

DISERTASI

**MODEL KOMBINASI CONTINUITY OF CARE DAN INTERPROFESSIONAL
COLLABORATION PADA PELAYANAN KESEHATAN IBU
DI KABUPATEN BANJAR**

*COMBINATION MODEL OF CONTINUITY OF CARE AND INTERPROFESSIONAL
COLLABORATION IN MATERNAL HEALTH SERVICES IN BANJAR DISTRICT*



**ADRIANA PALIMBO
K013172002**

**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**MODEL KOMBINASI CONTINUITY OF CARE DAN INTERPROFESSIONAL
COLLABORATION PADA PELAYANAN KESEHATAN IBU
DI KABUPATEN BANJAR**

Disertasi

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Doktor

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**ADRIANA PALIMBO
K013172002**

Kepada

**PROGRAM STUDI S3 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

DISERTASI

**MODEL KOMBINASI CONTINUITY OF CARE DAN INTERPROFESSIONAL
COLLABORATION PADA PELAYANAN KESEHATAN IBU
DI KABUPATEN BANJAR**

Disusun dan diajukan oleh

ADRIANA PALIMBO
Nomor Pokok K013172002

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 24 Februari 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasehat,



Prof. Dr. A. Ummu Salmah, SKM., M.Sc
Promotor

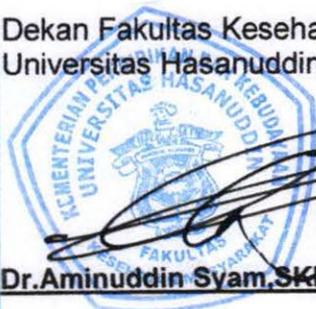


Prof. Dr. Ridwan A. SKM, M. Kes, M. Sc, PH
Ko-Promotor



Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. Ed.
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,



Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. Ed.

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. Ridwan A. SKM, M. Kes, M. Sc, PH

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Adriana Palimbo

NIM : K013172002

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Jenjang : S3

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul ***“Model Kombinasi Continuity of Care dan Interprofessional Collaboration Pada Pelayanan Kesehatan Ibu di Kabupaten Banjar”***

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan orang lain, bahwa Disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 27 Januari 2021

Yang menyatakan



Adriana Palimbo

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kasih, atas Berkah dan RahmatNya, penulis dapat menyelesaikan penyusunan disertasi dengan judul **“Model Kombinasi *Continuity of Care* dan *Interprofessional Collaboration* Pada Pelayanan Kesehatan Ibu di Kabupaten Banjar”**, sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa dalam proses mengikuti pendidikan dan penyusunan disertasi tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak yang telah memberikan masukan sangat berarti. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis menghaturkan terima kasih yang tulus dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat Ibu Prof. Dr. Hj. Andi Ummu Salmah, SKM., M.Sc, selaku Promotor, Bapak Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., selaku Ko Promotor, dan Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed, selaku Ko Promotor, yang dengan kepakaran masing-masing meluangkan waktu dan memberikan arahan, bimbingan, perhatian, motivasi serta keikhlasan kepada penulis mulai dari pengembangan topik hingga penulisan. Terkhusus kepada tim penilai, terima kasih dan apresiasi yang tinggi penulis sampaikan kepada yang terhormat Penilai Eksternal Ibu Prof. Dr. Sri Sumarmi, SKM.,M.Kes, Penilai Internal Bapak Prof. Dr. Stang SKM., M.Kes, Bapak Prof.dr. Veni

Hadju, M.Sc,Ph.D; dan Ibu Dr. Suriah, SKM., M.Kes, atas masukan, dan arahan bermanfaat dalam perbaikan penyusunan disertasi ini.

Terima kasih yang tulus, dan penuh rasa hormat kepada kedua orangtua penulis ayahanda Antonius Palimbo dan ibunda Yuliana Suli' Pagiringan (almarhumah), atas berkat doa yang tiada henti hingga penulis mampu menyelesaikan disertasi ini. Kepada saudara-saudaraku kak Yustina Palimbo, Amd.Gz, Andreas Risal Palimbo, Natalia Palimbo, dan Pr. Hendrik Palimbo,S.S.,M.Hum. Kepada suami tercinta Alfrits Bernhard Tumiwa dan anak terkasih Catherina Reski dan Marsela Palimbo serta ponakan-ponakan tersayang, atas dukungan moril, inspirasi, penyemangat dan doa tiada henti hingga penulis mampu menyelesaikan disertasi ini.

Perkenankan pula penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Prof.Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A, selaku Rektor Unhas, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes., M.Med.Ed, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi program pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
3. Bapak Prof.Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM.,M.Kes.,M.Sc.PH., selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis

melanjutkan studi program pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

4. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Unhas, atas bimbingan dan bantuan selama mengikuti proses perkuliahan hingga penulisan disertasi.
5. Pembina Yayasan Indah Banjarmasin (Ibu Aizar Soedarto, BSc,MBA), Ketua Yayasan (Ibu Dr. Rr. Dwi Sogi Sri Redjeki, SKG., MPd), beserta Rektor Universitas Sari Mulia (Bapak dr.H.R. Soedarto Wissel Wiryohardiwardojo, SpOG) beserta jajarannya dan segenap civitas akademika Universitas Sari Mulia. Terkhusus sahabat saya Anggrita Sari, S.Si.T, M.Kes, Afrinelly Jamal, SE, dan Dr. Dede Mahdiah, M.Si, beserta para sahabat lain yang tak dapat penulis sebut satu persatu, terima kasih atas motivasi, doa, pengertian, dan dukungan morilnya kepada penulis dalam menyelesaikan studi ini.
6. Pemerintah Daerah Kabupaten Banjar, Kepala Balitbangda Kabupaten Banjar atas izin penelitian pada wilayah kerja Dinas Kesehatan.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar, beserta jajaran terkait, atas izin yang diberikan untuk pengambilan data penelitian.
8. Kepala Puskesmas Martapura Timur dan Kepala Puskesmas Beruntung Baru atas partisipasi dan dukungan untuk pelaksanaan penelitian.
9. Para responden Bidan, Perawat, dan Ibu hamil, terima kasih yang sedalam-dalamnya atas fasilitasi dan kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden pada penelitian ini

10. Rekan-rekan mahasiswa pascasarjana Prodi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2017-genap atas kerjasama, partisipasi, dan bantuan bermanfaat bagi penulis.
11. Semua pihak yang telah ikut membantu dalam kelancaran penyusunan disertasi ini.

Penulis menyadari masih banyak terdapat keterbatasan dan jauh dari sempurna, sehingga penulis mengharapkan saran perbaikan dan kritik membangun untuk hasil yang lebih baik dan bermanfaat. Amin.

Makassar, Februari 2021

Adriana Palimbo

ABSTRAK

ADRIANA PALIMBO. *Model Kombinasi Continuity of Care dan Interprofessional Collaboration Pada Pelayanan Kesehatan Ibu di Kabupaten Banjar.* (Dibimbing oleh **A. Ummu Salmah, Ridwan Amiruddin, Aminuddin Syam**).

Pelayanan kesehatan ibu yang dilakukan selama ini belum merata dan efektif meningkatkan cakupan Antenatal Care, Intranatal Care, Postnatal Care, termasuk angka kematian ibu masih tinggi di beberapa daerah di Kalimantan Selatan. Upaya inovatif diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan melalui model pelayanan berkesinambungan dan kolaborasi antar profesi. Penelitian bertujuan untuk mengetahui perbedaan dan pengaruh Cakupan ANC, INC, dan PNC terhadap peningkatan pelayanan kesehatan ibu antara dua kelompok.

Metode penelitian ini *Mix-method, studi exploratory sequential*. Kualitatif melalui FGD, *indepth interview* dan *quasy eksperiment* dengan *pretest and post-test with control group design*. populasi adalah ibu hamil 60 orang. Provider 54 orang. Analisis yang digunakan uji t-test alternatif *wilcoxon sign rank test, mann whitney U*. Intervensi penelitian tahap I 3 bulan, tahap II 3 bulan, dengan pelayanan model CoC dan IPC pada grup eksperimen dan grup kontrol pelayanan standar puskesmas.

Hasil tema kualitatif tradisi masyarakat Banjar yaitu persepsi diri, akses layanan, pantangan dan anjuran, ritual. Ada pengaruh penerapan model CoC dan IPC layanan ANC, INC, PNC setelah intervensi grup eksperimen $p\text{-value } 0,000 < 0,05$. Ada perbedaan peningkatan cakupan ANC, INC, PNC grup eksperimen dibandingkan grup kontrol dengan $p\text{-value}$ adalah $0,000 < 0,05$. Penelitian ini merekomendasikan penerapan model CoC IPC layanan ANC, INC, PNC, pelatihan untuk praktisi bidan, perawat, dokter, ahli gizi, ahli promosi kesehatan dalam meningkatkan keterampilan komunikasi dan leadership, dan menambah responden provider dari interprofesional kolaborasi menjadi Grup Kolaborasi Multiprofesi.

Kata Kunci: Model kombinasi, Penerapan CoC dan IPC, Pelayanan Kesehatan Ibu



ABSTRACT

ADRIANA PALIMBO. *Combination Model of Continuity of Care and Interprofessional Collaboration in Maternal Health Services in Banjar District.* (Supervised by **A. Ummu Salmah, Ridwan Amiruddin, and Aminuddin Syam**)

Maternal health services have been uneven and effective in increasing coverage of Antenatal Care, Intranatal Care, Postnatal Care, including maternal mortality, which is still high in several areas in South Kalimantan. Innovative efforts are needed to improve service quality through a service model of continuity of care and interprofessional collaboration. This study aims to determine the differences and effects of ANC, INC, and PNC coverage on improving maternal health services between the two groups.

This research method is a mix-method, exploratory sequential study. Qualitative through FGD, indepth interview and quasy experiment with pretest and post-test with control group design. population is 60 pregnant women. Provider 54 people. The analysis used the alternative t-test Wilcoxon sign rank test, Mann Whitney U. The research intervention was 3 months stage I, phase II 3 months, with the service of the CoC and IPC models in the experimental group and the control group for standard services at the health center.

The results of the qualitative theme of the Banjarese tradition are self-perception, access to services, taboos and recommendations, rituals. There is an effect of the application of the CoC and IPC models of ANC, INC, PNC services after the experimental group intervention p-value $0.000 < 0.05$. There is a difference in the increase in coverage of ANC, INC, PNC of the experimental group compared to the control group with p-value of $0.000 < 0.05$. This study recommends the application of the CoC IPC model for ANC, INC, PNC services, training for midwives, nurses, doctors, nutritionists, health promotion experts in improving communication and leadership skills, and increasing provider respondents from interprofessional collaboration to become a Multi-professional Collaboration Group.

