalensi Stunting (pendek dan sangat pendek) 27,7% tahun 2019 mengalami perbaikan dengan penurunan kejadian stunting sebesar 3,3% sehingga pada tahun 2021 menjadi 24,4% namun hal tersebut masih jauh dari target pada tahun 2024 yaitu 16% (Kemenkes, 2018).

### **Penyebab isu stunting**

Stunting berkaitan erat dengan faktor gizi, namun bukan hanya itu saja karena pada kenyataannya penyebab dari kejadian stunting ini dipengaruhi oleh faktor multi dimensi. Gerakan paling dini yang sangat penting dilakukan yaitu pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dari masa hamil hingga balita (Budiastutik dan Nugraheni, 2018; Nurlatif dan Priharwanti, 2019). Adapapun faktor penyebab stunting adalah sebagai berikut.

1. Pendidikan Ibu

Seorang ibu memiliki peranan penting dalam menentukan kesehatan anaknya, merawat anaknya, dan memberikan yang terbaik pada buah hatinya sehingga pendidikan yang berkualitas memberikan cara pandang yang luas bagi ibu dalam memberikan makanan bergizi bagi anaknya sehingga dalam pemilihan makanan membuatnya selektif dan kreatif. Pendidikan ibu yang rendah berdasarkan hasil penelitian berisiko 1,6 kali anak tersebut akan mengalami stunting (Nkurunziza dkk, 2017).

2. Pemberian ASI eksklusif

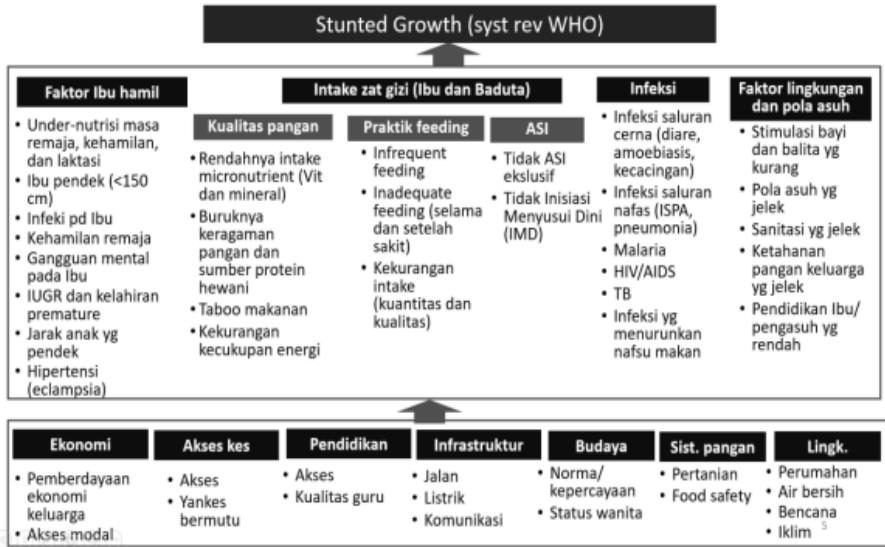
Pemberian ASI sejak lahir hingga usia 6 bulan dan dilanjutkan sampai 2 tahun memberikan efek besar terhadap pertumbuhan dan perkembangan seorang anak sehingga anak yang tidak mendapatkan ASI eksklusif memiliki risiko stunting. Penelitian menunjukkan bahwa bayi yang berhenti diberikan ASI sebelum 6 bulan berisiko lebih tinggi mengalami stunting, dan pemberian ASI lebih dari 6 bulan dapat mencegah kejadian stunting (Rachmi dkk, 2016).



3. Melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR) dan panjang bayi (PB)  
Bayi dengan berat lahir rendah sangat memberikan efek terhadap kelangsungan hidupnya, termasuk juga terhadap kejadian stunting, penelitian menunjukkan bahwa BBLR memiliki risiko 1,74 kali mengalami hambatan pertumbuhan dan perkembangan sehingga memiliki efek 5,87 kali memiliki risiko terjadi stunting. Panjang bayi normal pada 48–52 cm sehingga jika panjang bayi <48 cm termasuk dalam kategori pendek (Atikah Rahayu dkk, 2015).
4. Status ekonomi dan sosial keluarga  
Indikator penghasilan keluarga berpengaruh besar terhadap status ekonomi yang juga memberikan efek pada status sosial keluarga itu sendiri. Seseorang yang memiliki ekonomi tinggi mampu memenuhi kebutuhan makanan dalam keluarga yang beranekaragam penelitian memperlihatkan bahwa keluarga petani memiliki risiko terjadi stunting pada anaknya. Penelitian yang dilakukan di Bali, NTT, dan Jawa Barat bahwa faktor risiko stunting terjadi pada pendapatan ayah yang rendah, di mana status ekonomi keluarga yang rendah berisiko 11 kali terjadi stunting (Reyes dkk, 2004; Nadiyah, Briawan dan Martianto, 2014; Atikah Rahayu dkk, 2015; Illahi, 2017).
5. Anak menderita penyakit  
Anak sering terserang penyakit dipengaruhi oleh faktor lingkungan seperti sanitasi yang tidak sehat yang juga dapat menimbulkan risiko anak terserang penyakit infeksi, diare, cacingan, malaria, radang, dan gangguan sistem pernafasan, dan lain-lain. Berdasarkan penelitian yang didapatkan bahwa masyarakat miskin yang ada di desa banyak mengalami diare dan hal ini akan memengaruhi terhadap kejadian stunting (Budiasutik dan Nugraheni, 2018). Berdasarkan teori dan konsep WHO maka penyebab stunting dapat dilihat juga sebagai berikut.<sup>108</sup>

