



# **KONSEP PELAYANAN PRIMA KEBIDANAN**

**Fitria Siswi Utami, S.Si.T., MNS  
Intan Mutiara Putri, S.ST., M.Keb**

**UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA**

# KONSEP PELAYANAN PRIMA KEBIDANAN

Disusun Oleh :

1. Fitria Siswi Utami,  
S,SiT.,MNS
2. Intan Mutiara Putri  
S.ST.,M.Keb

Cetakan 1 : 20 November 2020

ISBN : 978-602-0739-63-2

Diterbitkan



Universitas 'Aisyiah Yogyakarta Press

Jl. Siliwangi Ring road Barat No 63, Nogotirto, Gamping,  
Sleman, Yogyakarta

Telp : (0274) 4469199, Fax : (0274) 4469204

Email : [info@unisayogya.ac.id](mailto:info@unisayogya.ac.id)

Website : [www.unisayogya.ac.id](http://www.unisayogya.ac.id)

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
KEPENGARANGAN.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR GAMBAR.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
<b>KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN.....</b>	<b>1</b>
<b>BAB I KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN.....</b>	<b>2</b>
A. Standar Kompetensi.....	2
B. Standar Kompetensi Dasar.....	2
C. Indikator.....	2
D. Materi.....	2
E. Rangkuman.....	7
F. Referensi.....	7
G. Evaluasi.....	7
<b>TEORI DAN MODEL KONSEPTUAL ASUHAN KEBIDANAN.....</b>	<b>8</b>
<b>BAB II TEORI DAN MODEL KONSEPTUAL ASUHAN KEBIDANAN.....</b>	<b>9</b>
A. Standar Kompetensi.....	9
B. Standar Kompetensi Dasar.....	9
C. Indikator.....	9
D. Materi.....	9
E. Rangkuman.....	23
F. Referensi.....	23
G. Evaluasi.....	23
<b>CONTINUITY OF CARE (CoC).....</b>	<b>24</b>
<b>BAB III CONTINUITY OF CARE (CoC).....</b>	<b>25</b>
A. Standar Kompetensi.....	25
B. Standar Kompetensi Dasar.....	25
C. Indikator.....	25
D. Materi.....	25
E. Rangkuman.....	34
F. Referensi.....	34
G. Evaluasi.....	35
<b>WOMEN CENTER CARE.....</b>	<b>36</b>
<b>BAB IV WOMEN CENTER CARE.....</b>	<b>37</b>
A. Standar Kompetensi.....	37
B. Standar Kompetensi Dasar.....	37
C. Indikator.....	37
D. Materi.....	37
E. Rangkuman.....	42
F. Referensi.....	42
G. Evaluasi.....	43
<b>BIOPSYCHOSOCIAL-SPIRITUAL MODEL OF CARE.....</b>	<b>44</b>
<b>BAB V BIOPSYCHOSOCIAL-SPIRITUAL MODEL OF CARE.....</b>	<b>44</b>
A. Standar Kompetensi.....	44
B. Standar Kompetensi Dasar.....	44

C. Indikator .....	44
D. Materi .....	44
E. Rangkuman .....	49
F. Referensi.....	49
G. Evaluasi .....	50
<b>BIDAN PELAYANAN PRIMA .....</b>	<b>51</b>
<b>BAB VI PELAYANAN BIDAN PRIMA.....</b>	<b>52</b>
A. Standar Kompetensi.....	52
B. Standar Kompetensi Dasar .....	52
C. Indikator .....	52
D. Materi .....	52
E. Rangkuman .....	55
F. Referensi.....	55
G. Evaluasi .....	55

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Skema Susunan Standar Kompetensi Bidan.....	4
Gambar 2 Elemen dalam kebidanan.....	11
Gambar 3 Prinsip Women Center Care.....	38
Gambar 4 <i>A Midwifery model of women-centered childbirth care</i> ...	41
Gambar 5 <i>Biopsychosocial spiritual care</i> .....	48

## KATA PENGANTAR

*Alhamdulillahirobbil'alamin.* Segala Puji Bagi Allah SWT, Tuhan seluruh alam. Atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Buku ajar dengan judul **“KONSEP PELAYANAN PRIMA KEBIDANAN”**. Buku ini ditulis untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan berbagai kalangan sebagai salah satu referensi untuk peningkatan kualitas kesehatan perempuan. Buku ini ditujukan kepada mahasiswa kebidanan, praktisi kesehatan, serta pengajar dibidang kesehatan khususnya kebidanan agar lebih mudah dalam memahami dan menerapkan konsep peningkatan kualitas layanan kesehatan bagi perempuan melalui pemahaman pada konsep layanan prima kebidanan. Melalui buku ini, penulis mengharapkan kepada semua pembaca atau pengguna agar setelah mempelajari dan memahami isinya, dapat menerapkan teori dan konsep kedalam praktik kebidanan dalam rangka peningkatan derajat kesehatan perempuan.

Penulis menyadari buku ini masih sangat jauh dari sempurna. Penulis selalu membuka diri untuk menerima berbagai masukan dan kritikan yang membangun, demi penyempurnaan buku ajar ini. Semoga buku ajar ini bermanfaat bagi mahasiswa, praktisi kesehatan, pengajar dan segenap pembaca.

Yogyakarta, 20 November 2020

Penulis



# **BAB I**

## **KONSEP LAYANAN KEBIDANAN**

### **A. Standar Kompetensi**

Mata kuliah ini merupakan tahapan dasar bagi seorang bidan untuk memahami peran dan standar kompetensi seorang bidan di Indonesia. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat memberikan asuhan kebidanan yang sehat, aman, dan berkualitas sesuai dengan peraturan hukum yang berlaku di Indonesia berkaitan standar pelayanan kebidanan.

### **B. Standar Kompetensi Dasar**

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan standar pelayanan kebidanan di Indonesia.

### **C. Indikator**

1. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi bidan di Indonesia
2. Mahasiswa mampu menjelaskan standar pelayanan kebidanan
3. Mahasiswa mampu menjelaskan undang-undang kebidanan yang berlaku

### **D. Materi**

#### **1. Definisi Bidan**

Bidan 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 dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Berdasarkan definisi tersebut, artinya yang diijinkan untuk berprofesi sebagai bidan di Indonesia hanyalah perempuan. Selain syarat perempuan, seseorang yang dapat berprofesi sebagai bidan adalah orang yang telah menyelesaikan pendidikan kebidanan dan dinyatakan lulus uji kompetensi kebidanan sehingga memiliki Surat Tanda Register Bidan.

#### **2. Standar Pelayanan Kebidanan**

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, seorang bidan haruslah holistik dan berdasarkan *evidence based* dalam memberikan asuhan kebidanan. Artinya, penerapan *evidence based* dilakukan dengan pendekatan

manajemen asuhan kebidanan yang memperhatikan aspek fisik, psikis, sosial budaya, spiritual, ekonomi, emosional, dan lingkungan yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan perempuan khususnya kesehatan reproduksi. Upaya tersebut dilakukan baik dalam tahap promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai dengan kewenangan bidan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.

Pada tahun 2020, standar kompetensi bidan yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan dilakukan penyempurnaan dengan memperhatikan body of knowledge, falsafah, dan paradig kebidanan serta pola hubungan kemitraan bidan dan perempuan yang berfokus pada kebutuhan perempuan. Penyempurnaan tersebut tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No.320 tahun 2020 tentang Standar Profesi Bidan.

### **3. Kompetensi Bidan**

Pengertian kompetensi bidan menurut Permenkes No 320 Tahun 2020 adalah kemampuan yang dimiliki oleh lulusan pendidikan profesi bidan yang meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memberikan pelayanan kebidanan pada bayi baru lahir/neonates, bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, pelayanan keluarga berencana, masa klimakterium, kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan serta keterampilan dasar praktik klinis kebidanan.

Menurut standar kompetensinya, standar kompetensi lulusan pendidikan kebidanan terbagi menjadi standar kompetensi lulusan pendidikan profesi bidan dengan gelar Bidan (Bd) dan lulusan Diploma III Kebidanan dengan gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb). Sementara itu, pelayanan kebidanan yang diberikan merupakan suatu bentuk bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang dapat diberikan secara mandiri oleh bidan, kolaborasi, dan atau rujukan. Pelayanan yang diberikan disebut dengan Asuhan Kebidanan.

Standar kompetensi bidan sendiri memiliki 7 (tujuh) area kompetensi yang setiap areanya memiliki kompetensi inti. Beberapa komponen kompetensi dihasilkan dari penjabaran setiap area kompetensi dan secara lebih rinci dijabarkan sebagai kompetensi bidan yang diharapkan tercapai pada akhir pendidikan kebidanan.



Gambar 1. Skema Susunan Standar Kompetensi Bidan

Keterangan:

- ✓ Daftar pokok bahasan memuat 7 area kompetensi praktik kebidanan yang diuraikan sesuai bidang ilmu terkait
- ✓ Daftar masalah merupakan informasi yang diperoleh dari klien, keluarga atau profesi kesehatan lain yang dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan penelusuran anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang
- ✓ Daftar klinis keterampilan merupakan keterampilan klinis dasar yang harus dikuasai oleh seorang Bidan

#### 4. Kompetensi Bidan

Berikut adalah area kompetensi bidan yang meliputi 7 area termasuk komponen kompetensi didalamnya:

- 1) Etik legal dan keselamatan klien
  - a. memiliki perilaku profesional
  - b. mematuhi aspek etik legal dalam praktik kebidanan
  - c. menghargai hak dan privasi perempuan serta keluarganya
  - d. menjaga keselamatan klien dalam praktik kebidanan
- 2) Komunikasi efektif
  - a. berkomunikasi dengan perempuan dan anggota keluarganya
  - b. berkomunikasi dengan masyarakat
  - c. berkomunikasi dengan rekan sejawat
  - d. berkomunikasi dengan profesi lain/tim kesehatan lain
  - e. berkomunikasi dengan para pemangku kepentingan (*stakeholders*)
- 3) Pengembangan diri dan profesionalisme
  - a. bersikap mawas diri
  - b. melakukan pengembangan diri sebagai bidan profesional
  - c. menggunakan dan mengembangkan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni yang menunjang praktik kebidanan dalam rangka pencapaian kualitas kesehatan perempuan, keluarga, dan masyarakat
- 4) Landasan ilmiah praktik kebidanan
  - a. bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan yang berkualitas dan tanggap budaya sesuai ruang lingkup asuhan:
    - 1.1. bayi baru lahir (neonates)
    - 1.2. bayi, balita dan anak prasekolah
    - 1.3. remaja
    - 1.4. masa sebelum hamil
    - 1.5. masa kehamilan
    - 1.6. masa persalinan
    - 1.7. masa pasca keguguran
    - 1.8. masa nifas
    - 1.9. masa antara
    - 1.10. masa klimakterium

1.11. pelayanan keluarga berencana

1.12. pelayanan kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan

- b. bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan penanganan situasi kegawatdaruratan dan sistem rujukan
- c. bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk dapat melakukan Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan

5) Keterampilan klinis dalam praktik kebidanan

- a. kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi baru lahir (neonatus), kondisi gawat darurat, dan rujukan
- b. kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi, balita dan anak pra sekolah, kondisi gawat darurat, dan rujukan
- c. kemampuan memberikan pelayanan tanggap budaya dalam upaya promosi kesehatan reproduksi pada remaja perempuan
- d. kemampuan memberikan pelayanan tanggap budaya dalam upaya promosi kesehatan reproduksi pada masa sebelum hamil
- e. memiliki keterampilan untuk memberikan pelayanan ANC komprehensif untuk memaksimalkan, kesehatan ibu hamil dan janin serta asuhan kegawatdaruratan dan rujukan
- f. kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu bersalin, kondisi gawat darurat dan rujukan
- g. kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pasca keguguran, kondisi gawat darurat dan rujukan
- h. kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu nifas, kondisi gawat darurat dan rujukan
- i. kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada masa antara
- j. kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada masa klimakterium
- k. kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pelayanan keluarga berencana
- l. kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pelayanan kesehatan reproduksi dan seksualitas

- m. kemampuan melaksanakan keterampilan dasar praktik klinis kebidanan
- 6) Promosi kesehatan dan konseling
  - a. memiliki kemampuan merancang kegiatan promosi kesehatan reproduksi pada perempuan, keluarga, dan masyarakat
  - b. memiliki kemampuan mengorganisir dan melaksanakan kegiatan promosi kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan
  - c. memiliki kemampuan mengembangkan program KIE dan konseling kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan
- 7) Manajemen dan kepemimpinan
  - a. memiliki pengetahuan tentang konsep kepemimpinan dan pengelolaan sumber daya kebidanan
  - b. memiliki kemampuan melakukan analisis faktor yang mempengaruhi kebijakan dan strategi pelayanan kebidanan pada perempuan, bayi, dan anak
  - c. mampu menjadi *role model* dan agen perubahan di masyarakat khususnya dalam kesehatan reproduksi perempuan dan anak
  - d. memiliki kemampuan menjalin jejaring lintas program dan lintas sector
  - e. mampu menerapkan manajemen mutu pelayanan kesehatan