Keywords: *Combination Model, Implementation of CoC and IPC Maternal Health Services*



DAFTAR ISI

Sampul Judul	i
Halaman Judul	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Kata Pengantar	iv
Abstrak	viii
Abstract	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	11
D. Manfaat Penelitian	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Teori.....	14
1. <i>Women Centered Care</i>	14
2. <i>Continuity of Care</i>	17
3. <i>Interprofessional Collaboration</i>	27
4. Leadership	36
5. Tradisi Masyarakat Banjar.....	39
6. Determinan Sosial.....	43
7. Peran Tenaga Kesehatan	48
8. Pelayanan ANC, INC dan PNC	50
9. Kajian Literatur	56
B. Kerangka Teori	78
C. Kerangka Konsep.....	81
D. Hipotesis	84

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	85
B. Alur Penelitian	88
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	89
D. Metode Tahap I Penelitian Kualitatif.....	89
E. Metode Tahap II Penelitian Kuantitatif.....	116
F. Etika Penelitian	132
G. Kontrol Kualitas	133

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian	137
B. Hasil Penelitian Tahap I Kualitatif.....	138
C. Pembahasan Tahap I.....	170
D. Hasil Penelitian Tahap II Kuantitatif.....	192
E. Pembahasan Tahap II.....	220
F. Keterbatasan Penelitian	252
G. Novelty Penelitian	253

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	255
B. Saran	256

DAFTAR PUSTAKA.....	257
---------------------	-----

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
Tabel 2.1	Matriks Sintesa Variabel Penelitian	56
Tabel 3.1	Matriks Pengumpulan Data Kualitatif	92
Tabel 3.2	Matriks Model CoC dan IPC dan Modul Intervensi Pelayanan	97
Tabel 3.3	Variabel & Definisi Operasional Model CoC dan <i>IPC</i> Layanan ANC, INC, dan PNC terhadap Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu	103
Tabel 3.4	Skema Desain Penelitian Pengembangan Model Coc dan IPC Layanan ANC, INC dan PNC	116
Tabel 3.5	Kegiatan Pelaksanaan Intervensi Modul CoC dan IPC Layanan ANC, INC, dan PNC Grup Eksperimen dan Grup Kontrol	125
Tabel 3.6	Matriks Standarisasi Instrumen	136
Tabel 4.1	Karakteristik Informan FGD Model CoC dan IPC dalam Pelayanan Kesehatan Ibu Puskesmas di Kabupaten Banjar	139
Tabel 4.2	Karakteristik Informan Indepth Interview Tradisi Masyarakat Banjar dan Leadership dalam Pelayanan Kesehatan Ibu di Kabupaten Banjar	140
Tabel 4.3	Skema Pengembangan Tradisi Masyarakat Banjar, Leadership, dan Model CoC dan IPC	167
Tabel 4.4	Distribusi Frekwensi Responden Provider Grup Eksperimen dan Grup Kontrol di Puskesmas Kabupaten Banjar	192
Tabel 4.5	Distribusi Frekwensi Ibu Hamil Grup Eksperimen dan Grup Kontrol	193
Tabel 4.6	Distribusi Frekwensi Tradisi Masyarakat Banjar pada Ibu Hamil Grup Eksperimen dan Grup Kontrol	194
Tabel 4.7	Distribusi Frekwensi Leadership pada Grup Eksperimen dan Kontrol	195
Tabel 4.8	Distribusi Frekwensi CoC Layanan ANC pada Grup Eksperimen Sebelum dan Sesudah Intervensi	196
Tabel 4.9	Distribusi Frekwensi CoC Layanan INC pada Grup Eksperimen Sebelum dan Sesudah Inrtervensi	196
Tabel 4.10	Distribusi Frekwensi CoC Layanan PNC pada	197

	Grup Eksperimen Sebelum dan Sesudah Intervensi	
Tabel 4.11	Distribusi Frekwensi IPC Layanan ANC pada Grup Eksperimen Sebelum dan Sesudah Intervensi	198
Tabel 4.12	Distribusi Frekwensi IPC Layanan INC pada Grup Eksperimen Sebelum dan Sesudah Intervensi	198
Tabel 4.13	Distribusi Frekwensi IPC Layanan PNC pada Grup Eksperimen Sebelum dan Sesudah Intervensi	199
Tabel 4.14	Distribusi Frekwensi Kunjungan ANC Grup Eksperimen	200
Tabel 4.15	Distribusi Frekwensi Kunjungan ANC Grup Kontrol	200
Tabel 4.16	Distribusi Frekwensi Kunjungan INC Grup Eksperimen	201
Tabel 4.17	Distribusi Frekwensi Kunjungan INC Grup Kontrol	201
Tabel 4.18	Distribusi Frekwensi Kunjungan PNC Grup Eksperimen	202
Tabel 4.19	Distribusi Frekwensi Kunjungan PNC Grup Kontrol	202
Tabel 4.20	Distribusi Frekwensi Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu pada Grup Eksperimen	203
Tabel 4.21	Hasil Uji Normalitas <i>Shapiro Wilk</i> pada Kunjungan ANC, INC, PNC	204
Tabel 4.22	Hasil Uji Homogenitas Varian <i>Levene's Test</i> Kunjungan ANC, INC, PNC	206
Tabel 4.23	Hasil Uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> Kunjungan ANC Grup Eksperimen (N=30)	207
Tabel 4.24	Hasil Uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> Kunjungan ANC Grup Kontrol (N=30)	208
Tabel 4.25	Hasil Uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> Kunjungan INC Grup Eksperimen (N=30)	209
Tabel 4.26	Hasil Uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> Kunjungan INC Grup Kontrol (N=30)	210
Tabel 4.27	Hasil Uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> Kunjungan PNC Grup Eksperimen (N=30)	211
Tabel 4.28	Hasil Uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> Kunjungan PNC Grup Kontrol (N=30)	212
Tabel 4.29	Hasil Uji <i>Mann Whitney U</i> Kunjungan ANC Grup Eksperimen (N=30) dan Grup Kontrol (N=30)	213
Tabel 4.30	Hasil Uji <i>Mann Whitney U</i> Kunjungan INC Grup Eksperimen (N=30) dan Grup Kontrol (N=30)	214
Tabel 4.31	Hasil Uji <i>Mann Whitney U</i> Kunjungan PNC pada Grup Eksperimen (N=30) dan Grup Kontrol (N=30)	215

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
Gambar 2.1	<i>Midwifery philosophical principles dan the tenets of midwifery as identified by the midwives</i>	16
Gambar 2.2	<i>A model for sustainable midwifery education</i>	17
Gambar 2.3.	<i>Continuum of care Connecting care during the lifecycle; A) and at places of caregiving; B)</i>	21
Gambar 2.4	<i>Linkage in the chain of care</i>	22
Gambar 2.5	<i>Factors contributing to interprofessional collaboration</i>	32
Gambar 2.6	<i>Gears Models of Factor Affecting Interprofessional Collaboration within IPCTs</i>	35
Gambar 2.7	<i>Collaborative practice: Processes and outcomes</i>	35
Gambar 2.8	Kerangka Teori	80
Gambar 2.9	Kerangka Konsep	81
Gambar 3.1	Skema Desain Penelitian Mix-Method	85
Gambar 3.2	Alur Penelitian	88
Gambar 3.3	Skema Pelaksanaan Uji Coba Model CoC-IPC dan Modul Intervensi Pelayanan Kesehatan Ibu (ANC, INC, dan PNC)	98
Gambar 4.1	Skema Analisis Indepth-interview Persepsi Diri	144
Gambar 4.2	Skema Analisis Indepth-interview Akses Layanan	146
Gambar 4.3	Skema Analisis Indepth-interview Pantangan dan Anjuran	148
Gambar 4.4	Skema Model Kombinasi Antar Variabel Penelitian	217
Gambar 4.5	Kebaruan Model Kombinasi CoC & IPC dalam Meningkatkan Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu	219

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Kepanjangan
AKI	Angka Kematian Ibu
ANC	Antenatal Care
ASN	Aparatutr Sipil Negara
Baseline	Pengambilan data awal
CoC	Continuity of Care
Endline	Pengambilan data akhir
Faskes	Fasilitas Kesehatan
FGD	Focus Group Discussion
GE	Grup Eksperimen
GK	Grup Kontrol
ICM	International Confederation of Midwifery
INC	Intranatal Care
IPC	Interprofessional Collaboration
K1	Kunjungan Pertama
K4	Kunjungan Keempat
KF	Kunjungan Nifas
KIA-KB	Kesehatan Ibu & Anak - Keluarga Berencana
KIE	Komunikasi Informasi Edukasi
LILA	Lingkar Lengan Atas
MNCH	Maternal Neonatal & Child Health
Nakes	Tenaga kesehatan
PNC	Postnatal Care
Promkes	Promosi Kesehatan
RTK	Rumah Tunggu Kelahiran
SUPAS	Survey Penduduk Antar Sensus
WCC	Women Centered Care
WHO	World Health Organisation

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil, bersalin dan ibu masa nifas secara *holistic*, muncul dari sejarah filosofis asuhan kebidanan yang berpusat pada perempuan atau dikenal dengan istilah *Women Centered Care (WCC)*, yang telah diakui oleh *International Confederation Midwifery (ICM)* sebagai dimensi kualitas layanan kesehatan ibu dan anak (Fontein-kuipers et al., 2019). Konsep-konsep terkait konteks filosofi *holistic care, personalized care, collaborative care, partnership care* dan *evidence-based care*. (FKuipers et al, 2018c).

Konsep dan pendekatan model *Continuity of Care (CoC)* dalam masa kehamilan, persalinan dan nifas, lahir dari WCC dan telah dikembangkan di berbagai negara-negara maju termasuk di Indonesia. Model CoC pertama kali diinisiasi di Australia dengan istilah *Follow Through Experience* (mengikuti perempuan sejak hamil hingga masa nifas), *Caseload* (beban kasus) di Inggris, dan model lainnya yang dikembangkan oleh Homer, (2016) di Australia. Model diadopsi dan dikembangkan hingga saat ini memungkinkan bidan bekerja secara kemitraan dan lebih percaya diri saat menerapkan model asuhan tersebut. (Aune et al., 2018; Homer & Clinepi, 2017).

Studi di Indonesia oleh Yanti *et al.*, (2015), menunjukkan penerapan model pembelajaran CoC, mengemukakan temuan hubungan efektif CoC hingga pulihnya kembali siklus reproduksi pada perempuan. (Yanti *et al.*, 2015;). Studi di Afrika Selatan mengemukakan strategi global sebuah kontinum perawatan ibu telah meningkatkan capaian dan akses perawatan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah atau *low and middle income countries (LMICs)*.

Berdasarkan studi terkait model *Interprofessional Collaboration* (IPC), di Indonesia, menunjukkan praktik kolaboratif dipengaruhi oleh interaksi profesional kesehatan (level individu) hierarki dan kurangnya pemahaman peran sebagai hambatan untuk berinteraksi. Saling tumpang tindih muncul dari masing-masing profesi provider (bidan, perawat, dokter dan tenaga kesehatan lain) yang memiliki peran, tugas dan tanggung jawab, lingkungan kerja termasuk budaya organisasi, tim manajemen, dan komunikasi dan koordinasi, dukungan keluarga, kemitraan antara ibu dan care provider kesehatan ibu dan anak. (Prayitno *et al.*, 2017; Yeti *et al.*, 2019)

Penelitian terkait kolaborasi dan leadership, studi kasus di Nusa Tenggara Timur bahwa sebagian besar keterlibatan masyarakat dipengaruhi oleh tingkat kepemimpinan bersama. Tingkat keterlibatan masyarakat lebih tinggi terjadi ketika kolaborasi dan kepemimpinan bersama hadir dalam masyarakat. Kesehatan ibu dan anak meningkat ketika aspek mobilisasi ibu dan keluarga menggunakan fasilitas

kesehatan di persalinan dan membangun kemitraan dengan pemerintah daerah. Lima tema utama yaitu peran tradisional dan ruang lingkup praktik, manajemen dan kepemimpinan, waktu dan ruang, prakarsa antarprofesional, dan persepsi awal tentang perawatan kolaboratif menunjukkan hasil efektif. (Muhiddin, et al. 2018).

Tanggung jawab dan pengambilan keputusan lebih besar pada perawat serta kasus klinik lebih berat, beban kerja bertambah, diantara dokter dan perawat serta hubungan kekuatan profesi lebih menonjol pada dokter. (Tang et al., 2017). Hambatan IPC terletak di tingkat individu adalah konflik persepsional mitos prejudice tentang lingkup praktik bidan yang abu-abu. Di tingkat organisasi adalah bidan punya akses lebih dominan di rumah sakit namun tidak terintegrasi dan berbeda dalam filosofi praktik dengan perawat. Tingkat sistem, yaitu minat pasien lebih besar dirawat oleh bidan, namun bidan tidak sanggup oleh sebab beban kerja lebih banyak. (Behruzi et al., 2017).