---

<sup>108</sup> Budiasutik I, Nugraheni A, “Determinants of Stunting in Indonesia: a Review Article”. *Int J Heal Res*, (2018), 1(1), hlm. 2620–5580.



**Gambar 2** Hasil *Systematic Review* WHO, Penanggulangan Stunting (Budiastutik and Nugraheni, 2018).

## Dampak jika isu stunting tidak diselesaikan

Dampak yang terjadi pada kejadian stunting dapat dilihat sebagaimana berikut.

1. Kognitif dan psikomotor terhambat  
Anak yang mengalami stunting berkaitan dengan penyerapan nutrisi dan konsumsi nutrisi yang tidak terpenuhi sehingga berpengaruh pada proses perkembangan pada ranah kognitif dan psikomotornya (Woldehanna, Behrman, dan Araya, 2017).
2. Mudah terserang penyakit degeneratif  
Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang mengalami kurang gizi pada waktu balita, kemudian mengalami stunting pada saat dewasa lebih cepat dan mudah terserang diabetes meletus dan obesitas.

Anak yang pada masa perkembangan dan pertumbuhannya kekurangan gizi akan mengalami gangguan pada sistem insulin dan glukagon pada pankreas yang berfungsi sebagai pengatur metabolisme dan keseimbangan, mengakibatkan pada saat dewasa terjadi kelebihan kalori, gula darah tidak seimbang, dan jaringan lemak pada tubuh (lipogenesis) akan terjadi lebih mudah.



3. Kualitas sumber daya manusia menurun  
Stunting dapat menyebabkan menurunnya kualitas dan produktivitas dari sumber daya manusia karena diusia mereka sebaiknya produktif tapi terhambat karena terserang penyakit kronis seperti penyakit degeneratif (Woldehanna, Behrman, dan Araya, 2017; Budiastutik dan Nugraheni, 2018; Dasman, 2019).

### **Tindakan penyelesaian terhadap isu stunting**

Indonesia telah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan prevalensi kejadian stunting, seperti tahun 2012 Indonesia bergabung dalam gerakan yang disebut Scalling-Up Nutrition (SUN) dengan prinsip bahwa makan yang cukup dan bergizi berhak didapatkan oleh semua penduduk dengan dapat mengakses makan tersebut, ini juga diimplementasikan dalam gerakan 1000 HPK yang mampu menurunkan kejadian stunting sebanyak 30%. Adapun tindakan lain yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan isu stunting adalah sebagai berikut.

1. Tindakan mulai kehamilan sampai balita dengan pelayanan kesehatan yang optimal (Kurniawan, Misnaniarti, dan Flora, 2021)
  - a. Tindakan spesifik pemberian gizi pada ibu hamil, dengan memberikan makan tambahan (PMT) untuk memenuhi kebutuhan protein dan energi. Mampu mengatasi masalah kekurangan asam folat, zat besi, konsumsi iodium ibu yang kurang, dan malaria pada ibu hamil.
  - b. Tindakan spesifik dengan memberkan ASI pada usia 0–6 bulan ini dapat terjadi dengan langkah pertama mendorong ibu untuk melaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD), memberikan dorongan kepada keluarga terutama suami dalam mewujudkan pemberian ASI eksklusif.
  - c. Tindakan spesifik pada ibu yang menyusui anak umur 7–23 bulan, tindakan ini dengan mendorong ibu untuk melaksanakan pemberian ASI hingga umur 23 bulan atau 2 tahun. Memberikan makanan pendamping ASI yang dikelola sendiri dengan kandungan gizi yang seimbang. Memberikan obat cacing pada anak, mengonsumsi suplemen zink, makanan yang di konsumsi dapat difortifikasi dengan kandungan zat besi yang banyak, memberikan imunisasi dasar lengkap, dan mencegah penyakit malaria, serta diare.
2. Tindakan pada sektor non-kesehatan dapat di lakukan hal-hal yang meliputi pendidikan gizi, pengetasan kemiskinan, jaminan kesehatan

ibu dan anak, jaminan kesehatan nasional, keluarga berencana, ketahanan pangan dan gizi, penyediaan air minum, dan sanitasi dasar yang memadai.<sup>109</sup>

Untuk menanggulangi stunting sangat diperlukan kerja sama antar seluruh program multisektoral yang harus terintegrasi serta berkesinambungan.