## **E. Rangkuman**

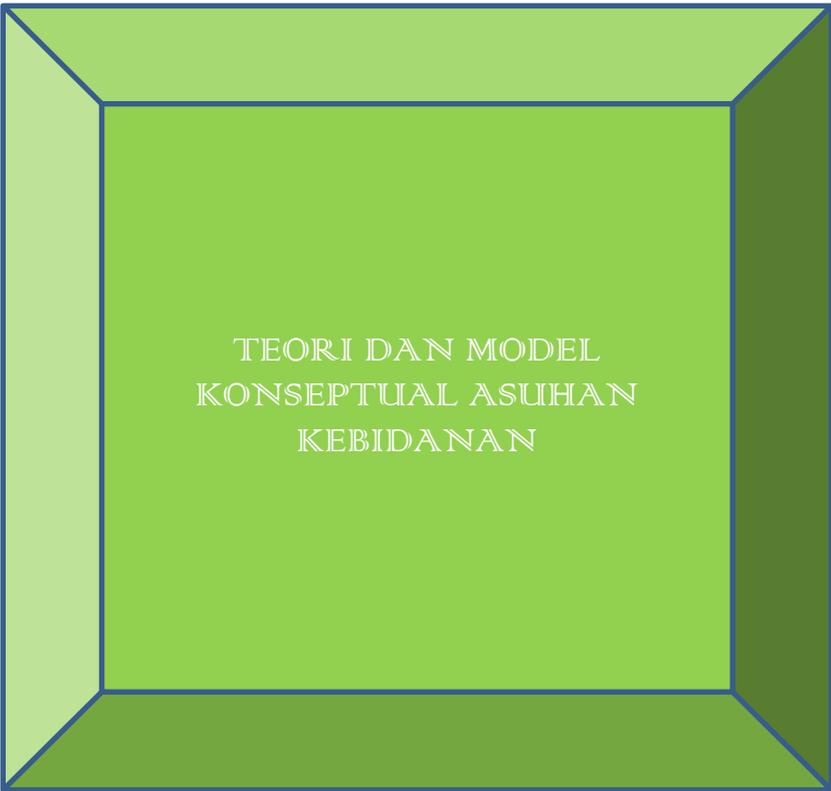
Seorang perempuan yang berprofesi sebagai seorang bidan harus dapat melaksanakan peran fungsinya sesuai dengan kompetensi profesi bidan untuk memberikan asuhan secara holistik baik pada tahap preventif, kuratif, rehabilitatif dan promotive.

## **F. Referensi**

1. [https://ibi.or.id/id/article\\_view/a20150112004/definisi.html#](https://ibi.or.id/id/article_view/a20150112004/definisi.html#)
2. Kepmenkes Nomor 320 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Bidan
3. Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
4. Kepmenkes Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Kompetensi Bidan

## **G. Evaluasi**

1. Jelaskan definisi bidan!
2. Sebutkan area kompetensi bidan!
3. Apakah peraturan yang saat ini mengatur tentang profesi bidan?



TEORI DAN MODEL  
KONSEPTUAL ASUHAN  
KEBIDANAN

## **BAB II**

### **TEORI DAN MODEL KONSEPTUAL ASUHAN KEBIDANAN**

#### **A. Standar Kompetensi**

Mata kuliah ini memberikan pemahaman tentang konsep pelayanan kebidanan untuk memaksimalkan pelayanan kebidanan selama daur hidup perempuan. Mata kuliah ini merupakan pengantar yang tepat bagi mahasiswa kebidanan sebelum selanjutnya mempelajari tentang teori dan keterampilan klinik dalam praktik kebidanan.

#### **B. Standar Kompetensi Dasar**

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan tentang teori dan model konseptuan dalam asuhan kebidanan.

#### **C. Indikator**

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang definisi teori
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang definisi konsep
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang definisi model
4. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi tentang kebidanan
5. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang model kebidanan
6. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konseptual kebidanan
7. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konseptual model kebidanan

#### **D. Materi**

##### **1. Teori**

Teori adalah suatu penjelasan berdasarkan pikiran, hasil observasi dan alasan/sebab, terutama yang telah dibuktikan dan diperkuat dengan suatu prinsip umum dalam penjelasan sejumlah fakta yang berkaitan. Teori juga dijelaskan sebagai suatu cara dalam memahami realitas atau fenomena.

Teori mengatur suatu perangkat prinsip yang saling terkait untuk menjelaskan beberapa aspek realitas. Teori merupakan hal penting dalam memberikan penjelasan dalam suatu kejadian, tindakan dan fenomena.

##### **2. Konsep**

Konsep merupakan suatu bentuk abstrak tentang objek dari kejadian atau event yang digunakan oleh peneliti untuk menggambarkan fenomena sosial yang menarik perhatiannya.

### **3. Model**

Model merupakan contoh atau peraga untuk menggambarkan sesuatu.

### **4. Kebidanan**

Kebidanan merupakan suatu ilmu yang terbentuk dari berbagai disiplin ilmu yang terkait dengan pelayanan kebidanan dan ilmu manajemen untuk memberikan pelayanan kepada ibu dalam masa konsepsi hingga bayi baru lahir dan pelayanan tersebut meliputi keadaan normal dan pendeteksian keadaan abnormal.

### **5. Model Kebidanan**

Model kebidanan merupakan suatu bentuk pedoman atau acuan yang merupakan kerangka kerja seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

### **6. Konseptual Kebidanan**

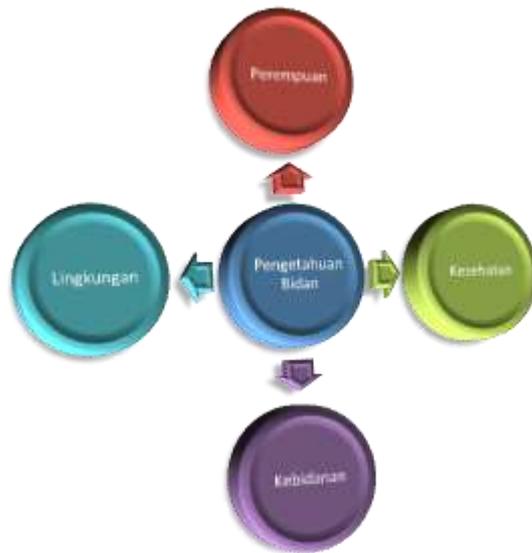
Konseptual kebidanan menunjukkan ide global tentang individu, kelompok, situasi, dan kejadian yang menarik untuk suatu ilmu. Konseptual kebidanan biasanya berkembang dari wawasan intuitif, keilmuan dan seringkali disimpulkan dalam kerangka acuan disiplin ilmu yang bersangkutan sehingga konseptual memberikan abstrak atau ide mendasari suatu disiplin ilmu.

Model memberikan kerangka untuk memahami dan mengembangkan praktek untuk membimbing tindakan dalam pendidikan untuk mengidentifikasi pertanyaan yang harus dijawab dalam penelitian. Konsep model ditujukan dengan banyak cara yaitu mental model, fisika model dan simbolik.

### **7. Konseptual Model Kebidanan**

Konseptual model kebidanan merupakan suatu contoh dalam memberikan gambaran tentang pelayanan kebidanan dan memberikan jawaban-jawaban atas pertanyaan, apa yang merupakan praktek kebidanan.

Model dalam kebidanan berdasarkan pada 4 elemen yaitu perempuan, kesehatan, lingkungan, dan kebidanan. Hal tersebut dapat dijelaskan dengan gambar berikut:



Gambar 2. Elemen dalam kebidanan

Model dalam kebidanan berguna untuk menyatukan data secara lengkap dan menjelaskan siapakah bidan sesungguhnya. Adapun komponen dan macam model kebidanan dengan 5 komponen yaitu:

- a. memonitor kesejahteraan janin
- b. mempersiapkan ibu (pendidikan dan konseling)
- c. intervensi teknologi seminimal mungkin
- d. mengidentifikasi dan memberi bantuan obstetric
- e. melakukan rujukan

*Model of care the midwifery patnership* didasarkan pada prinsip *midwifery care* berikut ini:

- a. Mengakui dan mendukung adanya keterkaitan antara badan, pikiran, jiwa, fisik, dan lingkungan kultur sosial.
- b. Berasumsi bahwa mayoritas kasus wanita yg bersalin dapat ditolong tanpa adanya intevensi.
- c. Mendukung dan meningkatkan proses persalinan alami.
- d. Menggunakan pendekatan pemecahan masalah dengan seni dan ilmu pengetahuan.

- e. Relationship-based dan kesinambungan dalam motherhood.
- f. *Woman centered* dan bertukar pikiran antara wanita.
- g. Kekuasaan wanita yaitu berdasarkan tanggung jawab untuk suatu pengambilan suatu keputusan.
- h. Dibatasi oleh hukum dan ruang lingkup praktik individu Model Konseptual kebidanan adalah tolak ukur bagi bidan dalam memberi asuhan kebidanan. Konseptual model adalah gambaran abstrak dari suatu ide yang menjadi dasar suatu disiplin.

Model asuhan kebidanan yaitu kehamilan dan persalinan merupakan suatu proses kehidupan normal. Model Kebidanan mempunyai 5 komponen:

- a. Memonitor kesejahteraan ibu baik fisik, psikologi maupun sosial dalam siklus kehamilan dan persalinan. Mempersiapkan ibu dengan memberikan pendidikan, konseling, asuhan prenatal, dalam proses persalinan dan bantuan masa post partum
- b. Intervensi teknologi seminimal mungkin
- c. Mengidentifikasi dan memberikan bantuan obstetrik yang dibutuhkan
- d. Melakukan rujukan

Ruang lingkup praktik kebidanan:

- a. Menolong Persalinan
- b. Konseling
- c. Penyuluhan
- d. Asuhan pada saat hamil, melahirkan, nifas dan BBL (bayi baru lahir)
- e. Deteksi dini penyakit 6. Pengobatan terbatas ginekologi
- f. Pertolongan gawat darurat
- g. Pengawasan tumbuh kembang
- h. Supervisi

Ada beberapa manfaat yang bisa didapat dengan melakukan konseling diantaranya:

- a. Menurunkan / menghilangkan stress
- b. Membuat diri kita merasa lebih baik, bahagia, tenang dan nyaman
- c. Lebih memahami diri sendiri dan orang lain
- d. Merasakan kepuasan dalam hidup
- e. Mendorong perkembangan personal

- f. Meningkatkan hubungan yang lebih efektif dengan orang lain
- g. Memaksimalkan fungsi diri dan kehidupan kita sehari – hari

Model kebidanan yang ada dipengaruhi beberapa teori yang ada, yaitu:

1) Teori Reva Rubin

Menekankan pada pencapaian peran sebagai ibu. Untuk mencapai peran ini seorang wanita memerlukan proses belajar melalui serangkaian aktivitas atau latihan. Dengan demikian, seorang wanita terutama calon ibu dapat mempelajari peran yang akan dialaminya kelak sehingga ia mampu beradaptasi dengan perubahan – perubahan yang terjadi khususnya perubahan psikologis dalam kehamilan dan setelah persalinan.

Menurut Rubin, seorang wanita sejak hamil sudah memiliki harapan – harapan antara lain:

- a) kesejahteraan ibu dan bayinya
- b) Penerimaan dari masyarakat
- c) Penentuan identitas diri
- d) Mengerti tentang arti memberi dan menerima

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

a) *Anticipatory Stage.*

Seorang ibu mulai melakukan latihan peran dan memerlukan interaksi dengan anak yang lain.

b) *Honeymoon Stage.*

Ibu mulai memahami sepenuhnya peran dasar yang dijalannya. Pada tahap ini ibu memerlukan bantuan dari anggota keluarga yang lain.

c) *Plateu Stage.*

Ibu akan mencoba apakah ia mampu berperan sebagai seorang ibu. Pada tahap ini memerlukan waktu beberapa minggu sampai ibu kemudian melanjutkan sendiri.

d) *Disengagement.*

Merupakan tahap penyelesaian latihan peran sudah berakhir.

Beberapa tahapan aktivitas penting sebelum seseorang menjadi seorang ibu:

a) *Taking On* ( tahapan meniru )

Seorang wanita dalam pencapaian sebagai ibu akan memulainya dengan meniru dan melakukan peran seorang ibu

b) *Taking In*

Seorang wanita sudah membayangkan peran yang dilakukannya. Introjektion, Projektion dan Rejektion merupakan tahap dimana wanita membedakan model – model yang sesuai dengan keinginannya.

c) *Letting Go*

Wanita mengingat kembali proses dan aktivitas yang sudah dilakukannya. Pada tahap ini seorang wanita akan meninggalkan perannya di masa lalu.