Studi di Australia, oleh Psaila, *Schmied et al.*, (2014a), menunjukkan dua fokus penelitian yaitu pertama, proses pengalihan pasien dilakukan dari pasca persalinan (bidan) ke perawatan bayi baru lahir (perawat). Kedua, transfer informasi positif diantara proses transisi tersebut. Kedua provider sepakat dalam satu persepsi tujuan sama, saling mengakui dan berkontribusi pada tujuan hasil praktik. Kemudian, penelitian kedua oleh Psaila, *Kruske et al.*, (2014b), mengemukakan bahwa bidan dan perawat cukup baik saling memberi catatan

perkembangan pasien. Hambatan terjadi pada jumlah provider masih kurang, pemahaman dan rasa hormat interpersonal masih terjadi, dan pasien kurang mengetahui tentang peran pelayanan kolaborasi dari masing-masing bidan dan perawat. (Psaila, Kruske, et al., 2014b; Psaila, Schmied, et al., 2014a).

Sejalan dengan permasalahan peran dan kolaborasi provider masih kurang memadai, muncul saling ketergantungan siapa provider yang melayani ibu hamil, ibu bersalin dan ibu masa nifas? Apakah penolong persalinan terampil didefinisikan sebagai ahli kandungan, dokter, perawat atau bidan? Penelitian menunjukkan hasil peran dokter di pelayanan maternitas puskesmas, kriteria terbanyak yaitu kategori cukup dan kurang (47.2% dan 44.4%), sementara kategori baik hanya 8.3%. (Hatta, et al, 2014).

Pemeriksaan ANC, INC, dan PNC di Puskesmas jarang dilakukan oleh Dokter. Dokter hanya sebagai koordinator Tim PONED. Penyebab menurunnya peran dokter di Puskesmas Kota Yogyakarta tersebut oleh karena takut litigasi, persepsi peran dan kompetensi klinis dokter yang buruk akibat *pre-service training deficit*, minim fasilitas, kurangnya pelatihan vokasi, remunerasi yang tidak memadai, kurangnya definisi peran akibat kebijakan parsial SDM kesehatan oleh pemerintah tentang kesehatan maternal neonatal yang *out-of-date* menyebabkan terjadinya *task shifting dan task delegating* dalam lingkup praktek umum. (Hatta et al., 2014).

Pelayanan berbasis komunitas dan pendekatan keluarga terkait tradisi di masyarakat dan peran bidan di Jeneponto, bahwa model *Ammuntuli bija tianang na beja-beja* (kunjungan rumah) merupakan salah satu pendekatan yang saling mengikat dan melibatkan diri dalam tradisi budaya lokal, peran dan pemberdayaan kelompok-kelompok komunitas di lingkungan masyarakat, ditujukan untuk meningkatkan kemampuan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu hamil dan berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan dan kemampuan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu hamil. Hasil dari implementasi model tersebut mengungkap peningkatan pengetahuan dan perilaku bidan terhadap pelayanan kesehatan ibu hamil sesudah intervensi pelatihan. (Mustamin et al., 2018)

Berdasarkan Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia yaitu 305/100.000 kelahiran hidup. (Kemenkes et al., 2018). Sejak tahun 2015 target MDG's goals 5 belum sepenuhnya mencapai target MDG's sehingga dilanjutkan ke target SDG's sampai tahun 2030, diharapkan AKI menurun 70/100.000 kelahiran hidup. Indikator status kesehatan masyarakat dapat terlihat dari menurunnya angka kematian ibu, kematian bayi dan kematian balita. (Kementerian Kesehatan RI, 2018; World Health Organization, 2017).

Strategi pemerintah menurunkan AKI telah dilakukan antara lain mengupayakan jaminan mutu Ante Natal Care (ANC) terpadu, meningkatkan jumlah Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) dan persalinan di

fasilitas pelayanan kesehatan, melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini dan KB paska persalinan, serta meningkatkan penyediaan dan pemanfaatan buku KIA. (Kemenkes RI, 2016). Namun beragamnya permasalahan geografi, demografi dan kultur sosial di masyarakat, perlu dipertimbangkan bagaimana mendekatkan akses dan informasi pelayanan dalam pendekatan keluarga dan masyarakat, di masing-masing wilayah atau daerah.

Berdasarkan laporan profil kesehatan Propinsi Kalimantan Selatan tahun 2017 – 2019. Situasi pelayanan kesehatan ibu dari 13 kabupaten/kota, Kabupaten Banjar salah satu wilayah tertinggi ketiga kematian ibu yaitu 11 kasus di tahun 2016, dengan periode kematian terbanyak setelah melahirkan. Cakupan KIA 2017 cukup rendah dari 24 Puskesmas yaitu Puskesmas Paramasan, cakupan K4 (40,1%), pertolongan persalinan tenaga kesehatan hanya mencapai (61,2%); Puskesmas Beruntung Baru (57,1%); dan Puskesmas Aranio (57,8%). Cakupan K4 (81%) dari target nasional (90 %) dan cakupan K1 (90%) dan cakupan K4 tahun 2018 (79%). Hal ini mengalami ketidaksesuaian antara cakupan K1 dan K4. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terampil (90%) dan pelayanan kunjungan nifas (88%). (Profil Kesehatan Kalsel, 2017; 2018).

Hasil penelitian tahun 2018, kematian tahun 2016-2017 di Kabupaten Banjar sebanyak 24 kasus. Tempat kematian terbesar di rumah sakit 80,9%, persalinan ditolong oleh dokter SpOG (57,1%); dan

komplikasi berakhir dengan kematian terbanyak di periode setelah persalinan atau masa nifas yaitu 53,4%. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan kehamilan, persalinan dan nifas yang aman belum sepenuhnya dapat dijangkau menuju fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan terampil dan kualitas pelayanan itu sendiri. (Palimbo et al., 2019).

Studi pendahuluan di beberapa Kepala Puskesmas, Bidan Koordinator dan bidan desa di Kabupaten Banjar, mengemukakan kematian ibu di Kabupaten Banjar disebabkan oleh masih kuatnya kepercayaan, kebiasaan dan budaya masyarakat selama kehamilan, persalinan dan nifas, antara lain persepsi masyarakat mengambil keputusan untuk kapan seharusnya mulai memeriksakan pertama kali kehamilan, bukan saja dari keluarga tetapi juga dari tokoh masyarakat yang dipanuti, rendahnya pengetahuan ibu hamil, praktik-praktik pemijatan perut ibu hamil menjelang usia kehamilan 8 dan 9 bulan, mendorong perut ibu saat persalinan baik oleh dukun kampung maupun saat bidan menolong di rumah, adanya pantang makanan, minuman dan kebiasaan mengobati sendiri setelah melahirkan.

Jarak rumah ke fasilitas kesehatan masih sulit dijangkau jika terjadi rujukan, faktor ekonomi, kualitas antenatal dan kunjungan ibu hamil dan cakupan masih rendah di beberapa puskesmas, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan di fasilitas kesehatan masih rendah, kunjungan nifas sampai 6 minggu masih sangat rendah,

kurangnya dukungan dari keluarga dan kurangnya kepedulian masyarakat seperti kader dan kelompok penggerak PKK, kurangnya peran dan kemitraan provider lainnya, persepsi provider yang menganggap bahwa kesehatan ibu selama hamil, melahirkan dan setelah melahirkan adalah tanggung jawab bidan.

Beberapa permasalahan, aspek pelayanan kesehatan ibu masih belum dipahami sepenuhnya baik oleh masyarakat maupun petugas kesehatan. Kebiasaan dan kepercayaan masyarakat yang masih kental dengan mengikuti budaya yang dianggap merugikan kesehatan masih berlaku. Aspek provider masih belum sepenuhnya melaksanakan program pemerintah dalam menurunkan AKI. Banyaknya peran, tugas dan tanggung jawab bidan yang dianggap membebani dan menyebabkan kelelahan, juga munculnya masalah dan komplikasi sangat kompleks pada kehamilan, persalinan dan masa nifas yang dialami ibu belum maksimal tertangani dengan cepat dan tepat. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan model kontinuitas dan kolaborasi yang lebih holistik, komprehensif, dan tidak terputus pada satu atau dua dimensi layanan saja, serta multidisiplin ilmu dan praktik dari berbagai profesi untuk berkolaborasi mengatasi masalah-masalah kesehatan.

Hasil wawancara bersama tokoh masyarakat, masalah yang dikeluhkan antara lain tentang pembiayaan, sekalipun ada BPJS untuk biaya perawatan di rumah sakit, namun diperlukan juga biaya cukup besar untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari di rumah sakit. Sehingga,

perlu dilakukan pergeseran paradigma perawatan kesehatan dari pelayanan berbasis rumah sakit menjadi pendekatan berbasis komunitas dan keluarga.

Sementara itu, kematian ibu masalah utamanya adalah jika disuruh memilih, banyak keluarga memilih dukun kampung (*traditional birth attendant*). Terkait konteks persepsi, perilaku dan kebiasaan masyarakat, “jika masih bisa melahirkan di rumah mengapa harus ke puskesmas, jika masih bisa ditolong oleh dukun mengapa harus memanggil bidan”. (Widodo et al., 2017)

Berdasarkan uraian tersebut dimana masih tingginya angka kematian ibu dan masih rendahnya cakupan pelayanan KIA seperti cakupan K4, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan (ditolong oleh tenaga kesehatan namun masih dilakukan di rumah pasien), penanganan komplikasi, masih rendah cakupan kunjungan nifas (kematian tertinggi dua tahun terakhir), serta masalah tumpang tindih alih peran antara bidan dan perawat dalam program pelayanan kesehatan ibu, maka peneliti tertarik untuk meneliti mengenai peningkatan kesehatan ibu melalui pelayanan ANC, INC dan PNC yang menggunakan kombinasi model CoC dan IPC.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah penelitian terdahulu umumnya mengkaji dan menguji coba model pelaksanaan CoC ibu di rumah sakit sebagai lahan praktik klinik mahasiswa kebidanan. Studi CoC telah banyak dilakukan di beberapa

negara, dengan beban kerja (caseload) dan pengaturan shift di rumah sakit. Kemudian model IPC, kajian yang penelitian sebelumnya yaitu mengenai manfaat memasukkan pembelajaran keilmuan masing-masing profesi dan manfaat tim kerja antar profesi untuk mengatasi masalah kesehatan pasien umum dan pelayanan kesehatan ibu di rumah sakit, dan belum menyatakan secara jelas menggabungkan kedua model tersebut ke satu dimensi layanan di komunitas.

Penelitian yang dilakukan ini yaitu ingin mengetahui mengenai bagaimana pencapaian pelayanan ANC, INC dan PNC dapat meningkat melalui pendekatan layanan berbasis aspek kebiasaan perilaku masyarakat setempat dan leadership serta menggabungkan model CoC dan IPC secara bersamaan. Peran, tugas, dan kewenangan masing-masing profesi telah diatur dalam undang-undang dan peraturan pemerintah, sehingga masalah kompleks kesehatan ibu saat hamil, bersalin dan nifas dapat tertangani secara utuh.

Berdasarkan kajian masalah tersebut, maka diharapkan keaslian dalam penelitian ini diperoleh model baru dari kombinasi CoC dan IPC dalam meningkatkan pelayanan kesehatan ibu di Kabupaten Banjar.

B. Rumusan Masalah

Program dan intervensi pelayanan yang dilakukan selama ini secara nyata belum efektif meningkatkan kunjungan pelayanan kesehatan ibu, termasuk menurunnya angka kematian ibu. Sehingga,

perlu adanya strategi inovatif untuk meningkatkan kualitas pelayanan melalui model kombinasi CoC dan IPC.