---

<sup>109</sup>Nurmiati Muchlis, Haeruddin NS. Pola Pengembangan Sumber Daya Manusia dalam Penanganan Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Maiwa sebagai Lokasi Khusus Stunting Kabupaten Enrekang. *J Penelit Kesehat Suara Forikes*. 2022;13:180-185.



## DAFTAR PUSTAKA

- Asmiati. (2020), *Konsep Kebidanan*, Makassar: Yayasan Barcode.
- Asrinah., dkk. (2010), *Konsep Kebidanan*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Amalia, M., dan ST, S. (2022), *Konsep Kebidanan; Buku Penerbit Lovrinz*. <books.google.com.
- Adnani, Q.E.S., dan Nurisya, W. (2013), *Filosofi Kebidanan*, Jakarta: Trans Info Media.
- Alisjahbana, A. S., dkk. (2018), *Menyongsong SDGs*. <<http://sdgcenter.unpad.ac.id/wpcontent/uploads/2018/08/Menyongsong-SDGs-Kesiapan-Daerah-daerah-di-Indonesia.pdf>>.
- Afifah, W. (2013). “Perlindungan Hukum Bagi Perempuan Korban Perkosaan yang Melakukan Aborsi”. dalam *Jurnal Ilmu Hukum*, 9(18), h.104.
- Budiastutik, I. dan Nugraheni, A. (2018). “Determinants of Stunting in Indonesia: A Review Article”. dalam *International Journal Of Healthcare Research*, 1(1), h. 2620–5580.
- Chalid, M. T. (2016). “Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu: Peran Petugas Kesehatan”. dalam *PT. Gakken*, 1(1), h. 1–5.
- Dasman, H. (2019). “Empat dampak stunting bagi anak dan negara Indonesia”, dalam *The Conversation (Disipln Ilmiah, gaya Journalistik)*, h. 2–4.
- Dina, D.A., dkk. (2020), *Konsep Kebidanan*, Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Evi, S. (2011), *Konsep Kebidanan*, Yogyakarta: Nuha Medika.

- Eko, A., dan Kasanah, U. (2016). "Hubungan Motivasi dengan Perilaku Penggunaan Alat Kontrasepsi Kondom pada Pekerja Seks Komersial (PSK) di Desa Margorejo Kecamatan Margorejo", *Journal of Midwifery Science and Health*).
- Estiwidani, dkk. (2009), *Konsep Kebidanan*, Yogyakarta: Fitramaya.
- Fuadi, T. M. dan Irdalisa. (2020). "Covid 19: Antara Angka Kematian dan Angka Kelahiran". dalam *Jurnal Sosiologi Agama Indonesia (JSAI)*, 1(3), h. 199–211.
- Guwandi, J. (2004), *Hukum medic (Medical Law)*, Jakarta: Fakultas Hukum Universitas Indonesia.
- Hadiwijaya., dkk. (2016). "Peran Bidan dalam Kewenangan Tindakan Episiotomi yang diperluas Pada Praktik Mandiri dan Klinik Bersalin". dalam *Soepra Jurnal Hukum Kesehatan*, 2(1), h. 46.
- Hayati, S. (2020). "Gambaran Kebutuhan Pelatihan Bagi Pejabat Fungsional Bidan Sebagai Upaya Pengembangan Kompetensi ASN di Provinsi Banten". dalam *Bapelkes Cikarang BBPSDM Kemkes*.
- Idries, A.M. (1997), *Pedoman Ilmu Kedokteran Forensik*, Jakarta: Binarupa Aksara.
- Isfandyarie, A. (2005), *Malpraktek Dan Resiko Medik Dalam Kajian Hukum Pidana*, Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Illahi, R. K. (2017). "Hubungan Pendapatan Keluarga, Berat Lahir, dan Panjang Lahir dengan Kejadian Stunting Balita 24–59 Bulan di Bangkalan". dalam *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 3(1), h. 1.
- Idhayanti, dkk. (2015). "Hubungan Dukungan dengan Skrining Antenatal Bidan Desa". dalam *Jurnal Kesehatan Al*.
- Kurniawan, I., dkk. (2021). "Analisis Implementasi Intervensi Gizi Spesifik dalam Penanganan Stunting di Puskesmas Wilayah Kabupaten Bengkulu Utara". dalam *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 6(4), h. 328.
- Kebidanan, dkk. (2020). "Asuhan Kebidanan Komprehensif Comprehensive Midwifery Care Yusni Podungge". dalam *Jambura Health and Sport Journal*, 2(2).
- Lengkong, dkk. (2020). "Faktor Faktor yang Berhubungan dengan Kematian Bayi di Indonesia". dalam *Jurnal Kesmas*, 9(4), h. 41–47.
- Muzaham, F. (1982). "Penelitian Kesehatan di Indonesia Sebuah Tinjauan dan Pembahasan, dalam Ilmu-Ilmu Sosial dalam Pembangunan Kesehatan".