Adaptasi Psikososial pada masa Post partum: Keberhasilan masa transisi menjadi orang tua pada masa post partum dipengaruhi oleh:

- a) Respon dan dukungan dari keluarga
- b) Hubungan antara melahirkan dengan harapan – harapan
- c) Pengalaman melahirkan dan mambesarkan anak yang lalu
- d) Budaya

Rubin mengklasifikasikan tahapan ini menjadi tiga tahap yaitu:

- a) Periode *Taking In* ( Hari ke1-2 setelah melahirkan )
- b) Ibu masih pasif dan tergantung pada orang lain
- c) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran pada perubahan tubuhnya
- d) Ibu akan mengulangi pengalaman – pengalaman waktu melahirkan
- e) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal

- f) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal

Periode *Taking Hold* (hari ke 2-4 setelah melahirkan)

- a) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orangtua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya
- b) Ibu menfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh
- c) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok
- d) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi
- e) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.

Periode *Letting Go*

- a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga
- b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.

2) Teori Ramona Mercer

Teori ini lebih menekankan pada stress antepartum dalam pencapaian peran ibu. Mercer membagi teorinya menjadi 2 topik:

- a) Efek stress Antepartum

Stress antepartum adalah komplikasi dari risiko kehamilan dan pengalaman negatif dalam hidup seorang wanita. Tujuan asuhan yang diberikan adalah: memberikan dukungan selama hamil untuk mengurangi ketidakpercayaan diri ibu. Penelitian Mercer menunjukkan ada 6 faktor yang berhubungan dengan status kesehatan ibu, yaitu:

- ✓ Hubungan Interpersonal
- ✓ Peran keluarga
- ✓ Stress antepartum
- ✓ Dukungan sosial
- ✓ Rasa percaya diri
- ✓ Penguasaan rasa takut, ragu dan depresi

b) Pencapaian peran ibu

Peran ibu dapat dicapai bila ibu menjadi dekat dengan bayinya termasuk mengekspresikan kepuasan dan penghargaan peran. Lebih lanjut Mercer menyebutkan tentang stress antepartum terhadap fungsi keluarga baik yang positif maupun negatif. Bila fungsi keluarganya positif maka ibu hamil dapat mengatasi stress antepartum. Stress antepartum karena risiko kehamilan dapat mempengaruhi persepsi terhadap status kesehatan, dengan dukungan keluarga dan bidan maka ibu dapat mengurangi atau mengatasi rasa tidak percaya dirinya selama kehamilan atau mengatasi stress antepartum.

Perubahan yang terjadi pada ibu hamil selama kehamilan (trimester I, II dan III) merupakan hal yang fisiologis sesuai dengan filosofi asuhan kebidanan bahwa menarche, kehamilan, nifas dan menopause merupakan hal yang fisiologis.

Perubahan yang dialami oleh ibu, selama kehamilan terkadang dapat menimbulkan stress antepartum, sehingga bidan harus memberikan asuhan kepada ibu hamil agar ibu dapat menjalani kehamilannya secara fisiologis (normal). Perubahan yang dialami oleh ibu hamil antara lain adalah:

- Ibu cenderung lebih tergantung dan lebih memerlukan perhatian sehingga dapat berperan sebagai calon ibu dan dapat memperhatikan perkembangan bayinya
- Ibu memerlukan sosialisasi
- Ibu cenderung merasa khawatir terhadap perubahan yang terjadi pada tubuhnya.

- Ibu memasuki masa transisi yaitu dari masa menerima kehamilan ke masa menyiapkan kelahiran dan menerima bayinya

Empat tahapan dalam pelaksanaan peran ibu menurut Mercer:

- 1) *Anticipatory*; saat sebelum wanita menjadi ibu, dimana wanita mulai melakukan penyesuaian sosial dan psikologis dengan mempelajari segala sesuatu yang dibutuhkan untuk menjadi seorang ibu.
- 2) *Formal*; wanita memasuki peran ibu sebenarnya, bimbingan peran dibutuhkan sesuai dengan kondisi sistem sosial.
- 3) *Informal*; dimana wanita sudah mampu menemukan jalan yang unik dalam melaksanakan perannya.
- 4) *Personal*; merupakan peran terakhir, dimana wanita sudah mahir melakukan perannya sebagai ibu.

Sebagai perbandingan, Rubin menyebutkan peran ibu sudah dimulai sejak ibu mulai hamil sampai 6 bulan setelah melahirkan, tetapi menurut Mercer mulainya peran ibu adalah setelah bayi lahir ( 3-7 bulan setelah melahirkan ). Wanita dalam menjalankan peran ibu dipengaruhi oleh faktor – faktor

- 1) Faktor ibu
  - a) Umur ibu pada waktu melahirkan
  - b) Persepsi ibu pada waktu melahirkan pertama kali
  - c) Stress sosial
  - d) Memisahkan ibu dengan anak secepatnya
  - e) Dukungan sosial
  - f) Konsep diri
  - g) Sifat pribadi
  - h) Sikap terhadap membesarkan anak
  - i) Status kesehatan ibu
- 2) Faktor Bayi
  - a) Temperamen
  - b) Kesehatan bayi

- c) Faktor – faktor lainnya: latar belakang etnik, status perkawinan, status ekonomi

Dari faktor sosial support, Mercer mengidentifikasi adanya empat faktor pendukung:

1) *Emotional Support*

yaitu perasaan mencintai, penuh perhatian, percaya dan mengerti

2) *Informational Support* yaitu memberikan informasi yang sesuai dengan kebutuhan ibu sehingga dapat membantu ibu untuk menolong dirinya sendiri

3) *Physical Support* misalnya dengan membantu merawat bayi dan memberikan tambahan dana

4) *Appraisal Support* hal ini memungkinkan individu mampu mengevaluasi dirinya sendiri dan pencapaian peran ibu.

Mercer menegaskan bahwa umur, tingkat pendidikan, ras, status perkawinan, status ekonomi dan konsep diri adalah faktor – faktor yang sangat berpengaruh dalam pencapaian peran ibu. Peran bidan yang diharapkan oleh Mercer dalam teorinya adalah membantu wanita dalam melaksanakan tugas dan adaptasi peran dan mengidentifikasi faktor – faktor yang mempengaruhi pencapaian peran ini dan kontribusi dari stress antepartum.

3) Teori Ela Joy Lehrman

Dalam menjalankan profesi kebidanan, Ela Joy Lehrman melihat makin banyaknya tugas yang dibebankan pada bidan yang harus dilaksanakan dengan penuh profesionalisme dan tanggung jawab. Dengan pandangan Ela Joy Lehrman tersebut menjadi latar belakang munculnya teori kebidanan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan. Teori Lehrman ini menginginkan agar bidan dapat melihat semua aspek praktik pemberian asuhan pada wanita hamil dan memberi pertolongan persalinan. Lehrman menyelidiki bahwa pelayanan antenatal menunjukkan perbedaan antara prosedur administrasi yang dibebankan serta manfaat antenatal dan jenis pelayanan yang diterima wanita di klinik kebidanan.

Hubungan antara identifikasi faktor risiko dan keefektifan dari antenatal care terhadap hasil yang diinginkan belum terpenuhi. Lehrman dan koleganya ingin menjelaskan perbedaan antara pengalaman seorang wanita dengan keseorangan bidan untuk mengaplikasikan konsep kebidanan dalam praktek. Tujuan dari penelitian yang dilakukan Lehrman yaitu mengidentifikasi komponen - komponen yang saling mempengaruhi dalam praktek kebidanan. Hasil dari penelitiannya adalah Teori yang dikemukakan oleh Lehrman mencakup 8 konsep yang penting dalam pelayanan antenatal, diantaranya:

- a) Asuhan yang berkesinambungan
- b) Keluarga sebagai pusat asuhan
- c) Pendidikan dan konseling merupakan bagian dari asuhan
- d) Tidak ada intervensi dalam asuhan
- e) Fleksibilitas dalam asuhan
- f) Keterlibatan dalam asuhan
- g) Advokasi dari klien
- h) Waktu

Pada asuhan partisipatif bidan dapat melibatkan klien dalam pengkajian, perencanaan, dan evaluasi. Pasien / klien ikut bertanggung jawab atau mengambil bagian dalam pelayanan antenatal. Dalam pemeriksaan fisik, misalnya palpasi klien akan melakukan pada tempat tertentu atau ikut mendengarkan denyut jantung. Dari ke delapan komponen yang dibuat Lehrman tersebut kemudian diuji cobakan oleh Morten pada tahun 1991 pada pasien pascapartum. Dari hasil penerapan uji coba tersebut Morten menambahkan tiga komponen lagi pada ke delapan konsep yang dibuat oleh Lehrman yaitu:

- a) Teknik Terapeutik

Proses komunikasi yang sangat penting dalam komunikasi konseling secara khusus yang lebih mengutamakan konsep terapi seorang tenaga kesehatan dalam proses perkembangan dan penyembuhan pasien / klien. Terapeutik dapat dilakukan dengan menunjukkan sikap misalnya

-  Mendengar dengan aktif

- ✚ Mengkaji masalah
- ✚ Klarifikasi masalah
- ✚ Humor (tidak bersikap kaku)
- ✚ Sikap yang tidak menuduh
- ✚ Jujur
- ✚ Mengakui kesalahan
- ✚ Pengakuan fasilitasi (memfasilitasi)
- ✚ Menghargai hak klien
- ✚ Pemberiaan izin

b) Pemberdayaan (*Empowerment*)

Suatu proses pemberian kekuatan dan kekuasaan. Melalui penampilan dan pendekatan bidan dapat meningkatkan kemampuan dalam mengoreksi, mengesahkan, menilai, dan memberi dukungan.

c) Hubungan Sesama (*Lateral Relationship*)

Meliputi menjalin hubungan yang baik dengan klien, bersikap terbuka dengan klien, sejalan dengan klien sehingga antara klien dan bidan terlihat tampak akrab dan terbina hubungan saling percaya yang harmonis (misalnya, sikap empati, atau berbagi pengalaman).

4) Teori Ernestine Wiedenbach

Ernestine adalah seorang perawat kebidanan lulusan Fakultas Keperawatan Universitas Yale, yang sangat tertarik pada masalah seputar keperawatan maternitas yang terfokus pada keluarga (*Family-Centered Maternity Nursing*). Selain berpengalaman sebagai perawat dengan bekerja di klinik selama puluhan tahun, ia juga seorang penulis yang telah menghasilkan beberapa buku dan berpartisipasi dalam beberapa penelitian salah satunya bersama ahli filsafat bernama Dickoff. Konsep yang dihasilkan oleh Ernestine bukan hasil penelitian melainkan hasil pemikirannya yang dituangkan dalam bukunya *Family – Centered Maternity Nursing*. Konsep yang luas Wiedenbach yang nyata ditemukan dalam keperawatan:

a) *The agent* (Perantara)

Meliputi perawat, bidan dan orang lain. Ernestine mengutarakan

empat konsep yang mempengaruhi praktik keperawatan yaitu filosofi, tujuan, praktik dan seni. Filosofi yang dikemukakan adalah tentang kebutuhan ibu dan bayi yang segera mengembangkan yang lebih luas yaitu kebutuhan untuk persiapan menjadi orang tua.

b) *The recipient* (Penerima)

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

c) *The goal / purpose*

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

d) *The Means*

Metode untuk mencapai tujuan asuhan kebidanan ada empat tahap yaitu:

- 1) Identifikasi kebutuhan klien, memerlukan keterampilan dan ide
- 2) Memberikan dukung dalam mencapai pertolongan yang dibutuhkan (*ministration*)
- 3) Memberikan bantuan sesuai kebutuhan (*validation*)
- 4) Mengkoordinasi tenaga yang ada untuk memberikan bantuan (*coordination*) Untuk mengidentifikasi kebutuhan ini diperlukan
- 5) Pengetahuan : untuk bisa memahami kebutuhan pasien / klien
- 6) *Judgement* (penilaian) : kemampuan pengambilan keputusan
- 7) Keterampilan : kemampuan perawat / bidan memenuhi kebutuhan pasien

The frame work lingkungan sosial, organisasi dan profesi kelima kelompok Wiedenbach dapat digambarkan dalam bagian:

- Identifikasi
- Mempersiapkan
- Koordinasi
- Validasi

#### 5) Teori Jean Ball

Menurut Jean Ball, respon terhadap perubahan setelah melahirkan akan mempengaruhi personality seseorang dan dengan dukungan mereka akan mendapatkan sistem keluarga dan sosial. Persiapan yang sudah dilakukan bidan pada masa postnatal akan mempengaruhi respon emosional wanita terhadap perubahan akibat proses kelahiran tersebut. Kesejahteraan wanita setelah melahirkan sangat tergantung pada *personality* atau kepribadian. Sistem dukungan pribadi dan dukungan dari pelayanan maternitas. Ball mengemukakan teori kursi goyang yang dibentuk 3 elemen:

- pelayanan maternitas
- pandangan masyarakat terhadap keluarga
- Sisi penyangga atau support terhadap kepribadian wanita

#### Teori Jean Ball dalam Konsep

- a) *Women* : Ball memusatkan perhatiannya terhadap perkembangan emosional dalam proses melahirkan
- b) *Health* : Merupakan pusat dari model Ball, tujuan dari postnatal care agar mampu menjadi ibu
- c) *Environment* : Lingkungan sosial dan organisasi dalam sisi dukungan
- d) *Midwifery* : Penelitian postnatal
- e) *Self* : Secara jelas kita dapat melihat bahwa peran bidan dalam memberikan dukungan dan membantu seseorang wanita untuk menjadi yakin dengan perannya sebagai ibu

## **E. Rangkuman**

Konseptual model kebidanan biasanya berkembang teori wawasan intuitif keilmuan yang sering kali disimpulkan dalam kerangka acuan disiplin ilmu yang bersangkutan (Fawcett, 1992) sehingga konseptual model memberikan gambaran abstrak atau ide yang mendasari disiplin ilmu serta memberi kerangka untuk memahami dan mengembangkan praktik untuk membimbing tindakan dalam melakukan asuhan kebidanan. Teori yang mendasari model asuhan kebidanan diantaranya teori dari Reva Rubin yang menekankan pada pencapaian peran ibu, Ramona Mercer tentang stress adaptasi, Ela Joy Lehrman tentang aspek praktik bidan pada ibu hamil dan bersalin, Ela melihat tentang perubahan setelah melahirkan mempengaruhi personality serta Erneitein Wiedenbach menekankan pada masalah keperawatan maternitas yang meliputi the agent, the recipient, the goal and the means.