Unsur tradisi dan kebiasaan masyarakat yang positif dan bermanfaat, dipertimbangkan sebagai pendukung dan unsur leadership dari provider dalam berinteraksi secara interpersonal, organisasi dan sistem pelayanan sangat diperlukan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, maka peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu bagaimana mengkombinasikan model CoC dan IPC mampu meningkatkan pelayanan kesehatan ibu?

Adapun pertanyaan penelitian ini yaitu sebagai berikut.

1. Bagaimana pengembangan dan pelaksanaan model CoC dan IPC dalam pelayanan kesehatan ibu?
2. Apakah ada pengaruh sebelum dan sesudah intervensi model CoC dan IPC dan model pelayanan standar terhadap kunjungan layanan ANC, INC, dan PNC?
3. Apakah ada perbedaan hasil kunjungan ANC, INC & PNC antara grup eksperimen dan grup kontrol?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menemukan model baru dari kombinasi model *Continuity of Care (CoC)* dan *Interprofesional Collaboration (IPC)* dalam meningkatkan pelayanan kesehatan ibu.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini yaitu:

- a. Mendeskripsikan pelaksanaan model kombinasi CoC dan IPC dalam meningkatkan pelayanan kesehatan ibu di Kabupaten Banjar.
- b. Menilai besarnya pengaruh sebelum dan sesudah intervensi model CoC dan IPC dan pelayanan standar terhadap kunjungan ANC, INC dan PNC di Kabupaten Banjar.
- c. Menilai besarnya perbedaan kunjungan ANC, INC dan PNC antara grup eksperimen dan grup kontrol di Kabupaten Banjar.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Sebagai evidence based bagi pengembangan ilmu pengetahuan bidang kesehatan ibu, melalui informasi hasil publikasi ilmiah internasional bereputasi dan terindex.

2. Manfaat Praktis

- a) Bagi stake holder: menerapkan alur pelayanan model kombinasi CoC IPC pada pelayanan ANC, INC, dan PNC yang mampu meningkatkan target capaian pelayanan di wilayah kerja masing-masing daerah.

- b) Bagi provider: menambah pengetahuan, keterampilan dan perilaku praktik kontinuitas dan kolaborasi pelayanan ANC, INC, dan PNC yang mampu meningkatkan kinerja pelayanan masing-masing provider.

3. Manfaat bagi Peneliti

Sebagai rujukan referensi untuk mengembangkan model-model lebih inovatif dan efektif menghasilkan karya ilmiah terbaru pada ilmu pengetahuan bidang pelayanan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Teori

1. *Women Centered Care*

a. Pengantar *Women Centered Care*

Women Centered Care (WCC) sebagai dasar filosofis, peran, tugas, tanggung jawab dan lingkup pelayanan yang terfokus pada kesehatan ibu dan anak, khususnya pada wanita sepanjang daur kehidupannya (*life cycle approach*). (Homer & Clinepi, 2017). Bidan mempunyai tugas konseling dan pendidikan kesehatan kepada masyarakat khususnya kesehatan reproduksi wanita. (Fontein-kuipers & Romeijn, 2018b, 2018a). Pelayanan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi ibu, dan akses layanan kesehatan atau intervensi lain sesuai dengan kebutuhan dan permintaan ibu dalam standar dan wewenang tugas bidan.

b. Definisi *WCC*

Women Centered Care adalah asuhan pelayanan kesehatan yang berpusat pada wanita. Dalam konsep kebidanan terpusat pada ibu (wanita) adalah suatu konsep yang memfokuskan kebutuhan, harapan, dan aspirasi masing-masing perempuan dengan memperhatikan lingkungan sosial dari pada kebutuhan institusi atau

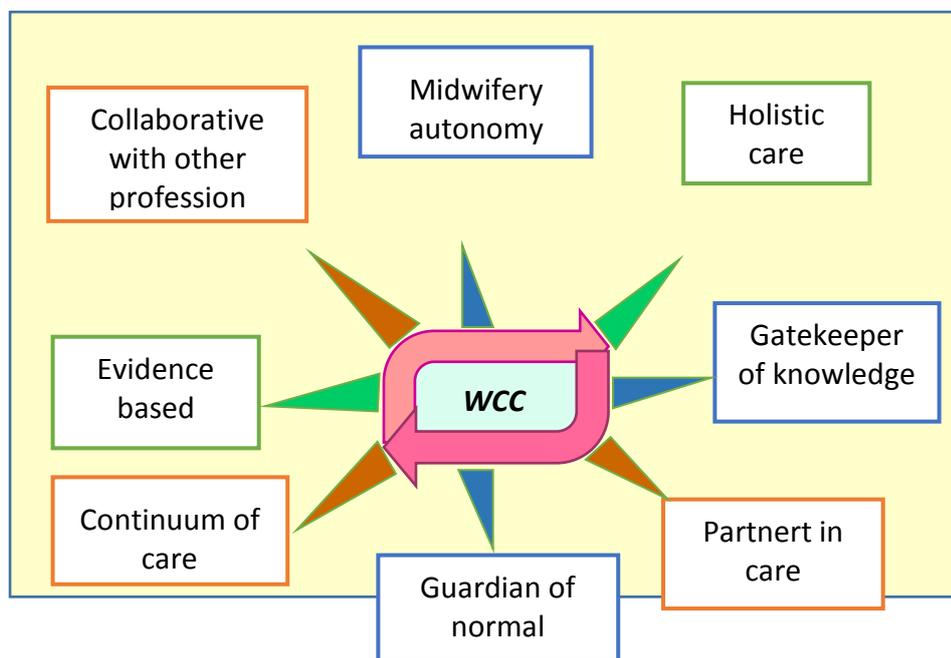
profesi. (Homer *et al.*, 2009; ICM, 2011b). WCC menekankan pentingnya informed choice, continuity of care, keterlibatan, efektivitas klinis, respon dan aksesibilitas. Bidan difokuskan memberi dukungan pada ibu memperoleh kesamaan status kesehatan di masyarakat, termasuk untuk memilih dan memutuskan perawatan kesehatan dirinya (Berg *et al.*, 2012; S. Brady *et al.*, 2016).

c. Prinsip-prinsip WCC

Prinsip-prinsip WCC menyiratkan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Perawatan berfokus pada kebutuhan kesehatan wanita yang unik, daripada kebutuhan institusi atau profesi terkait.
- 2) Memperhatikan hak-hak perempuan untuk memilih kontinuitas perawatan.
- 3) Memperhatikan kebutuhan janin dalam kandungan, bayi, dan keluarga kepada provider yang dikenal dan dipercaya oleh ibu.
- 4) Melibatkan peran serta masyarakat, melalui semua tahap mulai dari kehamilan, dan masa setelah kelahiran bayi. (Singh *et al.*, 2016),
- 5) Melibatkan kolaborasi antar profesional kesehatan lainnya bila diperlukan (Davies *et al.*, 2016).
- 6) Holistik dalam hal menangani masalah psiko sosial, emosional, fisik, kebutuhan spritual dan budaya (Grigg & Tracy, 2013; Hunter *et al.*, 2017; Sandall *et al.*, 2016).

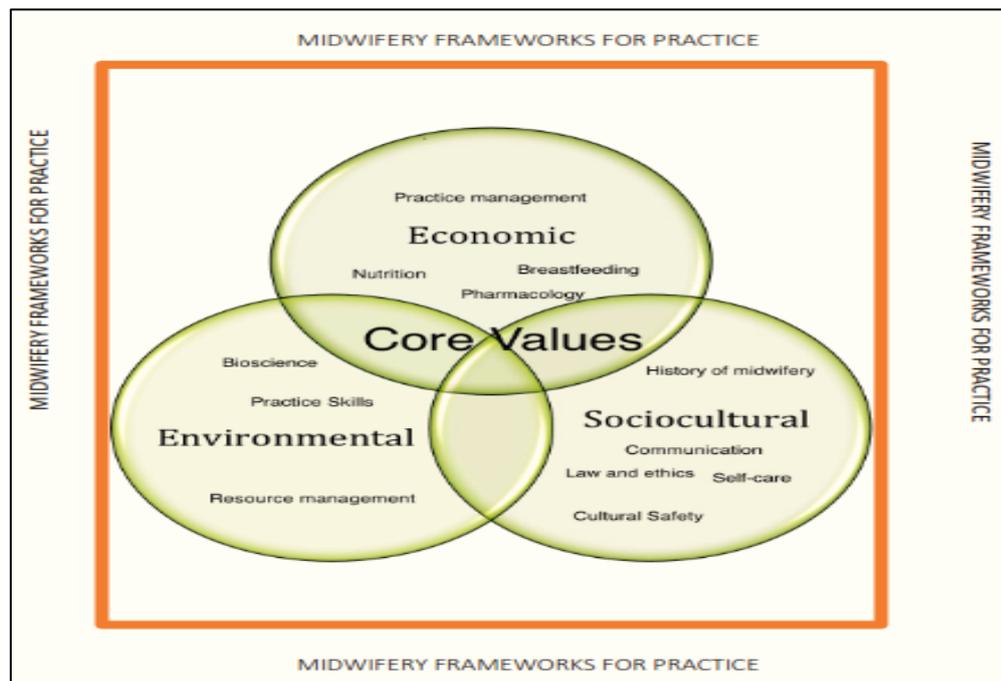
Prinsip-prinsip filosofi WCC mendasari lahirnya CoC, dapat dilihat secara skematik dan hubungan antar sub sistem, pada Gambar 2.1, sebagai berikut:



Gambar 2.1. Midwifery philosophical principles as identified by midwives. (Midwifery Identity, Davies. 2017, University of Canterbury).

Pengembangan lanjut, prinsip dan praktik kebidanan model Davies, L.D, (2017) tidak terfragmentasi oleh satu keilmuan saja, namun terintegrasi dengan disiplin keilmuan lainnya secara berkelanjutan mencakup nilai, sikap, dan perilaku sebagai komponen utama. (Lundgren *et al.*, 2019), Tiga landasan praktik, filosofi, dan model pendidikan dikaitkannya dengan praktik berkelanjutan secara sinergis dalam bentuk kerangka *Möbius Strip*. Komponen ini dapat dilihat pada Gambar 2.2 sebagai berikut.

MIDWIFERY FRAMEWORK OF PRACTICE



Gambar 2.2 A model for sustainable midwifery education
(Sumber: *A transformative process*, Davies L.D, 2017).

d. Batasan Paradigma WCC

Penerapan paradigma WCC diupayakan melalui strategi promotif dan preventif, pemberdayaan masyarakat, penguatan peran sosial lingkungan antara lain akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan, peningkatan edukasi informasi dan pendekatan kontinuitas, kolaboratif dan kemitraan serta intervensi berbasis risiko kesehatan. (Kemenkes RI, 2011; 2014).

2. Continuity of Care

a. Pengertian Continuity of Care

Continuity of Care (CoC) dalam istilah Bahasa Indonesia diartikan sebagai kontinuitas perawatan. CoC merupakan suatu filosofi konsep kebidanan yang didasarkan pada model *women centered care* atau *maternity care*, dari beberapa konsep integrasi asuhan holistik wanita yaitu pengalaman fisik, psikologis, emosional, sosial, budaya, spiritual, pemberdayaan, dan reproduksi sehat (Homer, et al, 2011; Perriman et al., 2018). Model CoC komprehensif meliputi pelayanan kehamilan, persalinan dan masa nifas sepanjang satu siklus dan tidak terputus oleh batas selesai dalam satu periode.

Sejumlah studi-studi sebelumnya menunjukkan bahwa model CoC meningkatkan hasil layanan kebidanan dibandingkan dengan standar bersalin di rumah sakit (Kuliukas *et al.*, 2016). Kontinuitas perawatan kebidanan adalah model yang beraneka ragam mencakup banyak unsur-unsur yang mungkin memberikan kontribusi untuk meningkatkan hasil dan kepuasan (Sandall *et al.*, 2016) baik bagi ibu maupun bidan dan perawat (Clark et al., 2015b); (Fenwick *et al.*, 2017).