- dalam *Jakarta Depkes RI*.
- Mufdillah, dkk. (2012), *Kosep Kebidanan*, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Muchtar, M. (2016), *Etika Profesi dan Hukum Kesehatan*, Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Muchlis, Nurmiati, dan Haeruddin, N. S. (2022). “Pola Pengembangan Sumber Daya Manusia dalam Penanganan Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Maiwa sebagai Lokasi Khusus Stunting Kabupaten Enrekang” dalam *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 13, h. 180–185.
- Nuryuniarti, R. (2017). “Pertanggungjawaban bidan dalam pemberian suntikan oksitosin pada ibu bersalin normal di BPS yang mengakibatkan perdarahan”. dalam *Jurnal Ilmiah Galuh Justisi*, 5(1).
- Niu, F. (2017), *Konsep Kebidanan*, Jakarta: Trans Info Media.
- Nadiyah, Briawan, D. dan Martianto, D. (2014). “Faktor Risiko Stunting Pada Anak Usia 0–23 Bulan di Provinsi Bali, Jawa Barat, dan Nusa Tenggara Timur”. dalam *Jurnal Gizi dan Pangan*, 9(2), h. 125–132.
- Nkurunziza, dkk. (2017). “Determinants of stunting and severe stunting among Burundian children aged 6–23 months: Evidence from a national cross-sectional household survey, 2014”. dalam *BMC Pediatrics*, 17(1), h. 1–14.
- Nurlatif, R. V. N. dan Priharwanti, A. (2019). “Stunting : Besaran Masalah & Strategi Pencegahannya di Kabupaten Pekalongan”. dalam *Kajen: Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pembangunan*, 3(2), h. 69–82.
- Nuryuniarti, R., dan Nurmahmudah, E. (2019). “Regulasi hukum bagi bidan dalam melakukan asuhan kebidanan pada balita di Bidan Praktik Mandiri Menurut Permenkes Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan penyelenggaraan praktik bidan”. dalam *Jurnal Ilmiah Galuh Justisi*, 7(2).
- Purwandari dan Atik. (2008), *Konsep Kebidanan: Sejarah dan Profesionalisme*, Jakarta: EGC.
- Purwoastuti dan Walyani E S. (2015), *Etikolegal dalam Praktik Kebidanan*, Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Reni, H. (2012), *Konsep Kebidanan*, Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Rury, N. (2012), *Konsep Kebidanan*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rachmi, C. N. dkk. (2016). “Stunting, Underweight and Overweight in Children Aged 2.0–4.9 Years in Indonesia: Prevalence Trends and Associated Risk Factors”. dalam *Plos One*, 11(5), h. 1–17.



- Reyes, H. dkk. (2004). "The family as a determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: A case-control study". dalam *BMC Public Health*, 4, h. 1–10.
- Statistik, Badan Pusat. (2014). "Kajian Indikator Sustainable Development Goals ( SDGs )". dalam *Badan Pusat Statistik*, h. 1–172.
- Sumiaty dan Nilu, N. (2013), *Konsep Kebidanan*, Jakarta Barat: Media.
- Samsoleh, E., dan Rubiani, H. (2021). "Rancang Bangun Sistem Penilaian Kinerja Pemerintah Daerah". dalam *Infotech Journal*.
- Sulistyowati, E. S. E. (2019). "Interprofessional Education (Ipe) dalam Kurikulum Pendidikan Kesehatan Sebagai Strategi Peningkatan Kualitas Pelayanan Maternitas". dalam *Jurnal Kebidanan*.
- Soepardan, S. (2008), *Konsep Kebidanan*, Jakarta: EGC.
- Saputri, R. A. dan Tumangger, J. (2019). "Hulu-Hilir Penanggulangan Stunting di Indonesia", *Journal of Political Issues*, 1(1), h. 1–9.
- Susyanty, dkk. (2016). "Pelaksanaan Program Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Kabupaten Karawang". dalam *Buletin Penelitian Kesehatan*, 44(4), h. 265–278.
- Setyowati, S. (2002), *Masalah Abortus Kriminalis di Indonesia dan Hubungannya dengan Keluarga Berencana Ditinjau dari Kitab Undang-Undang Hukum Pidana*, Jakarta: TP,
- Taufani, A. (2011). "Tinjauan Yuridis Malpraktek Medis Dalam System Hukum Indonesia". dalam Skripsi Sarjana. Fakultas Hukum Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Tomilanton, dkk. (2019). "Dukungan Pemerintah Daerah Kabupaten Semarang Terhadap Peningkatan Kinerja Puskesmas Bancak Terkait Penurunan Angka Kematian Bayi (AKB)". dalam *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 6(2), h. 575.
- Wahyuningsih, H P. (2005), *Etika Profesi Kebidanan*, Yogyakarta: Fitramaya.
- Woldehanna, dkk. (2017). "The effect of early childhood stunting on children's cognitive achievements: Evidence from young lives Ethiopia". dalam *Ethiopian Journal of Health Development*, 31(2), h. 75–84.
- Wulandari, D. A. dan Utomo, I. H. (2021). "Responsivitas Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) Dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Karanganyar Desvita". dalam *Jurnal Wacana Publik*, 1(1), h. 117–127.