## **F. Referensi**

Pusdik SDM Kemenkes RI. 2016. Konsep Kebidanan dan Etikolegal dalam Praktik Kebidanan.

## **G. Evaluasi**

1. Jelaskan yang dimaksud dengan model pelayanan kebidanan!
2. Sebutkan teori-teori kebidanan yang mempengaruhi model pelayanan kebidanan!
3. Jelaskan bagaimana tahapan prempuan menurut Rubin!



## BAB III

### *CONTINUITY OF CARE (COC)*

#### **A. Standar Kompetensi**

Mata kuliah ini memberikan asuhan berkelanjutan bermutu tinggi untuk memaksimalkan pelayanan kesehatan kepada perempuan sepanjang siklus kehidupannya. Pada bagian ini, membahas tentang *continuity of care (CoC)* atau asuhan berkelanjutan.

#### **B. Standar Kompetensi Dasar**

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan tentang penerapan *continuity of care* dalam asuhan kebidanan

#### **C. Indikator**

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang *continuity of care*
2. Mahasiswa mampu menyebutkan contoh penerapan *continuity of care* dalam pelayanan kebidanan

#### **D. Materi**

##### **1. Definisi *Continuity of Care (CoC)***

*Continuity of care* adalah asuhan kebidanan berkelanjutan yang merupakan dasar untuk model pelayanan kebidanan. *Continuity of Care* ini adalah proses yang memungkinkan mahasiswa untuk memberikan perawatan holistik dan membangun kemitraan yang berkelanjutan dengan klien dalam rangka memberikan pemahaman, dukungan dan kepercayaan. Asuhan berkesinambungan diaplikasikan dengan satu mahasiswa untuk satu klien, dari kontak awal pada awal kehamilan, persalinan, kelahiran dan periode pascanatal. Sedangkan ICM menyebutkan bahwa model perawatan *Continuity of Care* dalam asuhan kebidanan menjadi salah satu cara untuk memastikan wanita dan bayinya mendapatkan perawatan terbaik dari bidan di seluruh kontinum persalinan.

##### **2. Penerapan Model CoC pada Mahasiswa Kebidanan**

Secara garis besar Program Pendidikan bidan di beberapa negara diterapkan dalam 2 model asuhan kebidanan *Continuity of Care (CoC)* yaitu dengan *Follow Through Experience (FTE)* dan CoC dengan model beban kasus (*caseloading*) pada mahasiswa.

a. *Continuity of Care (CoC)* dengan *Follow Through Experience (FTE)*

Model asuhan kebidanan *Follow Through Experience (FTE)* menggunakan konsep CoC yang pertama kali diterapkan dalam pendidikan kebidanan di Australia (ACM, 2004). Konsep FTE menjadi pengalaman tambahan yang diberikan kepada mahasiswa untuk memberikan asuhan kebidanan secara berkelanjutan kepada perempuan sejak kehamilan, persalinan hingga masa nifas. Model ini didesain untuk melibatkan mahasiswa agar memperoleh pengalaman secara langsung dalam pengembangan hubungan profesional dengan memberikan asuhan kebidanan yang berkelanjutan pada perempuan. FTE ini diperkenalkan oleh *Australian College of Midwives* sebagai bagian dari Standar Nasional untuk program *Bachelor of Midwifery*. FTE ini dilakukan selama tiga tahun. FTE terbukti mampu meningkatkan hubungan baik antara mahasiswa kebidanan dengan klien, hubungan ini merupakan aspek penting dalam pembelajaran praktik klinik.

Pengalaman asuhan secara berkelanjutan (CoC) diartikan sebagai hubungan kebidanan yang terus menerus antara mahasiswa dengan perempuan sejak kontak pertama kali pada awal kehamilan dan berlanjut hingga minggu-minggu setelah melahirkan yang terjadi sejak di komunitas hingga ke rumah sakit. Pengalaman melalui CoC dimaksudkan untuk memungkinkan mahasiswa mengalami secara terus- menerus bersama seorang perempuan sepanjang periode kehamilan, persalinan dan nifas, asuhan yang diinginkan oleh perempuan dapat diberikan melalui model asuhan kebidanan yang berkelanjutan.

Pengalaman FTE mengharuskan mahasiswa untuk bertemu dengan wanita selama kehamilannya, dan kemudian terus bertemu secara reguler sampai masa postpartum awal. Proses rekrutmen bervariasi pada masing-masing institusi kebidanan karena beberapa lahan praktik meminta mahasiswa kebidanan itu sendiri yang mencari dan menemukan klien, sehingga mendorong siswa itu sendiri untuk mendekati perempuan (klien), sementara ada juga institusi kebidanan yang menentukan jumlah asuhan atau jumlah klien dalam model beban kasus (*caseloading*), sehingga klien secara otomatis menjadi bagian dari beban kasus mahasiswa kebidanan.

Rekrutmen klien sepenuhnya dilakukan oleh mahasiswa dan mereka diminta untuk merekrut wanita dari mana saja sesuai kemampuannya, tapi biasanya tempat atau lokasi pelayanan kesehatan sudah ditentukan dan dibatasi oleh institusi kebidanan masing-masing. Mahasiswa umumnya diminta untuk menyelesaikan proses persetujuan (*informed consent*) dimana wanita diberi brosur dan lembar informasi dari institusi kebidanan. Untuk asuhan tindak lanjut, pada lembar *informed consent* dituliskan rincian kontak dari koordinator lahan praktik suatu institusi pendidikan. Sehingga wanita bisa melakukan kontak jika diperlukan. Mahasiswa bisa saja menemui wanita saat mereka sudah menyetujui perjanjian atau persetujuan dilakukan asuhan kebidanan (*informed consent* disetujui dan ditandatangani oleh klien dan mahasiswa), saat pemeriksaan antenatal bidan dan klien bertukar informasi kontak. Seorang Mahasiswa kemudian akan mengikuti wanita dalam perjalanannya melalui kehamilannya secara teratur, bertemu dengan klien dan / atau berkomunikasi lewat telepon. Keteraturan dan intensifnya komunikasi antara mahasiswa dan klien akan tergantung pada ketersediaan waktu dari klien dan mahasiswa, dengan juga mempertimbangan letak geografis tempat tinggal klien. Paling tidak mahasiswa bertemu dengan wanita pada setiap jadwal antenatalnya. Hal ini memberi kesempatan kepada mahasiswa kebidanan untuk melakukan asuhan di bawah pengawasan seorang bidan.

Mahasiswa harus mengupayakan untuk hadir pada saat klien tersebut bersalin, namun pada tahun pertama hal ini tidak wajib. Pada tahun ketiga, mahasiswa wajib mengadiri persalinan semua kliennya. Mahasiswa biasanya dihubungi oleh bidan saat klien melahirkan ke lahan praktik dan mahasiswa kemudian datang untuk ikut melakukan asuhan pada klien. Setelah kelahiran, mahasiswa akan terus bertemu, atau berkomunikasi dengan wanita tersebut secara teratur, sampai beberapa minggu setelah kelahiran bayinya. Untuk menjaga hubungan antara Mahasiswa dengan klien dan mencatat pengalamannya saat melakukan asuhan FTE ini pada jurnal reflektif.

Tujuan dari FTE sama untuk mahasiswa pada tingkat awal dan tingkat akhir, namun pengembangan pembelajarannya bertahap. Standar jumlah asuhan di institusi pendidikan kebidanan awalnya adalah 30 asuhan selama tiga tahun, namun standar pendidikan kebidanan nasional di Australia (ANMC) telah direvisi pada

tahun 2009 yaitu 20 asuhan FTE terlepas dari panjang dan jenisnya program pendidikan kebidanan yang mereka jalani.

Saran dari para pendidik dan pengambil kebijakan di Eropa dan UK agar negara mempertimbangkan hal-hal yang berhubungan dengan inovasi dalam standar Pendidikan, dimana mereka harus memperjuangkan upaya menurunkan angka intervensi medis dalam kelahiran yang semakin meningkat dan memikirkan permasalahan yang berhubungan dengan pemberian asuhan yang terkotak-kotak

b. *Continuity of Care* dengan *model* beban kasus (*caseloading*)

*Caseloading* adalah contoh model asuhan kebidanan yang menyediakan layanan panggilan (*on call*), sesuai filosofi dalam asuhan kebidanan yaitu bidan menjalin kemitraan profesional dengan wanita hamil, mengikuti perkembangannya sampai masa nifas, hal ini menciptakan kesetaraan, tanggung jawab bersama, pilihan system asuhan oleh klien yang diinformasikan kepada bidan, pemberdayaan klien dalam proses asuhan kebidanan, negosiasi individual dan pemenuhan diri baik untuk klien maupun bidan. Perhatian bidan berpusat pada klien sebagai wanita, kehamilan dan kelahiran dipandang sebagai kejadian hidup normal dan sehat dan asuhan kebidanan dipastikan bahwa satu klien memiliki satu bidan utama sebagai pengasuh utama.

Perbedaan model *student caseloading* di UK dengan model CoC di Australia dimulai sejak tahun pertama Pendidikan dimana secara bertahap mahasiswa diperbolehkan untuk memberikan asuhan kebidanan secara mandiri baru pada tahun ketiga, sedangkan model *students caseloading* tidak dimulai pada tahun pertama studi, melainkan pada 18 bulan terakhir masa studi, dimana mahasiswa sudah pada tahap pengembangan tingkat kompetensi klinik untuk praktik secara mandiri dan dapat dipastikan berada dibawah pengawasan mentor.

Penerapan *student caseloading* di Universitas Bournemouth bertujuan untuk:

- 1) Mengikuti seorang perempuan dalam rentang masa kehamilan, persalinan dan menjalani peran sebagai ibu (*motherhood*)
- 2) Memperoleh pengalaman menyediakan asuhan kebidanan yang terus menerus sepanjang kehamilan, persalinan dan nifas

- 3) Merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi program asuhan kebidanan dan meningkatkan pengalaman berlatih mengambil keputusan secara mandiri menjadi terampil dibawah pengawasan bidan yang berpengalaman
- 4) Memperoleh pengalaman mengenai praktik mandiri dalam pengawasan yang memadai

Persiapan Pendidikan dan mekanisme dukungan dalam praktik sangat penting dalam upaya keberhasilan dari *student caseloading* yang meliputi buku panduan praktik tentang *caseloading*, pertemuan tiga pihak antar mahasiswa, bidan pembimbing serta pembimbing akademik yang memiliki pengaruh besar dalam pelaksanaan *caseloading* ini, dimana mahasiswa bidan mengidentifikasi bahwa *student caseloading* sebagai jembatan utk mendapatkan pengalaman yang sangat berharga, sikap bidan pendidik dan institusi ikut andil menjadi bagian yang berpengaruh dalam membangun rasa percaya diri mahasiswa sejak persiapan maupun saat belajar sebagai upaya dalam pengawasan dan pemeliharaan komunikasi dari pengalaman dalam menerapkan model asuhan beban kasus secara CoC.