Salah satu target MDG's dengan tujuan kesehatan dan kesejahteraan pembangunan yang berkelanjutan untuk mengurangi rasio kematian ibu secara global dengan lebih dari 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Strategi kontinum perawatan disebut sebagai komponen penting dari sistem kesehatan, mencegah dan mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu (Bowers et al., 2014).

Lebih lanjut, studi di Afrika Selatan dan Australia, *The Partnership for Maternal Newborn and Child Health* (2010), kontinum perawatan memastikan bahwa layanan disediakan secara terpadu untuk mengurangi beban kerja (Fenwick *et al.*, 2017) dan menghemat biaya (Gray *et al.*, 2016). Hal ini diartikan sebagai jangkauan kepedulian keluarga, masyarakat, dan layanan seluruh siklus hidup.

Menurut Kerber *et al.*, (2007) dalam Gao *et al.*, 2018, kontinuitas perawatan efektif memiliki dampak positif pada kesehatan ibu dan anak. Hal ini penting, untuk mengukur dan memantau kemajuan dalam meningkatkan akses ibu terhadap kontinuitas perawatan. Kemajuan dalam melaksanakan sebuah kontinuitas perawatan dapat diukur dan dipantau di tingkat kabupaten, karena ini adalah kunci utama upaya-upaya untuk meningkatkan pelayanan ibu dan bayi baru lahir di Afrika Selatan dan LMICs. (Gao *et al.*, 2018)

Pentingnya CoC dalam praktik-praktik kebidanan telah diulas dalam studi literature Leap, 2009; dalam Crowther *et al.*, (2018), bahwa lingkungan dan tanggung jawab antara seorang wanita dan bidan atau kolaborasi profesi kesehatan terkait dipromosikan secara bersama dan bersinergis.(Crowther *et al.*, 2018; Knox *et al.*, 2018) Konsep CoC juga mendukung pernyataan filsafat *International Confederation of Midwives dan Australia College Midwifery* (Jenkins *et al.*, 2014). CoC menggambarkan filosofi perawatan bersalin yang

mempromosikan pendekatan holistik dengan mengenali setiap sosial budaya, emosional, fisik, spiritual dan konteks, kebutuhan, harapan perempuan itu sendiri (Brady *et al.*, 2017), dan dalam pengaturan klinis aman, mendukung, dan lembut.

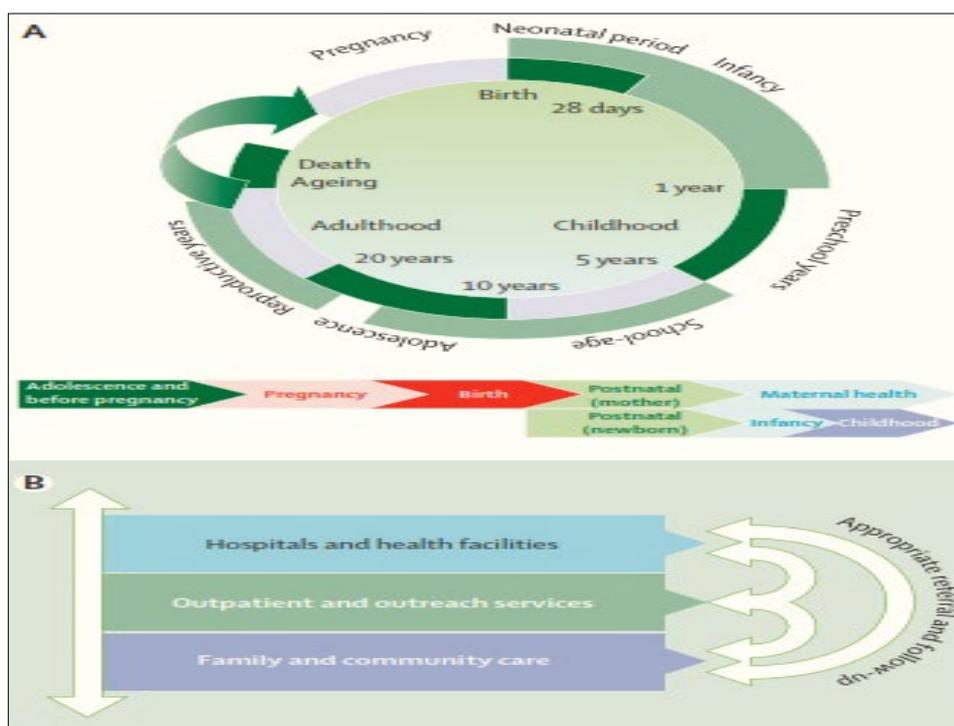
Studi terkait CoC dari aspek tempat layanan kesehatan berbasis keluarga dan rumah serta tinjauan lain dapat dilihat sebagai upaya untuk 1) meningkatkan partnership ibu dan provider agar memaksimalkan kemandirian keluarga (Edwards *et al.*, 2018); 2) kemandirian keluarga dimaksudkan untuk mendekatkan akses pelayanan antara ibu/keluarga dengan provider (Mafuta *et al.*, 2018); 3) konsep rumah yaitu home visit, strategi kesehatan keluarga di Brazil & perawatan primer berbasis masyarakat (Chen, 2015; Macinko & Harris, 2015); 4) di Ontario Canada mengemukakan bahwa perawatan kesehatan lanjutan, beralih dari rumah sakit kedalam lingkungan masyarakat dan keluarga (Tourangeau *et al.*, 2017).

Landasan filosofis pentingnya mengembangkan CoC perawatan kebidanan yaitu seorang wanita bermitra dengan bidan untuk menerima perawatan selama kehamilan, persalinan dan periode nifas. (S. Brady *et al.*, 2013; Brailey *et al.*, 2017)

Peningkatan kompetensi bidan dalam model ini menurut Sally Pairman, (2018) untuk mengeksplorasi dan memahami kehamilan, persalinan dan periode nifas. Berlangsungnya model CoC adalah

cara untuk memastikan bahwa ibu dan bayi mereka mendapatkan perawatan terbaik dari bidan sepanjang kontinuitas perawatan.

Skema konsep CoC dijelaskan pada Gambar 2.3 sebagai berikut: (Pairman, 2018)



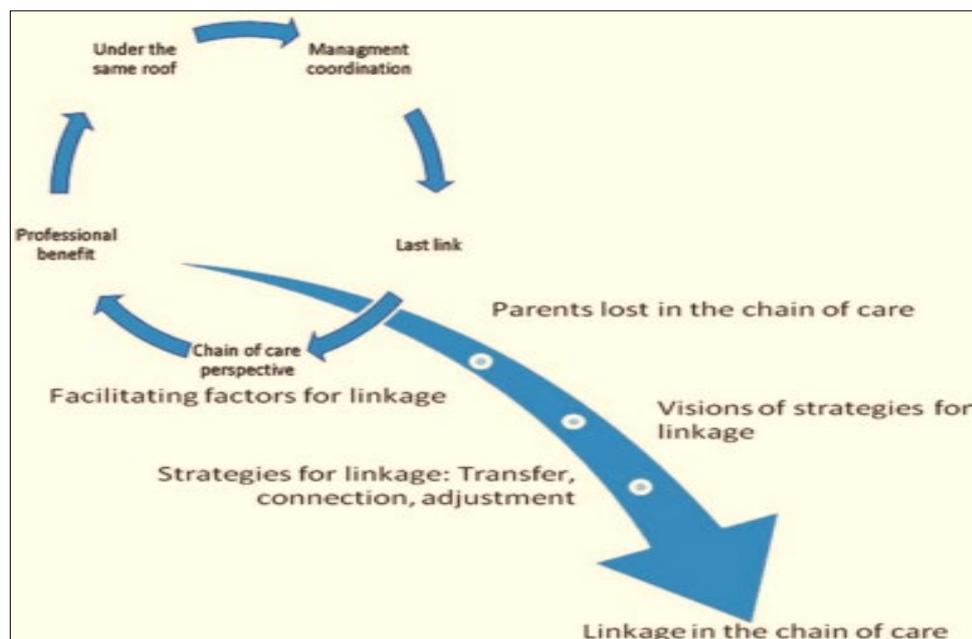
Gambar 2.3 Connecting of CoC during the lifecycle A) & at places of caregiving; B). Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

b. Bukti Manfaat Model Asuhan Kebidanan Berkelanjutan

Pelayanan untuk memilih asuhan normal seperti persalinan spontan dan mengurangi risiko komplikasi obstetri menunjukkan manfaat CoC tanpa ada efek samping jika dibandingkan dengan model standar (McLachlan *et al.*, 2012; Vincze *et al.*, 2017). Hal ini berdampak pada hemat pembiayaan kesehatan dan kepuasan

pelayanan terhadap pasien. Meskipun dalam kenyataannya wanita harus diberi tawaran dan pilihan oleh bidan untuk diarahkan menerima atau tidak layanan CoC.

Adaptasi keterkaitan model CoC berdampak positif dan bermanfaat dengan melibatkan strategi penatalaksanaan pada individu dan kelompok tertentu dan berisiko (Barimani & Hylander, 2012). Penjelasan dapat dilihat pada Gambar 2.4, sebagai berikut.



Gambar 2.4. Linkage in the chain of care. (Barimani & Hylander, 2012)

c. Kategori Model Perawatan Maternal

Model asuhan kebidanan diadopsi dari praktik-praktik *collaboration with doctors* “where needed” means “in the event of

identified risk factors". Identifikasi model terbagi dalam 11 kategori pelayanan. (Homer, 2016), sebagai berikut.

1) *Midwifery Group Practice (public) Caseload Care*

ANC, INC, PNC oleh bidan primer dan bidan sekunder menyediakan perlindungan dan bantuan dari dokter. INC dan PNC disediakan di rumah sakit, komunitas dan rumah.

2) *Team Midwifery Care*

ANC, INC, PNC oleh tim kecil bidan bekerja sama dengan dokter jika diperlukan. INC di rumah sakit atau pusat kelahiran. PNC dapat berlanjut di rumah atau komunitas.

3) *Private Midwifery Care*

ANC, INC, PNC oleh bidan swasta atau kelompok bidan, bekerja sama dengan dokter jika diperlukan. INC, PNC di berbagai lokasi dan di rumah.

4) *Shared Care*

INC, PNC ini disediakan di rumah sakit oleh bidan dan dokter, bersamaan tenaga kesehatan lainnya (khususnya di pedesaan).

5) *Combined Care*

ANC oleh bidan dan dokter layanan bersalin swasta di masyarakat. INC dan PNC disediakan di rumah sakit umum oleh bidan dan dokter rumah sakit. PNC dapat berlanjut di rumah atau komunitas, yang disediakan oleh bidan rumah sakit.

6) *Private Obstetrician (specialist) Care*

ANC oleh dokter spesialis kandungan swasta. INC di rumah sakit oleh dokter spesialis kebidanan dan bidan rumah sakit. PNC di rumah sakit dan dapat dilanjutkan di rumah.

7) *Private Obstetrician and Privately Practising Midwife Joint Care*

ANC, INC, PNC disediakan oleh dokter spesialis dan bidan praktik swasta. PNC disediakan di rumah sakit dan dapat dilanjutkan di rumah, hotel atau asrama, yang disediakan oleh bidan pribadi.

8) *General Practitioner Obstetrician Care*

ANC oleh dokter kandungan GP. INC di rumah sakit swasta/umum oleh dokter kandungan dan bidan rumah sakit. PNC di rumah sakit oleh dokter kandungan dan bidan rumah sakit dan dapat berlanjut di rumah atau komunitas.

9) *Public Hospital Maternity Care*

ANC di klinik rawat jalan rumah sakit oleh bidan dan dokter. INC, PNC di rumah sakit oleh bidan dan dokter. PNC berlanjut di rumah atau komunitas, disediakan oleh bidan rumah sakit.