- Yanti. (2010), *Etika Profesi dan Hukum Kebidanan*, Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Yusni Podungge. (2020). “Asuhan Kebidanan Komperhensif Comprehensive Midwifery Care”. dalam *Jambura Health and Sport Journal*, 2(2).





## PROFIL PENULIS



**Agustin, S.ST.,M.Keb.** Lahir pada 25 Agustus 1983 di Jakarta. Berasal dari keluarga yang berkultur Makassar dan Jawa. Penulis menyelesaikan program D-III Kebidanan di AKBID Nusantara Jaya Makassar tahun 2011, selanjutnya menyelesaikan program D-IV Kebidanan di STIKES Mega Rezky Makassar tahun 2015, dan menyelesaikan program S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin tahun 2019. Saat ini penulis berprofesi sebagai dosen tetap fakultas Kesehatan Jurusan D-III Kebidanan di Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kota Kotamobagu.

Sebelumnya penulis pernah bekerja di Puskesmas Benteng Kabupaten Selayar, Provinsi Sulawesi Selatan sebagai tenaga Bidan PTT pada tahun 2011–2013, kemudian pada tahun 2013–2015 bekerja di Klinik Sendawar, Kabupaten Kutai Barat, Provinsi Kalimantan Timur.



**St. Rahmawati Hamzah, S.ST., M.Keb.** Lahir di Kolaka pada tanggal 14 April 1993. Mengawali pendidikan di Program Studi D-III Kebidanan Institut Teknologi Kesehatan (ITK) Avicenna Kendari lulus pada tahun 2014. Pernah bekerja sebagai bidan di Puskesmas Katoi, Kabupaten Kolaka Utara pada tahun 2015. Kemudian pada tahun 2016 menyelesaikan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Universitas Megarezky Makassar. Pada tahun 2016 bekerja sebagai staf laboratorium di STIKES Bhakti Pertiwi Luwu Raya Palopo Sulawesi Selatan, serta pada tahun 2019 menyelesaikan pendidikan S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar. Untuk mengembangkan kompetensi keilmuannya, penulis telah mengikuti pelatihan dan workshop di tingkat nasional seperti *The Lotus Birth* di Makassar tahun 2016, *Baby and Mom Spa*

di Blora tahun 2018, dan *Prenatal Fit Yoga* di Blora tahun 2018, Pelatihan *Preceptorship-Mentor Model Approach* tahun 2021, serta menjadi pemakalah di beberapa seminar nasional tahun 2020–2021. Buku yang pernah diterbitkan, yaitu Kesehatan Reproduksi dan KB (2020), Asuhan Kebidanan Komunitas (2021), Pijat Bayi Meningkatkan Perilaku Keterampilan Ibu (2021), serta Kesehatan Perempuan dan Keluarga Berencana (2021). Saat ini penulis sebagai dosen tetap di Program Studi D-III Kebidanan Institut Kesehatan dan Teknologi, Kota Kotamobagu, Sulawesi Utara.



**Sitti Nurul Hikma Saleh, S.ST., M.Keb.** Lahir di Mowewe pada tanggal 16 April 1993. Penulis merupakan anak kedua dari pasangan Muh. Saleh Malik, S.Pd., M.MPd dan ibu Ajiba. Sejak lahir hingga dewasa tinggal di Mowewe Kab. Kolaka Timur Sulawesi Tenggara. Pada tahun 2013 penulis menyelesaikan Studi D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Menara Bunda Kolaka dengan gelar Ahli

Madya Kebidanan (Amd. Keb). Pada tahun 2016 penulis menyelesaikan Studi D-IV Bidan Pendidik di STIKes Mega Rezky Makassar dengan gelar Sarjana Sains Terapan (S.ST). Tahun 2017 melanjutkan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar dan lulus tahun 2019 dengan gelar Magister Kebidanan (M.Keb). Penulis pernah bekerja di Puskesmas Tinondo Kabupaten Kolaka Timur sebagai bidan Desa, dan di kampus Akademi Kebidanan Menara Bunda Kolaka sebagai Staf Laboratorium. Saat ini penulis aktif sebagai Dosen Tetap di Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kotamobagu Sulawesi Utara.

Jabatan karir yang pernah diperoleh saat menjadi dosen tetap adalah Sekretaris Program Studi D-III Kebidanan Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika mulai Tahun 2020 hingga sekarang.