Gambaran model Pembelajaran klinik kebidanan yang sesuai dengan Filosofi Asuhan Kebidanan “women centered care” di beberapa Negara digambarkan dalam table dibawah ini:

Tabel 1. Praktik Klinik Kebidanan di beberapa Negara

Negara	Target Keterampilan	Jumlah Jam PKK	Keterangan
Australia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 ANC</li> <li>• 40 INC</li> <li>• 100 PNC</li> <li>• 20 CoC/FTE</li> </ul>	1500 Jam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kasus FTE yang dihitung termasuk dalam target keterampilan</li> <li>• Dimulai pada 18 bulan terakhir masa study</li> <li>• Minimal 8 FTE sampai selesai study</li> <li>• Kasus CoC</li> </ul>
United Kingdom	Mengikuti 50 proses kelahiran	1638 jam (60 % masa study)	<p>“Students case loading” berbeda untuk setiap mahasiswa (1-18)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimulai sejak tahun pertama</li> <li>• Tahun I: 2-3 FTE (membantu)</li> <li>• Tahun II: 8 FTE sendiri (dibawah pengawasan)</li> <li>• Tahun III: ikut di bidan praktik mandiri (28 minggu), Tidak disebutkan jumlah FTE</li> </ul>
New Zeland	Mengikuti 30 proses kelahiran	1500 jam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tahun II: 8 FTE sendiri (dibawah pengawasan)</li> <li>• Tahun III: ikut di bidan praktik mandiri (28 minggu), Tidak disebutkan jumlah FTE</li> </ul>
Indonesia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 ANC, 5 INC, 10 PNC</li> <li>• 1 CoC</li> </ul>	720 jam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengalaman CoC hanya ditargetkan 1 asuhan dalam waktu 1 bulan</li> <li>• PKK-CoC dimulai pada tahun ke III</li> </ul>

### 3. Manfaat Penerapan CoC dalam pembelajaran kebidanan

CoC sangat berarti dalam Pendidikan kebidanan yang dilakukan oleh mahasiswa yang merupakan sebuah contoh praktik terbaik dan sebuah model untuk pelayanan maternitas yang akan datang yang harus terus dikembangkan. Dimana ketika mahasiswa bidan hadir dalam seluruh fase yang dihadapi perempuan dan keluarganya selama proses kelahiran, mahasiswa memperoleh pengalaman sebagai konsekuensi atas perannya sebagai bidan. Disamping bidan dapat menggunakan pengalamannya tersebut untuk mengasah kemampuannya dalam mengembangkan keterampilan interpersonalnya. belajar dengan menjalin hubungan yang intensif dapat meningkatkan kompetensi klinik mahasiswa dan rasa percaya diri sebagai seorang praktisi.

Model pembelajaran klinis CoC terbukti memberikan kesempatan belajar yang unik bagi mahasiswa untuk memahami filosofi kebidanan, mengembangkan hubungan yang selaras dengan pasien dan mengembangkan hubungan yang efektif dan juga meningkatkan promosi tentang filosofi perawatan yang berpusat pada perempuan (*women center care*). Memberikan manfaat tambahan, seperti deteksi dini dan pengobatan yang tepat untuk kehamilan berisiko tinggi.

Filosofi asuhan kebidanan memandang proses kelahiran dalam kehidupan perempuan dari berbagai sudut pandang yaitu dari biologis, social maupun psikologisnya. Filosofi bidan akan mempengaruhi model asuhan yang diberikan dimana bidan dalam memberikan asuhan didasari pada keyakinan bahwa:

- a. Proses kelahiran merupakan pengalaman yang sangat bermakna bagi perempuan, keluarga maupun masyarakat,
- b. Persalinan adalah sebuah proses yang fisiologis,
- c. Bidan adalah pemberi asuhan yang mempunyai peran besar dengan mendampingi perempuan selama kehamilan, persalinan, kelahiran dan masa nifas,
- d. Asuhan kebidanan melibatkan perempuan akan tanggung jawab terhadap kesehatannya serta kesehatan keluarganya,
- e. Asuhan kebidanan dilakukan dalam sebuah hubungan kemitraan dengan perempuan, bersifat individual, berkelanjutan dan tidak ada paksaan.
- f. Asuhan kebidanan merupakan kombinasi dari ilmu pengetahuan dan seni.
- g. Bidan memiliki rasa percaya diri dan dapat dipercaya serta perhatian terhadap perempuan dan kemampuannya dalam memberi asuhan.
- h. Perempuan merupakan pengambil keputusan utama dalam asuhannya dan berhak memperoleh informasi untuk mampu mengambil keputusan.

Penelitian terhadap dukungan sosial dalam kehamilan dan kelahiran menunjukkan bahwa wanita yang didukung merasa kurang cemas, lebih terkendali, dan lebih puas dengan kehamilan mereka, proses perawatan dan ini diterjemahkan menjadi hasil fisik dan psikologis yang lebih baik untuk wanita dan bayi mereka. Manfaat terkait termasuk kurangnya intervensi klinis dalam persalinan, tahap kedua waktu persalinan yang lebih pendek, lebih sedikit penggunaan analgesia, lebih sedikit operasi caesar dan lebih sedikit episiotomi.

Seorang bidan yang secara konsisten peka terhadap kebutuhan ibu harus hadir, atau kurangnya partisipasi dan pengambilan keputusan yang matang dapat terjadi. Sebuah survei terhadap wanita di Australia sehubungan dengan kesinambungan, pilihan, kontrol, dan kepuasan sehubungan dengan perawatan kebidanan mereka. mengungkapkan bahwa ada dukungan luar biasa dari wanita, terlepas dari tingkat intervensi, untuk pengasuh primer yang berkelanjutan.

Wanita dengan risiko tinggi mendapat manfaat sebanyak mungkin jika mendapatkan perawatan yang berkelanjutan. Ada beberapa bukti yang saling bertentangan yang menunjukkan bahwa COC tidak harus sama dengan perawatan yang rutin. Meskipun itu penting bagi kebanyakan wanita, fokus pada kontinuitas dapat mengabaikan aspek lain dari perawatan yang sama pentingnya. Sudah jelas bahwa perawatan yang berpusat pada wanita membutuhkan kesinambungan perawatan atau COC, karena hubungan dengan pengasuh sangat penting. Ada juga indikasi bahwa kontinuitas asuhan adalah bagian dari asuhan kebidanan (sebagai bagian dari bidan menggunakan elemen ini untuk mendapatkan kembali otonomi profesional yang hilang dengan bekerja dalam lingkungan hirarki yang didominasi oleh obat-obatan) dan bahwa kepuasan kerja di antara bidan telah meningkat. Ada juga bukti peningkatan stres dalam kebidanan ketika bidan memiliki peran otonom. Profesi bidan merupakan profesi yang membutuhkan komitmen, loyalitas, waktu, dan energi yang besar, tetapi imbalannya juga besar. Akhirnya, meskipun wanita menginginkan perawatan yang konsisten dari orang yang mereka percayai, yang paling penting adalah filosofi perawatan, termasuk berbagi informasi dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan.

#### **4. Asuhan Kebidanan dengan Penerapan Prinsip *Continuity of Care***

##### **a. *Personalized care atau individualized care***

*Personalized care* adalah berfokus pada kebutuhan, harapan, dan keinginan wanita, mengakui hak perempuan dan menghargai keputusan wanita untuk menentukan asuhan kebidanan yang akan diperolehnya. Sedangkan dasar yang harus diperhatikan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan adalah kebutuhan klien, untuk mengidentifikasi kekhususan kebutuhan masing-masing klien perlu diketahui apa saja kebutuhan yang diinginkan oleh klien.

Kebutuhan dasar manusia yang dalam hal ini adalah wanita, tersusun dalam

bentuk hirarki atau berjenjang. Setiap jenjang kebutuhan akan terpenuhi jika jenjang sebelumnya telah terpuaskan. Urutan jenjang kebutuhan manusia menurut Maslow adalah sebagai berikut, kebutuhan dasar (fisiologis), kebutuhan akan rasa aman, kebutuhan dimiliki dan cinta, kebutuhan dihargai dan kebutuhan aktualisasi diri, bidan dituntut untuk memenuhi kebutuhan yang paling dasar terlebih dahulu, kemudian memenuhi kebutuhan pada jenjang berikutnya. Teori Maslow ini sudah mencakup semua dimensi yang ada pada wanita, yaitu dimensi fisik, psikologis, sosial, spiritual, kultural.

b. *Holistic care*

*Holistic care* maksudnya yaitu memandang klien, yang dalam hal ini adalah seorang perempuan yang unik, perempuan dipandang sebagai satu kesatuan yang utuh baik dari segi fisik, psikologik, sosial dan kultural dari masing-masing klien. Sedangkan *Holistic care* menurut pakar lain adalah hal yang dilakukan secara holistik yaitu asuhan yang dilakukan dalam hal menangani sosial, emosional, kebutuhan fisik, psikologis, spiritual, dan budaya serta harapan wanita.

c. *Partnership care*

*Partnership care* dikemukakan bahwa dalam melakukan model asuhan kebidanan *partnership care* bidan melibatkan profesional kesehatan lainnya dengan cara berkolaborasi bila diperlukan. *Partnership care* menurut maksudnya adalah bidan dan perempuan kedudukannya setara dalam proses asuhan kebidanan, fungsi bidan memberdayakan perempuan dan keluarga dalam pengambilan keputusan, perempuan dan keluarga dilibatkan dalam menjaga kesehatan dirinya

d. *Evidence based care*

*Evidence based care* merupakan Asuhan yang diberikan berdasarkan pada bukti yang telah ada sesuai dengan ilmu pengetahuan. Bidan harus menyediakan informasi yang objektif dan relevan.

e. *Collaborative care*

Bekerja dalam tim, pelayanan bidan dibedakan menjadi layanan primer (layanan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan), layanan kolaborasi (layanan yang dilakukan bidan sebagai anggota tim yang pelayanannya dilakukan secara bersamaan) dan layanan rujukan (layanan yang dilakukan bidan dalam rangka rujukan ke system pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu

pelayanan yang diberikan bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan bidan ke tempat fasilitas kesehatan lain secara horisontal maupun vertikal.

## E. Rangkuman

Model *Continuity of Care* dalam asuhan kebidanan menjadi salah satu cara untuk memastikan wanita dan bayinya mendapatkan perawatan terbaik dari bidan di seluruh kontinum persalinan. Model CoC saat ini banyak diterapkan dalam dunia pendidikan kebidanan khususnya dalam kegiatan praktik kebidanan bagi mahasiswa kebidanan. Beberapa hal terkait penerapan CoC memiliki prinsip yang harus dijunjung tinggi sebagai upaya meningkatkan kualitas layanan kebidanan.

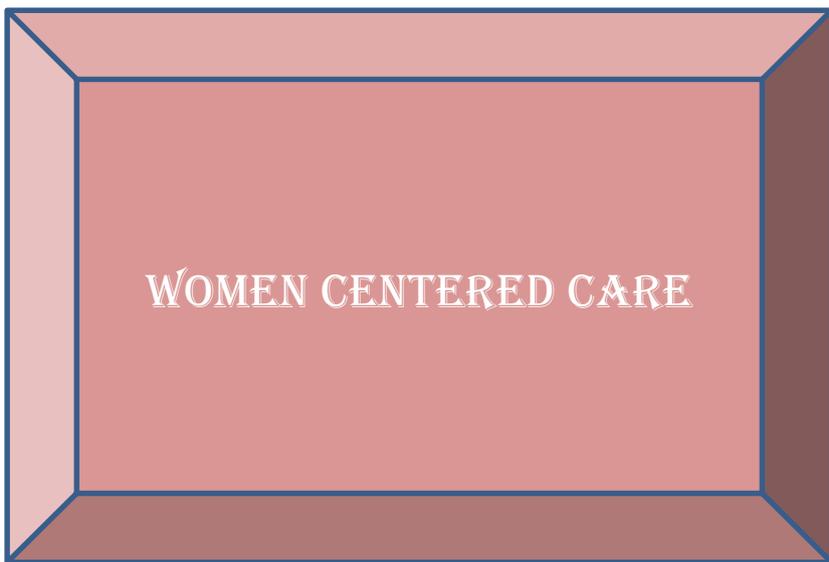
## F. Referensi

1. Avery, Owen M & Emily B., (2012). Essential Components of Successful Collaborative Maternity Care Models The ACOG-ACNM Project. *Obstetri and Gynecol Clinic Nursing Journal*.39:423-434
2. AIPKIND (2012). *Sistem Pendidikan Kebidanan di Indonesia*. Jakarta: Ikatan Bidan Indonesia Dan Assosiasi Institusi Pendidikan Kebidanan Indonesia
3. ICM, 2011. Philosophy and Model of Midwifery Care [WWW Document]. URL [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005\\_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf) (accessed 12.18.18).
4. Yanti, 2015. *Pengembangan Model Pembelajaran Klinik : Continuity Of Care Pada Program Pendidikan D III Kebidanan*. Disertasi. Univ. Gadjah Mada.,
5. Homer, C., Brodie, P., Leap, N., 2008. Midwifery Continuity of Care: A Practical Guide. *Elsevier Health Science*
6. Nuriaty Rr.Sri, 2018. Pemahaman Mahasiswa tentang filosofi Asuhan Kebidanan “Women Centered Care” Berdasarkan Laporan Asuhan Kebidanan Continuity of care (CoC). *Proceeding UNISA*: 30—40
7. McLachlan, H.L., Newton, M., Nightingale, H., Morrow, J., Kruger, G., 2013. Exploring the ‘follow-through experience’: A statewide survey of midwifery students and academics conducted in Victoria, Australia. *Midwifery* 29, 1064–1072. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.017>
8. Dawson, K., Newton, M., Forster, D., McLachlan, H., 2015. Exploring midwifery students’ views and experiences of caseload midwifery: A cross-sectional survey conducted in Victoria, Australia. *Midwifery* 31, e7–e15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.007>
9. Browne, J., Taylor, J., 2014. ‘It’s a good thing...’: Women’s views on their continuity experiences with midwifery students from one Australian region. *Midwifery* 30, e108–e114. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.11.006>

10. Carter, A.G., Wilkes, E., Gamble, J., Sidebotham, M., Creedy, D.K., 2015. Midwifery students' experiences of an innovative clinical placement model embedded within midwifery continuity of care in Australia. *Midwifery* 31, 765–771. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.006>

#### **G. Evaluasi**

1. Jelaskan definisi asuhan berkelanjutan dalam kebidanan!
2. Apakah prinsip dalam penerapan asuhan berkelanjutan?
3. Jelaskan manfaat penerapan asuhan berkelanjutan bagi klien?