10) *Public Hospital High Risk Maternity Care*

ANC diberikan kepada wanita dengan risiko tinggi medis atau kehamilan kompleks oleh provider bersalin spesialis INC berisiko tinggi di rumah sakit umum. INC dan PNC oleh dokter rumah sakit dan bidan.

11) *Remote Area Maternity Care*

ANC dan PNC oleh proviser di komunitas daerah terpencil, atau dengan dokter telehealth (on-call). INC dan PNC di rumah sakit regional atau kota (melibatkan relokasi sementara sebelum persalinan di rumah sakit). (Homer, 2016); Donnoley, 2016).

d. Tipe Continuity of Care

Tiga tipe kontinuitas perawatan, model CoC menurut Haggerty *et al*, (2003), dalam (Donnoley et al., 2017; Homer, 2016) mencakup *Information Countinuity*, *Management Continuity*, dan *Relational Continuity*.

1) Information Countinuity

Kontinuitas informasi adalah kegiatan mengkaji informasi mengenai riwayat kesehatan masa lalu dan keadaan individu saat ini. Digunakan untuk menyesuaikan perencanaan dan kebutuhan perawatan setiap individu. Kontinuitas ini merupakan benang merah yang menghubungkan perawatan ibu yang diterima dari satu atau lebih provider profesional. Informasi yang dikumpulkan antara lain seperti risiko penyakit dan keluhan fisik ataupun psikis. Untuk menjaga terputusnya informasi pasien diperlukan pencatatan dan pelaporan hasil perawatan dan memastikan pelayanan yang responsif terhadap kebutuhan individu.

2) Management Continuity

Kontinuitas manajemen adalah pendekatan bersifat konsisten dan koheren yang digunakan untuk penatalaksanaan rencana perawatan sesuai kondisi kesehatan individu. Rencana manajemen bersama dan standar prosedur operasional dapat memfasilitasi kesinambungan penatalaksanaan dan rencana perawatan selanjutnya sesuai perkembangan kondisi pasien secara tepat.

Akses perawatan yang rutin dan terjadwal sesuai kondisi individu diperlukan untuk memastikan tujuan perawatan yang diterima oleh pasien tersedia dan dapat terpenuhi. Tujuan pengelolaan informasi manajemen ini juga memfasilitasi provider untuk tanggap terhadap adaptasi perubahan kebutuhan perawatan dan kondisi individu.

3) Relational Continuity

Relasional kontinuitas merupakan hubungan dalam konteks menjaga kontak komunikasi dan koordinasi antara pasien dengan satu atau lebih provider yang dimulai dari akses layanan sebelumnya, ke perawatan saat ini sampai dengan melaksanakan kelanjutan rencana perawatan secara lengkap dan tercapai satu rangkaian kontinuitas perawatan yang dibutuhkan. (Donnolley et al., 2017, 2018)

3. Interprofessional Collaboration

a. Pengertian *Interprofesional Collaboration*

Pentingnya kontribusi berbagai disiplin ilmu mampu mengungkit dampak positif dalam penyelesaian berbagai masalah kesehatan. Pada tinjauan studi-studi dan praktik-praktik telah banyak dilakukan dari tahun ke tahun, khususnya di Canada. Topik kolaborasi antar professional yang dikenal dengan istilah *Interprofessional Collaboration (IPC)* dikemukakan sebagai implementasi yang tepat untuk perawatan kesehatan secara terintegrasi.

Berdasarkan latar belakang munculnya *IPC* bersamaan dengan konsep *interprofessional education (IPE)* (Conn et al., 2010; Zwarenstein & Bryant, 2009) dalam (Mulvale et al., 2016), dimana model ini pertama kali diperkenalkan di dunia pendidikan kesehatan yang multi-profesional. Definisi WHO (1988) "*..proses dimana sekelompok student atau pekerja dari pekerjaan yang berhubungan dengan kesehatandengan berbagai latar belakang pendidikan belajar bersama selama periode tertentu di pendidikan, dengan tujuan penting untuk berkolaborasi dalam memberikan promosi, layanan preventif, kuratif, rehabilitatif, dan layanan terkait kesehatan lainnya*". *The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice*, kolaborasi perawatan merupakan strategi utama menggerakkan sistem perawatan kesehatan yang berkinerja buruk

saat ini menuju model yang lebih aman, efisien, terintegrasi, dan hemat biaya. (Mulvale et al., 2016).

b. Konsep dan Definisi IPC

Istilah IPC perlu diketahui dalam memberi pemahaman signifikan. Konsep dan ciri kolaborasi ini diadopsi dari D'Amour, (2005) dalam Reeves, (2017) mendefinisikan bahwa kolaborasi merupakan gabungan dua atau lebih pihak profesi yang terlibat dalam praktik, dimana salah satu pihak bersifat intelektual. Kesiapan untuk berpartisipasi menjadi penting dalam menyusun perencanaan dan pengambilan keputusan. Kolaborasi adalah proses yang kompleks dan membutuhkan kompetensi, kepercayaan diri, dan komitmen dari semua pihak yang terlibat. (Reeves et al., 2017).

Provider profesional diharuskan memandang dirinya sendiri sebagai anggota tim, dan berkontribusi pada kesamaan tujuan. Semua anggota tim menawarkan pengetahuan dan keahlian mereka, melaksanakan tanggung jawab untuk hasil, dan diakui oleh anggota tim lainnya atas kontribusi mereka kepada proses kolaborasi. Hal ini menjadi kekuatan hubungan antar individu yang tidak terbatas dari sekedar hirarkis dari peran atau gelar profesi masing-masing.

Kolaborasi adalah fenomena kompleks yang definisinya dianggap abu-abu dan sangat bervariasi yang menyebabkan istilah

kolaborasi digunakan dalam berbagai cara yang kurang tepat. Meskipun sulit dipahami, namun esensinya meningkatkan hubungan kerja positif antar profesi dan hasil pada pasien. Oleh sebab itu dalam analisis studi ini mengemukakan temuan yang memberikan pemahaman tentang istilah kolaborasi, memanfaatkan strategi dan metode analisis untuk belajar kolaborasi dengan definisi kolaborasi yang lebih jelas dan digunakan merancang definisi operasional, serta untuk mengembangkan instrumen dan evaluasi. (Prayitno et al., 2017)

Konsep kolaborasi antar profesional juga memfokuskan pada dua faktor kunci yaitu konsep dasar dan kerangka teoritis dan kerangka konsep, yang dirancang untuk meningkatkan praktik dan efektivitas layanan kesehatan di masyarakat. Penting untuk dipahami bahwa konsep kolaborasi menjadi alat dan cara berbagi pengetahuan dan keahlian para profesional kesehatan, dimana masalah kesehatan semakin kompleks dan bervariasi dihadapi di komunitas. Meskipun demikian Amour juga mengemukakan banyak hambatan, keterbatasan dan saling ketergantungan.

Hasil identifikasi temuan D'Amour, et al (2005) dalam Prayitno, et al (2017), merujuk pada aspek-aspek sebagai berikut:

- 1) Konsep kolaborasi dilandaskan lima konsep, yaitu: berbagi, kemitraan, kekuasaan, saling ketergantungan, dan proses;

- 2) Model kolaborasi didasarkan pada latar belakang teoritis yang kuat, baik teori organisasi atau sosiologi organisasi dan data empiris;
- 3) Keragaman konseptual kolaborasi dan faktor-faktor yang mempengaruhinya;

c. Faktor Kontribusi pada *Interprofessional Collaboration*

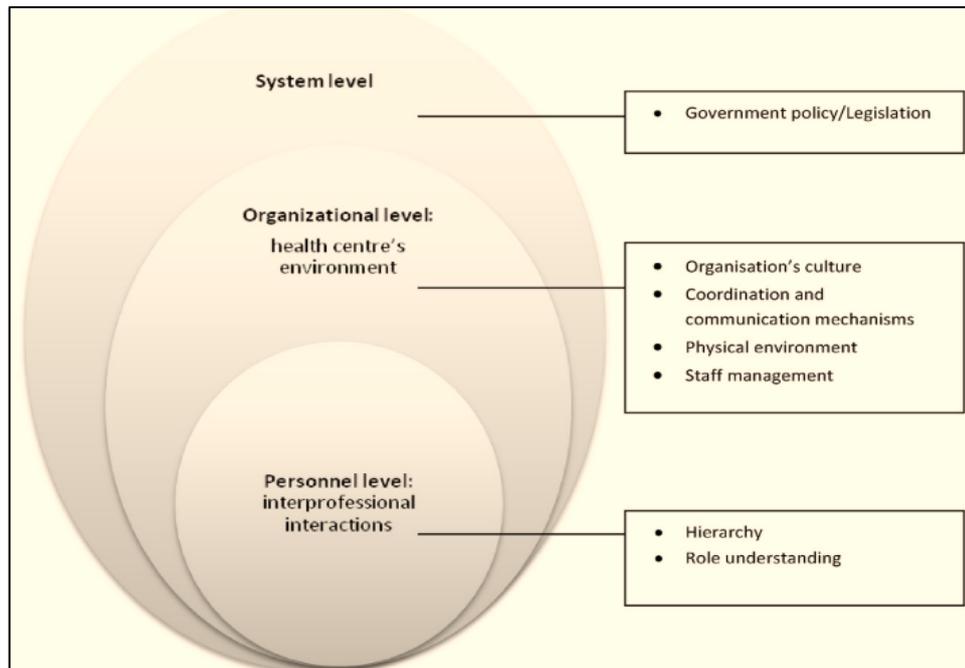
Menurut Prayitno, *et al.* (2017), faktor kontribusi IPC mencakup tiga tema identifikasi yaitu: Pertama, tingkat individu: interaksi antar profesional; Kedua, tingkat organisasi: lingkungan tempat bekerja; dan Ketiga, tingkat sistem: peraturan dan kebijakan pemerintah. Kerangka kerja IECPCP menyoroti faktor-faktor mikro (interaksional), meso (organisasi) dan makro (sistemik) yang mempengaruhi praktik kolaboratif, sementara model ekologis menonjolkan berbagai tingkat pengaruh, yang bersifat interaktif dan memperkuat. Penguatan sistem layanan perawatan primer berkembang di Indonesia diperlukan dalam mengatasi beban kesehatan melalui kolaborasi antarprofesional.

Praktik kolaboratif terjadi ketika banyak petugas kesehatan dari latar belakang profesional yang berbeda memberikan layanan terkoordinasi, komprehensif kepada pasien, keluarga, dan masyarakat untuk mencapai perawatan berkualitas tinggi di seluruh rangkaian. Praktik kolaboratif yang efektif dan optimal dapat memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan hasil cakupan

kesehatan. (Davies et al., 2016). Praktik kolaboratif juga dapat mengurangi komplikasi penyakit, lama tinggal di rumah sakit, konflik antar pengasuh, pergantian staf, penerimaan di rumah sakit, tingkat kesalahan klinis, dan tingkat kematian.

Beberapa keberhasilan pelaksanaan praktik kolaboratif antarprofesional, yaitu antara lain dukungan kelembagaan (tata kelola, protokol terstruktur, ketersediaan ruang dan waktu), dukungan budaya kerja (yaitu strategi komunikasi), dukungan profesional (misalnya minat bersama, kemauan, kepercayaan), dukungan kebijakan, pelatihan interprofesional, dan pendanaan jangka panjang.

Keterkaitan tema-tema yang diidentifikasi kompleks dan saling terkait dengan kerangka kerja (IECPCP) dan model ekologis digabungkan untuk menjelaskan interkoneksi Gambar 2.5 berikut.