**Alhidayah R Mallorong, S.ST., M.Keb.,** lahir pada 23 September 1990 di Desa Rappoala, Kecamatan Tompobulu Kabupaten Gowa, Sulawesi Selatan. Memulai Pendidikan D-III Kebidanan pada tahun 2007 di Akademi Kebidanan Syekh Yusuf Gowa dan pada tahun 2011 melanjutkan pendidikan sarjana di Poltekkes Kemenkes Makassar Prodi D-IV



bidan pendidik. Pendidikan Magisternya ditempuh di Universitas Hasanuddin Makassar Fakultas Kedokteran Program Studi S2 Kebidanan Pada Tahun 2013–2016.

Karirnya dimulai dengan menjadi dosen di Akademi Kebidanan Syekh Yusuf Gowa, dan sempat menduduki jabatan sebagai wakil direktur III bidang kemahasiswaan dan wakil direktur II bidang kepegawaian, keuangan, dan kemahasiswaan. Saat ini mengabdikan diri sebagai dosen tetap di Institut Teknologi dan Kesehatan Graha Medika Kota Mobagu Manado Sulawesi Utara.



**Halida Thamrin, S.ST, M.Keb.** Lahir di Ujung Pandang tanggal 23 September 1989. Telah menyelesaikan studi D-III Jurusan Kebidanan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia tahun 2010, D-IV Bidan Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran tahun 2012, Program Magister Kebidanan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin tahun 2017.

Staf Pengajar bagian Kebidanan Universitas Muslim Indonesia sejak tahun 2012 hingga sekarang.



**Muzayyana, S.ST., M.Keb.** Lahir di Jatie, 29 Juni 1992. Telah menyelesaikan studi D-III Kebidanan di Akbid Sandi Karsa Makassar (2010–2013). Menyelesaikan Diploma Empat di Program Studi D-IV Kebidanan STikes Mega Rezky Makassar (2014–2015). Lulus Pascasarjana (S2) di Program Studi Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar (2017–2019).

Kariernya dimulai sebagai dosen tetap yayasan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Puangrimaggalatung (2014–2019). Kemudian menjadi dosen tetap di STIKES Graha Medika yang sekarang berubah bentuk menjadi Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika (2019 hingga sekarang).

Buku yang telah dihasilkan, antara lain Asuhan Kebidanan Kehamilan, Komunikasi dalam Praktik Klinik Kebidanan, dan Kecemasan Ibu Hamil Trimester III dalam Menghadapi Persalinan di Masa Pandemi Covid-19.

Selain menulis buku, penulis juga aktif dalam aktivitas penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.



**Hafsia Khairun Nisa Mokodompit, S.Tr.Keb., M.Kes.**

Lahir di Muntoi, 29 Februari 1992, Lulus D-III kebidanan Stikes Graha Medika Kotamobagu tahun 2014, melanjutkan studi D-IV kebidanan Pendidik di Universitas Muhammadiyah Gorontalo tahun 2017, dan menyelesaikan studi S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Sam Ratulangi Manado tahun 2022.

Bekerja sebagai kepala keuangan di Stikes Graha Medika Kotamobagu tahun 2015–2017, sekertaris jurusan D-III kebidanan Di Stikes Graha Medika Kotamobagu 2017–2019, melanjutkan studi S2 TAHUN 2019–2022, dan saat ini menjabat sebagai Wakil Rektor 3, serta sebagai Dosen tetap prodi D-III Kebidanan di Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kotamobagu.



**Devianti Tandiallo, SST., M.Keb., CBMT.**

Lahir di kota Palopo 15 April 1990 Provinsi Sulawesi Selatan. Penulis merupakan anak terakhir dari 7 bersaudara dari pasangan Bapak B.B Tandiallo dan Ibu Helena Sebon. Menyelesaikan D-III Kebidanan di Stikes PPNI Mojokerto, D-IV Kebidanan di Universitas Kadiri, dan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin. Penulis sebelumnya merupakan Dosen Pengajar di STIKes Kurnia Jaya Persada Palopo sejak tahun 2013–2019, dan pada tahun 2020 sampai saat ini menjadi dosen tetap di STIKes Datu Kamanre.

Penulis sangat berharap dalam tulisan ini pembaca yang merupakan tenaga kesehatan termotivasi dalam melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya berdasarkan peraturan dan standar profesi masing-masing, sehingga dapat meminimalisir terjadinya tindakan malpraktik. “Bekerja tanpa harus diawasi namun tetap disiplin, bekerja tidak harus diperintah tetapi memiliki hasil, dan jadikanlah tanggungjawab sebagai kesempatan untuk lebih baik”.



**Sri Wahyuni Bahrum, S.ST., M.Keb.** Lahir di Kabupaten Jeneponto Provinsi Sulawesi Selatan pada 17 Oktober 1993. Anak ketiga dari H. Baharuddin, H. SKM dan Hj. Siti Nurbaya, S.Ag. Pendidikan D-III Kebidanan ditempuh pada Akademi Kebidanan Muhammadiyah Makassar pada tahun 2010–2013 dan melanjutkan pendidikan D-IV

Kebidanan sebagai bidan pendidik pada Universitas Mega Buana pada tahun 2013–2014. Pendidikan magisternya ditempuh di Universitas Hasanuddin Makassar pada Program Studi S2 Ilmu Kebidanan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin pada tahun 2017–2019.