## **BAB IV**

### ***WOMEN CENTERED CARE***

#### **A. Standar Kompetensi**

Mata kuliah ini merupakan tahapan dasar bagi seorang bidan untuk memahami peran dan standar kompetensi seorang bidan di Indonesia. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat memberikan asuhan kebidanan yang sehat, aman, dan berkualitas sesuai dengan peraturan hukum yang berlaku di Indonesia berkaitan standar pelayanan kebidanan.

#### **B. Kompetensi Dasar**

Pada akhir perkuliahan diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep *women centered care* dalam pelayanan kebidanan.

#### **C. Indikator**

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang definisi *women centered care*
2. Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip asuhan yang berpusat pada perempuan
3. Mahasiswa mampu menjelaskan contoh penerapan asuhan berpusat pada perempuan dalam layanan kebidanan

#### **D. Materi**

##### **1. Definisi *Women Centered Care* (Pelayanan yang berpusat pada perempuan)**

*Women centered care* merupakan suatu filosofi dasar dan suatu pendekatan praktis yang secara sadar dipilih untuk diterapkan dalam melakukan asuhan kebidanan pada perempuan usia reproduksi. Filosofi ini membutuhkan adanya hubungan kolaboratif yang kuat antara bidan dengan perempuan atau kliennya.

##### **2. Prinsip Asuhan yang Berpusat pada Perempuan**

Prinsip asuhan yang berpusat pada perempuan meliputi 3 aspek, yaitu:

###### **a. Pilihan**

Seorang perempuan memiliki kesempatan dan hak untuk dapat menentukan status kesehatan reproduksinya, misalnya menentukan waktu kapan merasa siap untuk hamil, memilih jenis persalinan, memilih jenis alat kontrasepsi, bahkan menentukan fasilitas layanan kesehatan yang ingin digunakan.

b. Akses

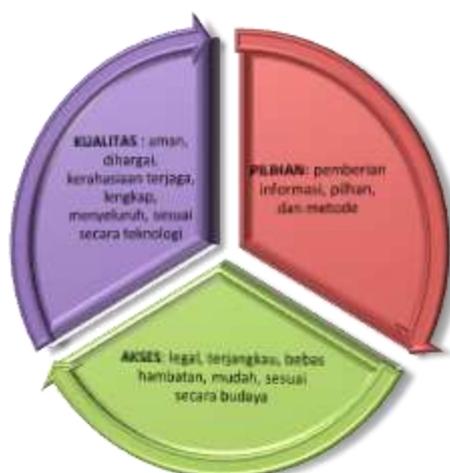
Prinsip akses dalam asuhan yang berpusat pada perempuan dimaknai bahwa asuhan yang diberikan dapat dijangkau dari sisi ekonomi, waktu yang memadai, akses menuju layanan kesehatan, serta adanya jaminan kerahasiaan terhadap setiap informasi yang diberikan.

c. Kualitas

Prinsip ketiga pada asuhan yang berpusat pada perempuan yaitu kualitas yang artinya bahwa asuhan kebidanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan individu dan situasi sosialnya bahkan untuk perempuan-perempuan dalam kondisi tertentu yang kurang menguntungkan bagi mereka. Selain itu, prinsip ini juga menekankan pada adanya penggunaan evidence based atau metode yang memang telah direkomendasikan berdasarkan hasil penelitian dan terstandar.

Sebagai upaya menjunjung tinggi kualitas layanan yang diberikan, asuhan yang berpusat pada perempuan memungkinkan adanya proses rujukan atau penggunaan fasilitas kesehatan lain yang terkait sesuai dengan kondisi yang dihadapi. Jaminan akan kerahasiaan, non-diskriminatif, respectful, serta penggunaan metode tepat guna juga merupakan upaya pemenuhan prinsip kualitas yang dapat dilakukan dalam asuhan berpusat pada perempuan.

Prinsip asuhan yang berpusat pada perempuan dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3. Prinsip *Women Center Care*

### 3. Penerapan *women centered care*

Beberapa dekade terakhir kebijakan kesehatan semakin fokus pada pengguna layanan individu. Konsep perawatan yang berpusat pada wanita telah digunakan sebagai kerangka kerja dalam berbagai dokumen kebijakan dan standar yang terkait dengan kebidanan, terutama di Inggris dan Australia. Di Inggris, perawatan yang berpusat pada wanita adalah konsep yang diperkenalkan dalam *Changing Childbirth report* Komite ahli dibentuk pada tahun 1992 untuk meninjau kebijakan tentang perawatan bersalin pada Layanan Kesehatan Nasional. Tujuannya adalah untuk memperoleh pandangan perempuan yang telah melahirkan sejak 1989 dan yang tidak terkait dengan kelompok atau organisasi apapun. Komponen utama dari pandangan ini adalah sebagai berikut:

- a. Layanan harus menanggapi kebutuhan unik perempuan dan menghormati latar belakang etnis, budaya, sosial, dan keluarga.
- b. Wanita itu harus dilibatkan secara dekat dalam merencanakan perawatannya sendiri dan harus dirawat oleh pengasuh yang dikenal.
- c. Wanita itu harus diberi informasi yang memadai untuk merencanakan perawatannya.
- d. Kebutuhan psikologis dan fisik wanita harus dipahami dan otonominya dihormati

Laporan tersebut menyimpulkan bahwa asuhan maternitas harus berpusat pada wanita, berkonsentrasi pada pemenuhan kebutuhan wanita yang menjadi tujuan layanan. Memastikan bahwa perempuan memiliki kendali atas perawatan mereka, fokus pada kebutuhan mereka, dan menerima pendekatan yang berbeda adalah bagian dari kapasitas ini untuk bekerja dengan cara yang berpusat pada perempuan. Menjadi fleksibel dalam peran pengasuhan dan mendukung keluarga adalah komponen dari pendekatan ini.

*Women centred care* merupakan asuhan kesehatan yang mana wanita sebagai fokusnya. Asuhan yang diberikan lebih memperhatikan lingkungan sosialnya dibandingkan dengan kebutuhan institusi atau profesi antara lain yaitu kebutuhan, harapan dan aspirasi setiap wanita. *Women centred care* adalah istilah yang digunakan untuk filosofi asuhan maternitas yang memberi prioritas pada keinginan dan kebutuhan pengguna, dan menekankan pentingnya *informed choice*, kontinuitas

perawatan, keterlibatan pengguna, efektivitas klinis, respon dan aksesibilitas *Women centred care* adalah istilah yang menggambarkan kesehatan yang menghormati nilai-nilai, budaya, pilihan, dan preferensi wanita dan keluarganya, dalam konteks mempromosikan hasil kesehatan yang optimal.

Tujuan dari sebuah studi dalam mengembangkan model kebidanan berbasis bukti perawatan yang berpusat pada wanita di Swedia dan Islandia. Empat persyaratan yang saling terkait diidentifikasi, berdasarkan pada sintesis temuan dari 12 studi kualitatif yang diterbitkan antara lain:

- 1) Hubungan timbal balik diperlukan ketika bidan mengenal wanita yang ia rawat dan wanita tersebut memahami bidannya.
- 2) Suasana harus tenang untuk menghindari gangguan.
- 3) Bidan harus memiliki sumber daya dan keterampilan diminta untuk menggunakan pengetahuan yang diwujudkan, atau "membumi" secara berbeda dalam menanggapi kebutuhan masing-masing wanita.
- 4) Konteks budaya, yang terdiri dari norma-norma yang dapat menghalangi atau mempromosikan perawatan yang optimal, harus mencakup model perawatan yang menempatkan bidan di sisi wanita, memberikan dukungan terus menerus selama persalinan.

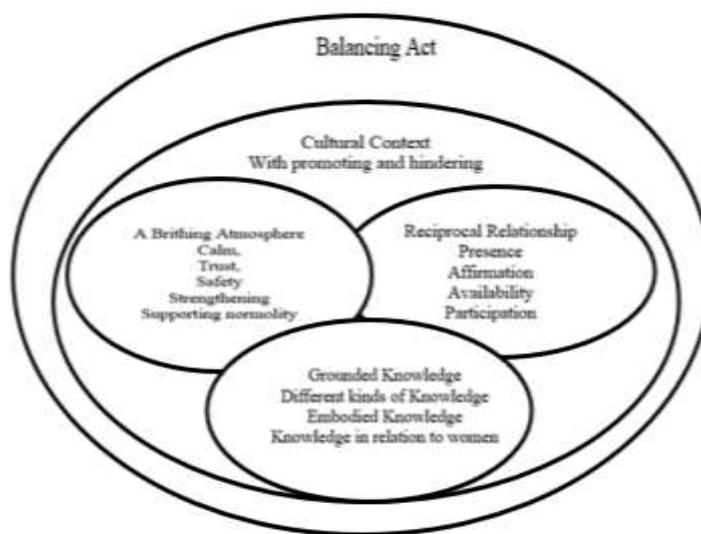
Penelitian lainnya melakukan analisis konsep untuk mendefinisikan perawatan yang berpusat pada wanita. Penelitian kualitatif, eksploratif, deskriptif melibatkan 24 ibu dan 12 bidan yang hadir, yang berpartisipasi dalam wawancara komprehensif dan observasi partisipan. Karakteristik dari konsep "*women center care*" terdiri dari:

- 1) Fokus individu
- 2) Tanggung jawab bersama, timbal balik, komunikasi terbuka, dan daya penerimaan
- 3) Pemberdayaan
- 4) Berbagi informasi, saling ketergantungan, dan kolaborasi
- 5) Pengambilan keputusan partisipatif dengan pengasuh yang dikenal
- 6) Otonomi, penentuan nasib sendiri, dan kemandirian
- 7) Penghargaan: menghormati budaya, etnis, dan latar belakang sosial dan keluarga

- 8) Perawatan holistik
- 9) Suasana ketenangan dan keamanan

Keyakinan akan proses yang fisiologis dalam daur kehidupannya kemudian diwujudkan kedalam sebuah model praktik klinik kebidanan “*women centered care*” dimana perempuan diposisikan sebagai pusat perhatian dalam pengalaman proses pesalinan. Prinsip *women centered care* adalah:

- a. Fokus pada individu wanita, kebutuhan unik, harapan dan aspirasi, bukan kebutuhan lembaga atau profesi yang terlibat
- b. Mengakui hak wanita untuk menentukan nasib sendiri dalam hal pilihan, control dan kontinuitas perawatan dari pemberi asuhan atau pemberi asuhan yang dikenal
- c. Meliputi kebutuhan bayi, keluarga wanita itu, orang lain yang signifikan dan masyarakat, seperti yang diidentifikasi dan dinegosiasikan oleh wanita itu sendiri
- d. Mengikuti wanita secara menyeluruh antara Lembaga dan masyarakat, melalui semua tahapan kehamilan, kelahiran dan masa postnatal,
- e. Melibatkan kolaborasi dengan professional kesehatan lainnya bila diperlukan
- f. Perawatan secara holistic dalam hal menangani social, emosional, kebutuhan fisik wanita, psikologis, spiritual dan budaya serta harapan
- g. Mengakui keahlian wanita dalam pengambilan keputusan



Gambar 4. A Midwifery model of women-centered childbirth care (Berg et al.,2012)

Model ini mencakup lima tema tertentu. Tiga tema sentral yang terjalin adalah: hubungan timbal balik yang terjalin melalui kehadiran, pemberdayaan diri, ketersediaan pemberi asuhan, dan partisipasi dari perempuan, suasana melahirkan (tenang, terjalin saling percaya, aman, kuat dan mendukung persalinan normal), dan pengetahuan yang mencakup berbagai jenis pengetahuan, pengetahuan diri sendiri dan pengetahuan hubungannya dengan perempuan. Sisanya dua tema yang juga berpengaruh pada perawatan, adalah konteks budaya (menganalisa norma-norma budaya yang mendukung dan menghambat), dan melakukan tindakan dengan seimbang akan memfasilitasi perawatan yang berpusat pada perempuan.