*Gambar 2.5 Factors contributing to interprofessional collaboration
(Sumber: Prayitno, et al 2017)*

Hubungan antara individu yang terlibat dalam kolaborasi adalah kekuatan non-hierarkis berdasarkan pengetahuan dan keahlian, peran atau gelar masing-masing profesi. Faktor-faktor yang mempengaruhi IPC, antara lain sebagai berikut:

1) Faktor Personal

Faktor personal berkaitan dengan karakteristik individu maupun kelompok, diperlukan kesiapan individu untuk terlibat dalam proses interpersonal. Kesiapan individu antara lain pendidikan, kompetensi dan pengalaman kerja. Selain itu, untuk memiliki kejelasan memahami dan menerima peran dan level keahlian mereka sendiri dan provider lainnya. Dengan kedisiplinan

tinggi memungkinkan individu untuk melihat arah berkontribusi pada praktik kolaborasi yang baik.

Faktor-faktor lain yang mendorong kolaborasi termasuk komunikasi dari keterampilan, saling menghormati, berbagi, dan kepercayaan (*skills, respect, sharing, and trust*). Menghormati, dan mengakui pengetahuan dan penilaian masing-masing anggota kelompok adalah prasyarat untuk kolaborasi. Elemen kolaborasi ini mengharuskan individu untuk saling mengenal, melalui komunikasi, koordinasi dan berbagi. Rasa hormat dan kepercayaan diperoleh dari waktu ke waktu membutuhkan upaya, kesabaran, dan pengalaman positif sebelumnya. Kurangnya kepercayaan menjadikan hambatan praktik kolaborasi.

2) Faktor Lingkungan

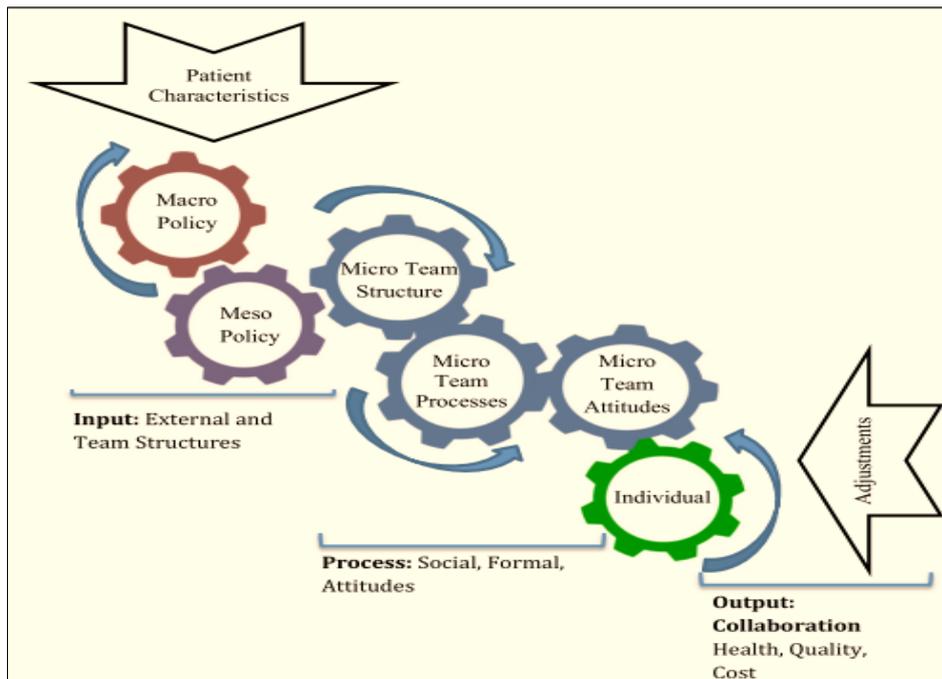
Kolaborasi membutuhkan lingkungan dan orientasi *tim work*. Struktur organisasi dan proses berperan secara mandiri. Sistem penghargaan harus ada untuk mengenali kelompok maupun prestasi individu. Penekanan kerja sama harus mengutamakan cara mengatasi masalah daripada sekedar persaingan kelompok tertentu. Lingkungan organisasi mendukung kolaborasi berdasarkan kekuatan, perbedaan pengetahuan dan ketrampilan dengan peran atau fungsi kekuasaan di kedua belah pihak.

Nilai-nilai organisasi yang mendukung kolaborasi termasuk partisipasi, sistem dan kebijakan, pendampingan, otonomi,

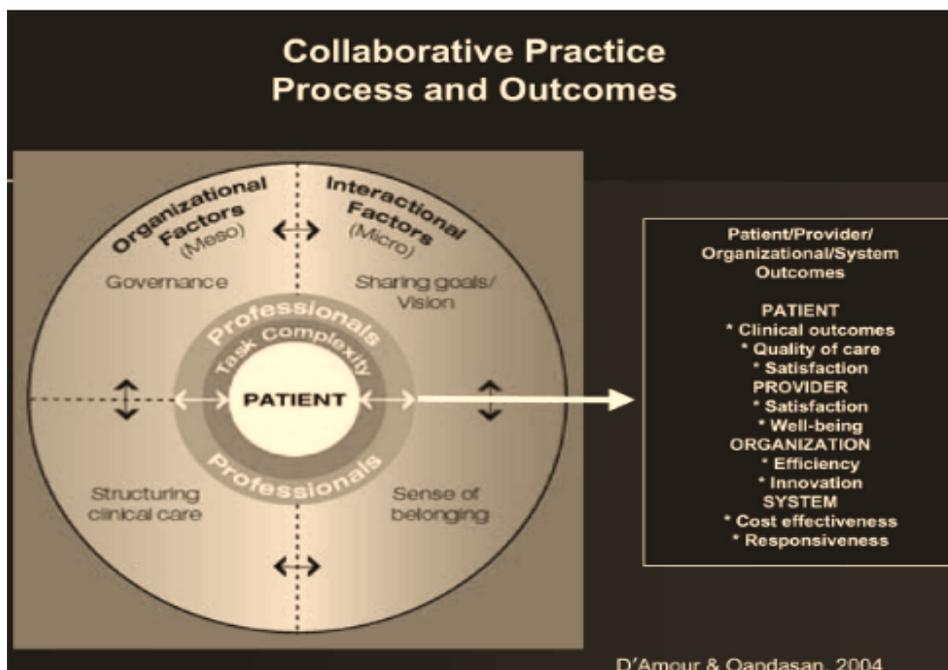
kebebasan dan kesetaraan, kebebasan ekspresi dan saling ketergantungan. Hal ini berkaitan dengan proses formal dan pemecahan masalah kelompok; proses sosial seperti komunikasi terbuka dan teman sejawat yang mendukung; sikap tim seperti merasakan bagian dari tim; dan struktur tim seperti ukuran tim serta fasilitator kolaborasi. Pemimpin organisasi yang mendukung kolaborasi mempromosikan visi bersama dan komitmen untuk tujuan bersama dan menumbuhkan kreativitas serta otonomi dalam pengambilan keputusan.

Proses dan hasil (output) kolaborasi tersebut, dapat dilihat pada kerangka konseptual menurut D'Amour & Oandasan, (2005) dalam Mulvale *et al*, (2016), merupakan model konseptual *Gear Up* yang saling terkait. Model ini adalah taksonomi faktor pembuat kebijakan (makro), manajer organisasi (meso), tim perawatan (mikro) dan provider profesional (individu). Konsep ini digunakan untuk meningkatkan kinerja *IPC*. (Mulvale *et al.*, 2016).

Kerangka konsep output kolaborasi dapat dilihat pada Gambar 2.6 dan Gambar 2.7 sebagai berikut.



Gambar 2.6 Gears Models of Factor Affecting interprofessional; Collaboration within IPCTs (Sumber: Mulvale et al, 2016)



Gambar 2.7 Collaborative practice: Processes and outcomes (Sumber: Prayitno et al, 2017; Mulavale et al, 2016)

4. Leadership

Leadership memegang peranan yang sangat penting didalam suatu organisasi. Para ahli dalam bidang organisasi umumnya mengajukan pengertian tersendiri mengenai kepemimpinan. Leadership didefinisikan ke dalam ciri individual, kebiasaan, cara mempengaruhi orang lain, interaksi, kedudukan dalam administrasi.

a. Pengertian Leadership (Kepemimpinan)

Menurut Haryono S, (2015), dalam buku Intisari teori Kepemimpinan mengutip pengertian kepemimpinan dari beberapa ahli antara lain yaitu:

- 1) Kepemimpinan adalah perilaku individu mengarahkan kegiatan kelompok menuju tujuan bersama, (Hemphill & Coons, 1957)
- 2) Kepemimpinan adalah proses mempengaruhi kegiatan kelompok yang terorganisir menuju pencapaian tujuan, (Rauch & Behling, 1984).
- 3) Kepemimpinan adalah proses untuk memahami apa yang dilakukan orang bersama sehingga orang akan memahami dan berkomitmen, (Drath & Palus, 1994)
- 4) Kepemimpinan adalah proses mempengaruhi antara pemimpin dengan pengikut untuk mencapai tujuan organisasi melalui perubahan, (Lussier & Achua, 2010).
- 5) Pemimpin adalah seorang pribadi yang memiliki kecakapan dan kelebihan, khususnya kecakapan dan kelebihan di satu bidang

sehingga dia mampu mempengaruhi orang lain untuk bersama-sama melakukan aktivitas-aktivitas tertentu demi pencapaian satu atau beberapa tujuan.

b. Kepemimpinan Dalam Organisasi

Menurut Badu & Djafri, (2017), berhasil tidaknya suatu usaha pencapaian tujuan sebagian besar akan ditentukan oleh kemampuan pemimpin, menggerakkan orang-orang disekitarnya.

c. Fungsi Kepemimpinan dalam Organisasi

Menciptakan kepemimpinan yang efektif, maka kepemimpinan tersebut harus dilaksanakan sesuai dengan fungsinya. Menurut Nawawi H. & Hadari M., (2012) setiap pemimpin berada di dalam, bukan berada di luar situasi itu. Pemimpin harus berusaha agar menjadi bagian di dalam situasi sosial kelompok atau organisasinya. Fungsi kepemimpinan memiliki dua dimensi yaitu: (Hadari & Hadari, 2012).

- 1) Dimensi yang berhubungan dengan tingkat kemampuan mengarahkan dalam tindakan atau aktivitas pemimpin, yang terlihat pada tanggapan orang-orang yang dipimpinnya.
- 2) Dimensi yang berkenaan dengan tingkat dukungan atau keterlibatan orang-orang yang dipimpin dalam melaksanakan tugas-tugas pokok kelompok atau organisasi, yang dijabarkan dan dimanifestasikan melalui keputusan-keputusan dan kebijakan pemimpin.

Sehubungan dengan kedua dimensi tersebut, menurut Hadari Nawawi, secara operasional dapat dibedakan lima fungsi pokok kepemimpinan, yaitu:

1) Fungsi Direktif

Berfungsi sebagai komunikator yang menentukan apa (isi perintah), bagaimana (cara mengerjakan perintah), bilamana (waktu memulai, melaksanakan dan melaporkan hasilnya), dan dimana (tempat mengerjakan perintah) agar keputusan dapat diwujudkan secara efektif.

2) Fungsi Konsultatif

Komunikasi dua arah, digunakan ketika pemimpin berusaha menetapkan keputusan yang memerlukan pertimbangan dan berkonsultasi dengan orang-orang yang dipimpinnya.

3) Fungsi Partisipasi

Mengaktifkan orang - orang yang dipimpinnya. Setiap anggota kelompok memperoleh kesempatan berpartisipasi melaksanakan kegiatan dan tugas-tugas pokok masing - masing.

4) Fungsi Delegatif

Fungsi delegasi adalah kepercayaan seorang pemimpin kepada orang diberi kepercayaan untuk pelimpahan wewenang dengan melaksanakannya secara bertanggungjawab.