Kariernya dimulai menjadi seorang Bidan di Puskesmas Kelara Kabupaten Jeneponto pada tahun 2013 sampai dengan 2017. Kemudian setelah menyelesaikan pendidikan magisternya, pada pertengahan tahun 2019 menjadi dosen pada program studi D-III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Sari, dan telah menjadi dosen tetap pada awal tahun 2020.

Jabatan karir yang telah diperoleh adalah Sekretaris Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat pada tahun 2019–2020, dan Ketua lembaga penelitian dan Pengabdian Masyarakat pada tahun 2021 sampai sekarang.



**Nur Aliya Arsyad, S.ST., M.Keb.,** lahir di Duri Belajen Kabupaten Enrekang, 29 September 1989 Anak Bungsu dari pasangan A. Arsyad Leha dan Pita. Telah menyelesaikan Pendidikan pada jenjang Diploma III Kebidanan (Amd. Keb) di Universitas Indonesia Timur Tahun 2010. Kemudian Program D-IV Bidan Pendidik (S.ST) di Politeknik

Kesehatan Kemenkes Makassar Tahun 2012 dan Program Magister Kebidanan (M.Keb) di Universitas Hasanuddin Tahun 2019. Saat ini sebagai Assistant Editor Hasanuddin Journal of Midwifery oleh Prodi Magister Ilmu Kebidanan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar, Pengelola Klinik Kesehatan Ibu, Anak dan Suami dan Keluarga Berencana & Kesehatan Reproduksi (KIAS-KB & KESPRO Unhas) serta pengelola Lembaga Midwifery First Education Makassar.

Pernah bekerja sebagai Bidan di Rumah Sakit Bersalin Aura Ibu Makassar tahun 2010-2013, staf pendidik di Poltekkes Kemenkes Jayapura Prodi D-III Kebidanan Biak tahun 2013-2017, dan menjadi dosen tamu pada D-IV Bidan Pendidik Kelas Papua Universitas Megarezky Makassar



tahun 2019-2020. Penulis dapat dihubungi melalui alamat surel berikut: [al.arsyad2909@gmail.com](mailto:al.arsyad2909@gmail.com).



**Sriwidyastuti, S.ST., M.Keb.** Lahir pada tanggal 30 Agustus 1993 di Kabupaten Bone Sulawesi Selatan. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan Akademi Kebidanan Batari Toja Watampone tahun 2013, D-IV Kebidanan StiKes Mega Rezky Makassar tahun 2015 dan Pascasarjana (S2) di Program Studi Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2019.

Mengawali karier sebagai bidan di UPT Puskesmas Ulaweng dan sebagai dosen di Stikes Puangrimaggalutung Kabupaten Bone (2015–2019). Saat ini mengabdikan sebagai dosen tetap Program Studi D-III Kebidanan Akademi Kebidanan Lapatau Bone (2020 hingga sekarang).



**Kasmianti, S.ST., M.Keb.** Lahir di Felda Sahabat 15 Tengku Lahad Datu (Malaysia) pada 7 Desember 1991. Menyelesaikan pendidikan D-IV Pendidik Kebidanan di Universitas Mega Rezky Makassar pada tahun 2015. Kemudian melanjutkan program Magister di Universitas Hasanuddin dan menyanggah gelar Magister Ilmu Kebidanan dengan pemilihan konsentrasi pelajaran kesetaraan gender. Pernah bekerja menjadi bidan desa selama 2 tahun di UPTD PUSKESMAS Salomekko. Bergabung di Akademi Kebidanan Lapatau Bone tahun 2015. Diberi tanggungjawab menjadi Kepala UPM Akademi Kebidanan Lapatau Bone Tahun 2016. Kemudian tahun 2019–2022 menjadi Ketua Program studi Kebidanan Akademi Kebidanan Lapatau Bone. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Maluku untuk prodi D-III Kebidanan.

# EXPRESS DEALS

## Paket Penerbitan Buku

1-2 MINGGU  
SELESAI



literasi  
nusantara

Anggota IKAPI  
No. 209/JTI/2018

### Fasilitas:

Design Cover Eye Catching

Sertifikat Penulis

Layout Berstandar Tinggi

ISBN

Buku Cetak

Link E Book

Royalti



### Spesifikasi:

- Ukuran UNESCO/A5 • Cover Art Paper/Ivory 230 Gr • Standar 150 Halaman
- Warna Cover Full Colour 1 Sisi • Kertas Isi Bookpaper/HVS
- Warna Isi Black & White • Laminasi Doff/Glossy • Jilid Perfect Binding

### Harga Paket Cetak Terbatas

Paket 3 Buku  
800.000

Paket 5 Buku  
900.000

Paket 10 Buku  
1.250.000

Paket 25 Buku  
1.850.000

Paket 50 Buku  
2.600.000

Paket 100 Buku  
4.350.000

\*Harga spesial untuk cetak buku di atas 250 eksemplar

Narahubung



0857-5597-1589  
0858-8725-4603

Alamat Kantor

Perumahan Puncak Joyo Agung Residence  
Kav. B11 Merjosari, Kec. Lowokwaru,  
Kota Malang, Jawa Timur 65144.