Praktik asuhan kebidanan terus dikembangkan untuk mewujudkan filosofi asuhan kebidanan yang komprehensif (*holistic care*) melalui hubungan yang terjalin secara terus-menerus antara perempuan dengan bidan agar timbul kepercayaan satu sama lain (*continuity of care*). Sebagian besar perempuan menggambarkan sebuah pelayanan kebidanan yang berkualitas adalah pelayanan yang didasari atas hubungan saling percaya yang terjalin dengan bidan, hubungan yang terus berlanjut sepanjang waktu menyediakan asuhan yang bermutu tinggi.

## **E. Rangkuman**

*Women centered care* atau asuhan yang berpusat pada perempuan merupakan salah satu model dalam layanan kebidanan yang memposisikan perempuan dalam setiap pengambilan keputusan untuk mengatasi permasalahannya. Penerapan *women centered care* memungkinkan adanya keterlibatan pihak-pihak lain yang berpengaruh pada kondisi klien.

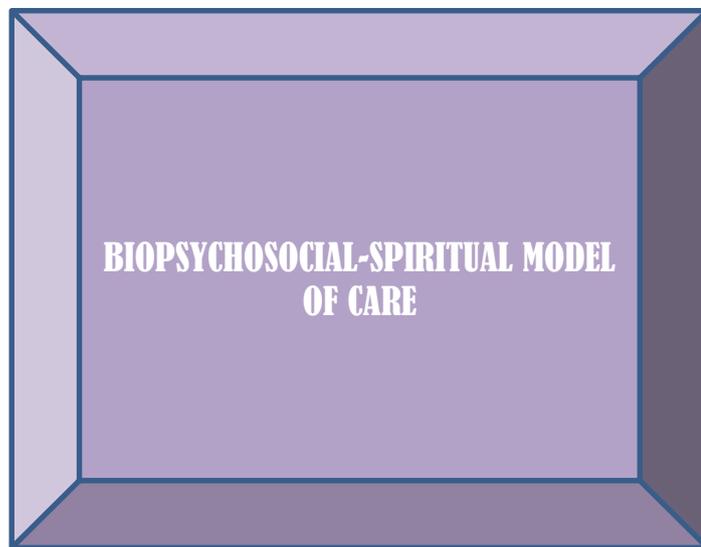
## **F. Referensi**

1. Fontein-Kuipers Y, et al. 2018, *Women Centered Care 2.0: Bringing the concept into focus*.
2. *The Biopsychosocial Model of Illness: A Model Whose Time has Come Clinical Rehabilitation*. Wade, P.H. 8, 2017, Vol.31. 995 – 1004.
3. *Students' Understanding of Women Centered Care Philosophy in Midwifery Care Through Continuity of Care (CoC) Learning Model: A Quasi-Experimental Study*. Yanti, et al. 22, 2015, *BMC Nursing*, Vol 14, 1-7.
4. *The Role of the Midwife in Australia: Views of Women and Midwives*. Homer CSE, Passant L, Brodie PM, Kildea S, Leap N, Pincombe J, Thorogood C. 6, 2009. *Midwifery*, Vol.25, 673-681.
5. *A Midwifery Model of Women-Centered Childbirth Care in Swedish and Iceland Settings*. Berg M, Olafsdottir OA, Lundgren I, 1, 2012, *Sex Reprod Healthcare*, Vol.3, 79-87.

6. Hidayat, Asri dan Mufdlillah. Konsep Kebidanan. Yogyakarta: Mitra Cendikia. 2008.
7. Maputie MS, Donavon H. Women-Centered Care in Childbirth: A Concept Analysis (part 1). [online] 2013. [Cited:2 20, 2019.] Available from: <http://www/scielo.org.za/pdf/cura/v36n1/14.pdf>.

## **G. Evaluasi**

1. Jelaskan definisi dari *women-centered care*!
2. Sebutkan dan jelaskan prinsip dari *women-centered care*!
3. Gambarkan contoh penerapan *women-centered care* dalam pelayanan kebidanan dalam siklus kehidupan perempuan!



## BAB V

### *BIOPSYCHOSOCIAL-SPIRITUAL MODEL OF CARE*

#### **A. Kompetensi Dasar**

Mata kuliah ini merupakan tahapan dasar bagi seorang bidan untuk memahami peran dan standar kompetensi seorang bidan di Indonesia. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat memberikan asuhan kebidanan yang sehat, aman, dan berkualitas sesuai dengan peraturan hukum yang berlaku di Indonesia berkaitan standar pelayanan kebidanan.

#### **B. Standar Kompetensi**

Pada akhir perkuliahan ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan menjelaskan *biopsychosocial-spiritual care* dalam pelayanan kebidanan.

#### **C. Indikator**

1. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi spiritual
2. Mahasiswa mampu menjelaskan kaitan spiritual dengan kesehatan
3. Mahasiswa mampu menjelaskan penerapan *biopsychosocial-spiritual care* dalam layanan kebidanan

#### **D. Materi**

##### **1. Definisi Spiritual**

Saat ini, spiritual merupakan suatu konsep yang lebih meluas dan terbuka maknanya. Kata spiritual dapat dimaknai hal-hal yang berkaitan dengan hubungan antara manusia dengan penciptanya, namun juga dapat dikaitkan dengan hal non-religious and non-theistic level (misalnya kekuatan berpikir positif) yang merupakan implementasi mendalam dari pengalaman-pengalaman yang pernah terjadi dan kekuatan iman kepada sang pencipta.

##### **2. Makna Spiritual Berkaitan dengan Tujuan Kesehatan**

Spiritual berkaitan dengan tujuan kesehatan memiliki beberapa makna berdasarkan beberapa tulisan dalam artikel penelitian tentang *spiritual care*.

###### *a. Spirituality-and-Health Relationship*

Dalam dunia kesehatan spiritualitas dan hubungan sosial yang sehat dimaknai cukup bervariasi oleh beberapa penulis. Secara umum, hal ini dapat dimaknai sebagai sebuah usaha mencari makna, tujuan, dan signifikansi dalam

kaitannya terhadap diri sendiri, keluarga, orang lain, komunitas, alam sekitar, dan sacral yang dinyatakan dengan cara memiliki keyakinan, nilai-nilai tradisi dan praktik.

Secara umum, banyak orang mengekspresikan spiritual mereka pada agama secara formal ataupun berdasarkan tradisi yang berlaku di lingkungan masyarakat mereka. Meskipun spiritualitas dan religiusitas merupakan hal yang berbeda namun seringkali terjadi tumpang tindih diantara keduanya. Bahkan, tumpang tindih ini terjadi secara besar dan konsisten jalannya. Oleh karena itu, istilah spiritual-religius sering digunakan untuk merujuk pada transenden dan keterhubungan pada esensi kehidupan. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif dan bermanfaat antara spiritual-religius binomial dan parameter klinis kesehatan fisik dan mental. Kedua hal ini selanjutnya terbukti dapat membantu peningkatan kualitas hidup dan usia harapan hidup. Bahkan, keterkaitan ini tidak hanya terbukti secara statistic namun juga relevan secara klinis.

*b. Spiritual-Religious Coping*

Spiritual-Religius Koping berkaitan dengan bagaimana seorang individu menggunakan cara-cara kerangka kerja spiritual-religius yang ada pada diri mereka untuk mengurangi tekanan emosional yang diakibatkan dari adanya kejadian dalam kehidupan mereka yang menimbulkan kesedihan misalnya pengalaman merugikan, kehilangan atau adanya perubahan yang tidak diinginkan.

Keyakinan, sikap, atau penerapan pemahaman spiritual-religius dapat dimaknai sebagai hal yang dapat membantu proses pembentukan coping sehingga hal-hal atau kejadian-kejadian yang tidak menyenangkan dapat ditahan akibatnya secara emosional. Hal ini dapat membantu untuk mengendalikan stres. Seorang tenaga kesehatan dapat menerapkan konsep ini sebagai upaya untuk memperkuat kondisi pasien dari sisi psikologis yang sangat berpengaruh terhadap fisik pasien. Beberapa hal yang dapat dilakukan seperti berdoa, memperkuat ibadah, mengingatkan pada hal-hal yang berkaitan dengan keagamaan dapat membantu dalam menekan munculnya stres.

c. *Spiritualitas Tenaga Kesehatan yang Mempengaruhi Perilaku*

Karakteristik spiritual tenaga kesehatan mungkin dapat berpengaruh terhadap bagaimana mereka melakukan praktik profesionalnya. Komitmen tenaga kesehatan dan bagaimana pemahaman agama tenaga kesehatan tentunya dapat berpengaruh pada bagaimana proses pengambilan keputusan terhadap masalah yang dihadapi pasiennya. Adanya sentuhan spiritual dari tenaga kesehatan kepada pasien dapat berpengaruh secara klinis kepada pasien. Karakteristik spiritual dan religious tenaga kesehatan juga dapat menjadi suatu sumber daya tersendiri dalam menghadapi stress dan tantangan profesinya serta dapat membantu meningkatkan kepuasan terhadap kinerjanya. Karakteristik ini juga dapat mempengaruhi cara memandang terhadap profesinya yang tidak hanya berfokus semata-mata pada keterpenuhinya kebutuhan ekonomi melainkan juga merupakan sarana untuk menolong orang lain dan ibadah.

d. *Dukungan Spiritual bagi Pasien*

Pada beberapa fasilitas layanan kesehatan, penyediaan layanan dukungan spiritual sudah merupakan bagian dari layanan yang diberikan khususnya bagi pasien yang menjalani rawat inap. Hal ini menunjukkan bahwa peran spiritual terhadap kesembuhan atau kesehatan secara fisik sangatlah relevan.

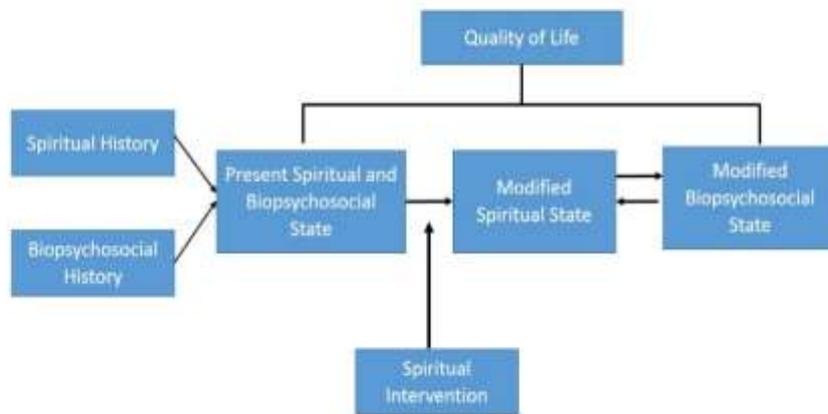
**3. *Biopsychosocial-spiritual model of care***

Perawatan dan kebidanan memiliki warisan spiritual yang kaya, menelusuri asal usul mereka dari komunitas religius dan melalui 'kepedulian' terhadap orang-orang, dan kesadaran bahwa merawat tidak hanya berarti merawat fisik tetapi juga 'keseluruhan' orang yang menangani semua masalah biologis, psikologis, sosial dan dimensi spiritual. Oleh karena itu, spiritualitas tertanam dalam praktik keperawatan / kebidanan dan dalam peran perawat dan bidan, karena spiritualitas merupakan bagian integral dari perawatan holistik. Potensi penyembuhan dari perawatan spiritual didokumentasikan dengan baik dalam kedokteran dan keperawatan, di bidang perawatan paliatif, penuaan dan juga kesehatan mental.

Dalam mengukur aspek-aspek spiritualitas dan agama dapat dibedakan menjadi empat kategori seperti berikut:

- (a) ukuran religiusitas,
- (b) ukuran coping dan dukungan spiritual / agama,
- (c) ukuran kesejahteraan spiritual, dan
- (d) ukuran kebutuhan spiritual

Terkadang ada kecenderungan untuk menyatukan semua kategori ini, tetapi semuanya memiliki tujuan yang berbeda.



Gambar 5. *Biopsychosocial-spiritual care*

#### 4. Biopsikososial model sebagai pandangan humanis dan holistik

Saat ini, biopsikososial merupakan suatu model yang dipandang sebagai suatu model humanis yang modern. Tiga hal berkaitan tentang biologis, psikologis, dan sosial harus diperhitungkan dalam setiap asuhan yang diberikan kepada klien. Seorang tenaga kesehatan idealnya menghadirkan dimensi biologis, psikologis dan sosial terhadap permasalahan yang dialami oleh klien. Secara filosofis, hal ini merupakan cara memahami bagaimana penderitaan, penyakit, dan bagaimana penyakit dipengaruhi oleh beberapa hal pada masyarakat. Secara praktis, pemikiran ini merupakan cara bagaimana memahami pengalaman subyektif pasien sebagai contributor penting untuk penegakan diagnosis yang akurat, hasil yang baik pada proses asuhan, dan asuhan yang secara manusiawi diberikan. Dalam beberapa dekade terakhir, humanisasi obat dan pemberdayaan pasien terus ditingkatkan

dengan memasukkan pengalaman subyektif pasien dengan memperluas kerangka kerja sebab dan akibat dari penyakit ke model yang lebih komprehensif, menilai hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan dan pemberian peran baru kepada pasien dalam pengambilan keputusan klinis.

Saat ini, banyak peneliti berpikir model biopsikososial harus diperluas untuk memasukkan dimensi spiritual juga kedalamnya. Perluasan model biopsikososial ke biopsikososialspiritual dilakukan dengan berdasarkan kepada pemahaman bahwa perawatan kesehatan yang benar-benar holistik harus mengatasi totalitas keberadaan relasional pasien. Hal ini akan berkontribusi pada model perawatan dan penelitian yang lebih komprehensif yang akan memperhitungkan pasien secara utuh terhadap kondisi mereka.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang lengkap, dan bukan hanya semata-mata tidak adanya penyakit atau kelemahan. Hal ini menunjukkan belum masuknya nilai spiritual pada awal definisi kesehatan oleh WHO. Namun, pada tahun 1999, salah satu majelis dari WHO ini mengusulkan amandemen dengan memasukkan kesejahteraan rohani sebagai salah satu isi amandemennya. Namun, hingga saat ini, nilai spiritual tersebut belum menjadi hal yang dimunculkan dalam definisi kesehatan oleh WHO. Terlepas dari kondisi tersebut, dalam banyak kesempatan WHO telah banyak menyoroti pentingnya dimensi spiritual untuk tujuan perbaikan kondisi klinis.

## **E. Rangkuman**

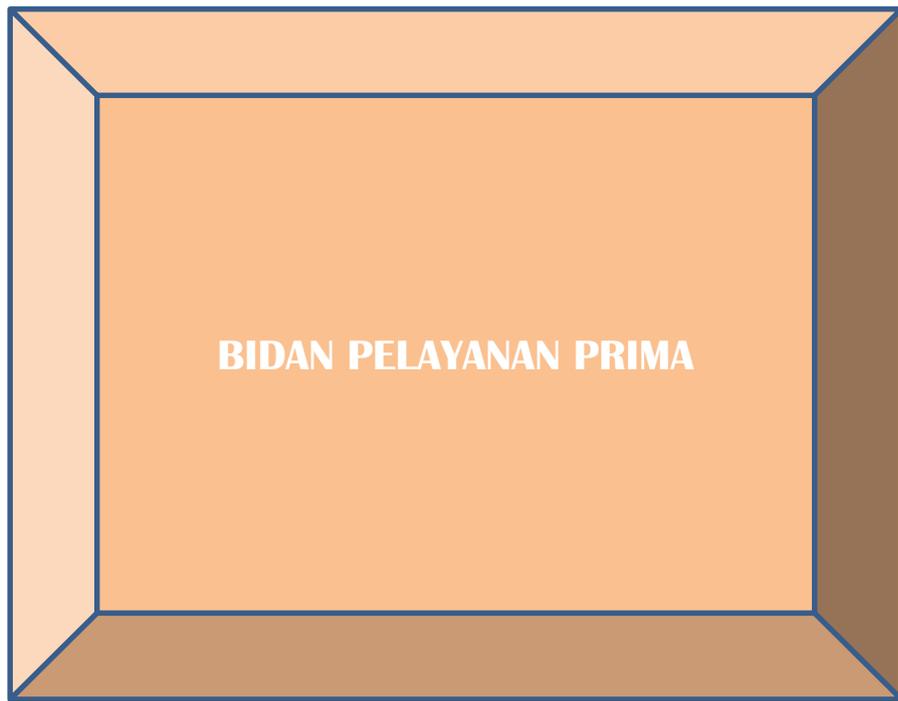
Konsep biopsikososiospiritual dalam layanan kebidanan merupakan upaya yang dapat dilakukan untuk memberikan makna kesehatan menyeluruh pada klien kebidanan sesuai dengan definisi kesehatan menurut WHO yaitu suatu kondisi kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang lengkap dan tidak hanya kondisi semata-mata terbebas dari rasa sakit.

## F. Referensi

1. Women Centered Care and Caseload Models of Midwifery. Johnson M, Stewart H, Langdon R, Kelly P, Yong L. 1, 2013, Collegian, Vol.10, 30-34.
2. Nursing Competencies for Spiritual Care. Baldacchino, D. 7, 2006, Journal of Clinical Nursing, Vol.15, 885-896.
3. Haight R. Verbum. Volume 6. St. John Fisher College Publication; Rochester, NY, USA: 2009. Can One Be Spiritual But Not Religious? pp. 109–118. Available online: <http://fisherpub.sjfc.edu/verbum/vol6/iss2/19>. [[Google Scholar](#)]
4. 8. Puchalski C.M., Vitillo R., Hull S.K., Reller N. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care. J. Palliat. Med. 2014;17:642–656. doi: 10.1089/jpm.2014.9427. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
5. 9. Koenig H.G. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012 doi: 10.5402/2012/278730. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
6. 10. Saad M., de Medeiros R. Spiritual-Religious Coping—Health Services Empowering Patients’ Resources. In: Saad M., editor. Complementary Therapies for the Contemporary Healthcare. InTech Publisher; Rijeka, Croatia: 2012. [[Google Scholar](#)]
7. 11. Dietrich A. Functional neuroanatomy of altered states of consciousness: The transient hypofrontality hypothesis. Conscious Cogn. 2003;12:231–256. doi: 10.1016/S1053-8100(02)00046-6. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Curlin F.A., Chin M.H., Sellergren S.A., Roach C.J., Lantos J.D. The association of physicians’ religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. Med. Care. 2006;44:446–453. doi: 10.1097/01.mlr.0000207434.12450.ef. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

## G. Evaluasi

1. Jelaskan definisi spiritual!
2. Jelaskan kaitan spiritual dengan kesehatan!
3. Jelaskan contoh penerapan *biopsychosocial-spiritual care* dalam layanan kebidanan!



## BAB VI

### BIDAN PELAYANAN PRIMA

#### A. Kompetensi Dasar

Mata kuliah ini merupakan tahapan dasar bagi seorang bidan untuk memahami peran dan standar kompetensi seorang bidan di Indonesia. Mata kuliah ini merupakan pedoman untuk dapat *memberikan* asuhan kebidanan yang sehat, aman, dan berkualitas sesuai dengan peraturan hukum yang berlaku di Indonesia berkaitan standar pelayanan kebidanan.

#### B. Standar Kompetensi

Pada akhir perkuliahan mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan bagaimana melakukan pelayanan prima dalam memberikan asuhan kebidanan.

#### C. Indikator

1. Mahasiswa mampu menjelaskan definisi pelayanan prima
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan dan manfaat pelayanan prima
3. Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip pelayanan prima
4. Mahasiswa mampu menjelaskan hal-hal yang berpengaruh pada pelayanan prima

#### D. Materi

##### 1. Definisi Pelayanan Prima

Secara etimologi, pelayanan bisa diartikan sebagai usaha melayani kebutuhan orang lain. Pada dasarnya melayani adalah kegiatan yang bersifat tidak berwujud yang ditawarkan kepada klien yang dilayani.

Karakteristik melayani dinyatakan sebagai berikut:

- a. sifatnya tidak bisa diraba, berlawanan sifatnya dengan produk sebagai barang jadi yang memiliki wujud
- b. merupakan tindakan nyata

Di sektor publik ada 3 (tiga) fungsi pelayanan yang dilakukan pemerintah, yaitu *environmental service*, *development service*, dan *protective service*. Pelayanan oleh pemerintah ini dibedakan berdasarkan pada siapa yang menerima layanan tersebut, apakah pihak individu atau kelompok. Kemudian konsep barang layanan terdiri dari barang privat (*private goods*) dan barang layanan kolektif (*public goods*). Pelayanan prima sendiri merupakan suatu pola layanan terbaik dalam

manajemen modern yang mengutamakan kepedulian terhadap klien. Layanan prima dalam dunia bisnis disebut juga sebagai *excellent service*. *Excellent service*, *customer service*, dan *customer care* adalah hal yang pada dasarnya sama, hanya berbeda pada konsep pendekatannya saja. Namun yang paling penting dalam memberikan pelayanan kepada klien, melayani dengan tindakan terbaik, dan memuaskan pelanggan dengan berorientasi pada standar layanan tertentu. Jadi, keberhasilan program pelayanan prima tergantung pada penyelarasan kemampuan, sikap, penampilan, perhatian, tindakan, dan tanggungjawab dalam pelaksanaannya.

## **2. Tujuan dan Manfaat Pelayanan Prima**

Tujuan pelayanan prima adalah memberikan pelayanan yang dapat memenuhi dan memuaskan klien serta memberikan fokus pelayanan kepada pasien/klien.

Pelayanan prima akan bermanfaat bagi upaya peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat sebagai klien dan sebagai acuan pengembangan penyusunan standar pelayanan yang bermutu.

## **3. Prinsip Pelayanan Prima**

Pelayanan prima bidang kesehatan terutama dalam kebidanan dikembangkan berdasarkan prinsip 3A, yaitu;

### *a. Attitude*

Seorang bidan harus dapat menampilkan attitude (sikap) yang benar. Tiga prinsip sikap yang baik antara lain:

- 1) melayani klien berdasarkan penampilan yang sopan dan serasi,
- 2) melayani klien dengan berpikir positif sehat dan logis,
- 3) melayani klien dengan sikap selalu menghargai

### *b. Attention*

*Attention* (perhatian) yang diberikan oleh bidan kepada klien tidak boleh terbagi. Pelayanan prima berdasarkan pada prinsip attention meliputi prinsip berikut:

- 1) mendengar dan memahami secara sungguh-sungguh kebutuhan para klien
- 2) mengamati dan menghargai para klien
- 3) mencurahkan perhatian penuh kepada klien

c. *Action*

*Action* (tindakan) yang tepat senantiasa diberikan dalam memberikan pelayanan kepada klien. Berikut adalah 5 (lima) prinsip *action* dalam pelayanan prima:

- 1) mencatat setiap pesan dari klien
- 2) mencatat kebutuhan pelayanan
- 3) menegaskan kembali kebutuhan pelayanan
- 4) mewujudkan kebutuhan klien
- 5) menyatakan terimakasih dengan harapan pelayan masih ingin kembali setia untuk memanfaatkan pelayanan

**4. Faktor yang Berpengaruh pada Pelayanan Prima**

Beberapa hal yang berpengaruh pada pelayanan prima antara lain:

a. Ketanggapan Bidan

Ketanggapan bidan berhubungan dengan aspek kesigapan dari bidan dalam memenuhi kebutuhan klien akan pelayanan yang diinginkan

b. Keandalan Bidan

Keandalan bidan berhubungan dengan tingkat kemampuan dan keterampilan yang dimiliki bidan dalam menyelenggarakan dan memberikan pelayanan kepada klien di rumah sakit maupun klinik. Tingkat kemampuan dan keterampilan yang kurang dari bidan tentunya akan memberikan pelayanan yang kurang memenuhi pada kepuasan klien sebagai standar penilaian terhadap mutu pelayanan.

c. Ketersediaan dan kelengkapan fasilitas

Fasilitas merupakan sarana bantu bagi instansi dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kepada klien di rumah sakit. Keadaan fasilitas yang memadai akan membantu terhadap penyelenggaraan pelayanan kepada klien.

**5. Dampak Pelayanan yang Buruk**

Pelayanan kesehatan yang buruk memberikan dampak negative yang banyak, misalnya merugikan pihak pasien dan keluarganya. Selain merugikan pasien dan keluarganya, pelayanan yang buruk juga mengakibatkan image buruk bagi tempat fasilitas kesehatan di masyarakat. Hal ini dapat membuat masyarakat memilih untuk mencari alternative tempat layanan kesehatan lainnya dengan kualitas

layanan yang lebih baik. Dampak fatal yang dihasilkan adalah adanya kehilangan klien yang tentunya akan berpengaruh pada kemampuan tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan tersebut kedepannya

## **6. Dampak Pelayanan yang Baik**

Pelayanan kesehatan yang baik tentunya akan berdampak positif bagi pasien maupun keluarga serta instansi tempat bidan bekerja. Image bidan, rumah sakit/instansi fasilitas kesehatan lainnya juga akan positif karena pelayanan memuaskan yang diberikan kepada klien.

## **E. Rangkuman**

Pelayanan prima atau yang sering dikenal dengan excellent service merupakan proses memberikan pelayanan yang dapat memenuhi dan memuaskan klien serta memberikan fokus pelayanan kepada pasien/klien sebagai upaya meningkatkan kepuasan klien terhadap layanan yang diberikan. Pelayanan prima memberikan dampak positif baik bagi klien maupun bidan dan instansi layanan kesehatan.

## **F. Referensi**

1. Sweet, L.P., Glover, P., 2013. An exploration of the midwifery continuity of care program at one Australian University as a symbiotic clinical education model. *Nurse Educ. Today* 33, 262–267. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.020>
2. Srivastava, A., Avan, B. I., Rajbangshi, P., & Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: A review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0525-0>

## **G. Evaluasi**

1. Jelaskan definisi pelayanan prima!
2. Sebutkan manfaat pelayanan prima!
3. Buatlah suatu konsep pelayanan prima yang dapat dilakukan dalam lingkup praktik mandiri bidan!