@penerbit\_litnus



Penerbit Litnus



@literasinusantara\_



www.penerbitlitnus.co.id



## JASA DESAIN DAN LAYOUT BUKU

JURNAL, KARYA ILMIAH, MODUL, BUKU AJAR, NOVEL DLL

### Desain Cover

- File high quality (.jpg)
- Mendapat file asli (.psd/cdr)
- Desain Professional dan menarik
- Free desain cover buku 3D

### Layout

- file siap cetak (.pdf)
- Menggunakan aplikasi Adobe InDesign 2020
- Mendapatkan file asli (package InDesign)
- Kualitas layout berstandar percetakan nasional



## JASA MENURUNKAN PRESENTASE PLAGIASI

Lindungi karya Akademik Anda dari Plagiasi

Amankan setiap karya dengan minimalisir plagiasi agar naskah lebih kredibel

Raih Keuntungan yang Melimpah dengan Bergabung Menjadi Reseller/Dropshiper Buku Litnus. Dapatkan pemasukan tambahan sambil rebahan, bahkan tanpa harus punya stok barangnya.

**DROPSHIP  
RESELLER**

## PENGURUSAN HKI

Hindari plagiarisme atau klaim orang lain atas karya Anda. Amankan dan lindungi setiap karya dengan mengurus Hak atas Kekayaan Intelektual (HKI).

## JASA KONVERSI BUKU

Terbitkan Skripsi, Tesis dan Disertasi Anda

Anda ingin menerbitkan buku tapi tidak punya naskah? Tenang, terbitkan saja skripsi, tesis, disertasi Anda menjadi buku di Literasi Nusantara

## CETAK OFFSET

Seluruh cetakan Literasi Nusantara garansi 100% berkualitas

Dapatkan harga ekonomis untuk cetak buku dengan jumlah besar

### KERJA SAMA EVENT

- ✓ Konsultasi penerbitan buku
- ✓ Potongan harga setiap layanan
- ✓ Terbit gratis untuk buku ajar
- ✓ Membuka kesempatan magang

### TERJEMAH BUKU

Indonesia - Inggris  
Inggris - Indonesia  
Indonesia - Arab  
Arab - Indonesia

## PENGADAAN BUKU PERPUSTAKAAN

- Harga ekonomis
- Pilihan buku melimpah
- Semua buku ber-ISBN
- Bisa mengirimkan list kebutuhan
- Buat daftar pemesanan sendiri
- Jaminan garansi

"Buku-buku yang lengkap, terlebih jika terbit di tahun terbaru dapat meningkatkan minat pengunjung lebih aktif dan betah mengunjungi perpustakaan."



@penerbit\_litnus



Penerbit Litnus



@literasinusantara\_



www.penerbitlitnus.co.id

Secara umum, konsep dasar kebidanan merupakan hal yang sangat berkaitan dengan perkembangan ilmu pengetahuan. Konsep dasar kebidanan sendiri merupakan bidang keilmuan bidan yang membahas mengenai definisi bidan, falsafah kebidanan, teori, dan praktik kebidanan.

Pelayanan kebidanan serta teori-teori yang digunakan dalam praktik kebidanan berasal dari konseptual model kebidanan. Seorang bidan harus memahami konsep dasar manajemen asuhan kebidanan, konsep-konsep dasar kebidanan, baik definisi, aturan yang mengikat, atau etika profesi, dan prinsip-prinsip dari konsep kebidanan tersebut. Bidan mempunyai tugas penting dalam pelayanan kebidanan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga, dan masyarakat.

Dalam buku ini terdapat 12 bab dengan rincian sebagai berikut.

- Sejarah dan Perkembangan Kebidanan
- Sosiologi dan Antropologi Kebidanan
- Pendidikan Kebidanan di Indonesia
- Peran dan Fungsi Bidan
- Ilmu, Teori, Konsep, dan Model Kebidanan
- Nilai dan Etika Bidan
- Aspek Hukum dalam Praktik Kebidanan
- Malpraktik dalam Pelayanan Bidan
- Sistem Layanan Kesehatan dan Praktik Bidan
- Pengembangan Karir dan Profesi Bidan
- Kemampuan Berpikir Kritis dalam Menyelesaikan Masalah Kebidanan
- Isu-Isu Kontemporer Profesi Kebidanan



# Konsep Dasar Kebidanan