5. Tradisi Masyarakat Banjar

a. Pengertian Tradisi

Tradisi dipahami sebagai sesuatu turun temurun dari nenek moyang. Tradisi dalam kamus antropologi sama dengan adat istiadat yakni kebiasaan bersifat magis religius dari kehidupan suatu penduduk asli meliputi nilai-nilai budaya, norma-norma, hukum dan aturan-aturan yang saling berkaitan, dan menjadi sistem atau kebiasaan-kebiasaan.

Tradisi diatur bagaimana manusia berhubungan dengan manusia lain atau satu kelompok dengan kelompok lain, bagaimana manusia bertindak terhadap lingkungannya dan bagaimana manusia berperilaku terhadap alam yang lain. Ia berkembang menjadi suatu sistem yang memiliki pola dan norma dan sekaligus juga mengatur penggunaan sanksi dan ancaman terhadap pelanggaran dan penyimpangan. Sztompka, P. (2007).

Sebagai sistem budaya, tradisi menyediakan seperangkat model untuk bertingkah laku yang bersumber dari sistem nilai dan gagasan utama.

b. Pengertian Budaya

Menurut Koentjaraningrat, (2003), budaya adalah seluruh kelakuan dan hasil kelakuan manusia yang teratur oleh tata kelakuan yang harus didapatkannya dengan belajar dan yang semuanya

tersusun dalam kehidupan masyarakat. Selain itu terdapat tiga wujud kebudayaan yaitu :

1) Wujud pikiran, gagasan, ide-ide, norma-norma, dan peraturan.

Wujud pertama bersifat abstrak, berada dalam pikiran masing-masing anggota masyarakat di tempat budaya itu berlaku.

2) Aktifitas kelakuan berpola manusia dalam masyarakat.

Sistem sosial terdiri atas aktifitas - aktifitas manusia yang saling berinteraksi, berhubungan serta bergaul satu dengan yang lain setiap saat dan selalu mengikuti pola-pola tertentu berdasarkan adat kelakuan. Sistem sosial ini bersifat nyata atau konkret.

3) Wujud fisik, merupakan total hasil fisik aktifitas perbuatan dan karya manusia dalam masyarakat.

c. Hubungan Antara Sosial Budaya dan Perilaku Kesehatan

Manusia merupakan makhluk sosial, yang hidup dalam suatu kelompok masyarakat. Dalam setiap kelompok masyarakat terdapat aturan, norma, nilai, dan tradisi yang berbeda-beda. Sosial budaya sering kali dijadikan petunjuk dan tata cara berperilaku dalam bermasyarakat, hal ini dapat berdampak positif namun juga dapat berdampak negative. Budaya juga membentuk, mengatur, dan mempengaruhi tindakan atau kegiatan individu, suatu kelompok sosial dalam memenuhi berbagai kebutuhan kesehatan baik yang

berupa upaya mencegah penyakit maupun menyembuhkan diri dari penyakit.

Penelitian yang dilakukan di beberapa negara di Asia, salah satunya oleh Whitters, *et al.* 2018; dikemukakan masih banyak praktik-praktik tradisional selama kehamilan, persalinan, dan periode postpartum yang berkembang di kalangan perempuan, keluarga dan masyarakat, sehingga pemanfaatan perawatan yang kompeten secara budaya. (Whitters *et al.*, 2018).

d. Tradisi Suku Banjar

Suku Banjar (bahasa Banjar: *Urang Banjar*) adalah penduduk asli yang mendiami sebagian besar wilayah Kalimantan Selatan yaitu salah satunya tersebar di Martapura, banyak bermukim di pesisir sungai atau DAS karena nenek moyang mereka adalah orang-orang Melayu. Masyarakat Banjar identik dengan nuansa Islamic. Sejak dahulu jauh sebelum Islam masuk ke daratan Kalimantan banyak dari masyarakat Banjar berkeyakinan *Kaharingan*.

Saat kehamilan dan masa nifas, masih banyak perilaku dan pantangan yang dijalankan. Tradisi yang sangat kental dilakukan yaitu siapa akses pertama perawatan adalah dari dukun kampung, upacara adat dan dari petugas kesehatan. Sedangkan pantangan ibu hamil dan nifas yaitu pantangan perilaku, makanan dan minuman.

Upacara adat *Batapung Tawar Tian* atau upacara Mandi Hamil saat kehamilan berusia tiga bulan) dan *Tian Madaring* (ketika kehamilan berusia tujuh bulan) dan keunikan membacakan mantra-mantra dipimpin *bidan kampung* (sebutan untuk “ninik” = dukun bayi), dipengaruhi kebiasaan orang Arab yang banyak berdomisili oleh karena perkawinan campuran dengan orang suku Banjar. Anggapan sebagai tokoh yang memiliki kemampuan memimpin doa bahasa Arab yang diyakini dapat mengusir makhluk halus dan mencegah timbulnya beberapa penyakit menjadi nilai tambah bagi bidan kampung (Khazanah, 2011).

Penelitian lain di beberapa daerah dan negara, dikemukakan Fadiman, *et al.* (2019), yang melihat bagaimana upacara Kelahiran Anak Pertama tradisional di Palau, Mikronesia, telah menjadi hibridisasi dari waktu ke waktu, dan apa pengaruh global dan kontemporer yang mempengaruhi proses ini. Upacara, lebih sering disebut sebagai Omengat di seluruh Palau dan Ngasech di pulau Angaur adalah pusat sistem pertukaran tradisional Palau. Ada kekhawatiran bahwa melalui penjajahan, dekolonisasi dan sekarang globalisasi, orang-orang Palauan kehilangan koneksi ke adat istiadat leluhur. Namun, upacara kelahiran anak pertama masih dipraktikkan secara luas dan dapat berfungsi sebagai studi kasus mengenai dampak globalisasi dan mengulas berbagai aspek biokultural

upacara seperti mandi, makanan, konstruksi, pakaian, penggunaan tanaman dan diaspora dalam efek globalisasi.

Menurut Hurrahman, (2008), mengemukakan bahwa bagi masyarakat Banjar Hulu Sungai khususnya, menganggap bahwa angka ganjil seperti 3, 7 dan 9 bagi yang hamil merupakan saat-saat yang dianggap sakral. Bukankah kelahiran sering terjadi pada bulan ke-7 dan bulan ke-9? Dan menurut kepercayaan mereka bahwa roh-roh halus dan hantu selalu berusaha mengganggu si ibu dan dan bayi dalam kandungan, karena menurut mereka bahwa wanita hamil 3 bulan itu baunya harum. Dari aturan dan mitos-mitos yang sakral ini dapat menghambat akses ibu hamil untuk keluar rumah ke puskesmas untuk mendapatkan pemeriksaan. Tradisi lain pada pemeliharaan kehamilan dan keselamatan, masih melakukan pijatan atau dengan istilah Banjar “Baurut” pada seorang dukun beranak atau bidan kampung yang ahli dalam pijatan (urut).

6. Determinan Sosial

Menurut McCarthy & Maine dalam Say, (2018) mengemukakan tiga 3 faktor terhadap proses terjadinya kematian maternal. Proses paling dekat terhadap kejadian kematian maternal, disebut sebagai determinan dekat yaitu kehamilan itu sendiri dan komplikasi yang terjadi dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas (komplikasi obstetri). Determinan dekat secara langsung dipengaruhi oleh

determinan antara yaitu status kesehatan ibu, status reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan, perilaku perawatan kesehatan / penggunaan pelayanan kesehatan dan faktor - faktor lain yang tidak diketahui atau tidak terduga. Selain itu, terdapat juga determinan jauh yang akan mempengaruhi kejadian kematian maternal melalui pengaruhnya terhadap determinan antara, yang meliputi faktor sosio kultural dan faktor ekonomi, seperti status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat. (Say et al., 2018)

Sejalan dengan penelitian Kabudula *et al.*, 2017 di rural Afrika Selatan, yang mengungkap bahwa karakteristik lokal yang berbeda-beda dapat mempengaruhi kondisi status kesehatan dan status sosial seseorang, demikian pula oleh sistem kesehatan dan sumber daya yang terbatas di masing-masing wilayah. Seperti hanya dengan studi Frempong-Ainguah *et al.*, (2018) di urban Acra, Ghana, bahwa sosial-demografis individu, antara lain pendidikan, gejala penyakit dan usia responden serta karakteristik ekonomi sangat mempengaruhi status kesehatan wanita. (Frempong-anguah et al., 2018; Kabudula et al., 2017).

Faktor – faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal, dikategorikan berdasarkan kerangka dari McCarthy dan Maine (1992) sebagai berikut:

a. Determinan Dekat

1) Komplikasi kehamilan

Menurut Prawirohardjo, (2012), Komplikasi kehamilan yang terjadi pada trimester ketiga adalah: 1) kehamilan ganda/kembar; dan 2) kehamilan dengan preeklamsi atau eklamsi.

2) Komplikasi persalinan dan nifas

b. Determinan Antara

1) Status kesehatan ibu

Faktor-faktor status kesehatan ibu antara lain status gizi, penyakit infeksi atau parasit, penyakit menahun seperti tuberkulosis, penyakit jantung, ginjal, dan riwayat komplikasi obstetri. Status kesehatan ibu sebelum maupun pada saat kehamilan berpengaruh besar terhadap kemampuan ibu dalam menghadapi komplikasi.

2) Status reproduksi

Faktor-faktor status reproduksi antara lain usia ibu hamil (usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun merupakan usia berisiko untuk hamil dan melahirkan), jumlah kelahiran (semakin banyak jumlah kelahiran yang dialami oleh seorang ibu maka semakin tinggi risikonya untuk mengalami komplikasi), status perkawinan (wanita dengan status tidak menikah cenderung kurang memperhatikan kesehatan diri dan janinnya selama kehamilan dengan tidak melakukan pemeriksaan kehamilan yang

menyebabkan tidak terdeteksinya kelainan yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi).

3) Akses pelayanan kesehatan

Ketersediaan pelayanan kesehatan adalah tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan dengan jumlah dan kualitas yang memadai. Keterjangkauan pelayanan kesehatan mencakup jarak, waktu dan biaya. Tempat pelayanan yang lokasinya tidak strategis atau sulit dicapai oleh para ibu menyebabkan berkurangnya akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan. Penggunaan pelayanan kesehatan yang tersedia tergantung keterjangkauan masyarakat terhadap informasi.

4) Perilaku penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan

Hal ini antara lain meliputi penggunaan alat kontrasepsi (ibu ber-KB akan lebih jarang melahirkan dibandingkan dengan ibu yang tidak ber-KB), pemeriksaan kehamilan (ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur akan terdeteksi masalah kesehatan dan komplikasinya), penolong persalinan (ibu yang ditolong oleh dukun berisiko lebih besar untuk mengalami kematian dibandingkan ibu yang melahirkan dibantu oleh tenaga kesehatan), perilaku menggugurkan kandungan (ibu yang berusaha menggugurkan kandungannya berisiko lebih besar untuk mengalami komplikasi).

c. Determinan Jauh

Determinan jauh tidak secara langsung mempengaruhi kematian maternal, akan tetapi faktor sosio kultural, ekonomi, keagamaan dan faktor – faktor lain juga perlu dipertimbangkan dan disatukan dalam pelaksanaan intervensi penanganan kematian maternal (Firoz et al., 2018).

Termasuk dalam determinan jauh adalah status wanita dalam keluarga dan masyarakat, yang meliputi tingkat pendidikan, dimana wanita yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya, sedangkan wanita dengan tingkat pendidikan yang rendah, menyebabkan kurangnya pengertian mereka akan bahaya yang dapat menimpa ibu hamil maupun bayinya terutama dalam hal kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan. (Adler *et al.*, 2016; Beckfield *et al.*, 2017).

Wanita terutama di daerah pedesaan atau daerah terpencil dengan pendidikan rendah, tingkat independensinya untuk mengambil keputusan masih rendah (Frempong-Ainguah *et al.*, 2018). Pengambilan keputusan masih berdasarkan pada budaya 'berunding' yang berakibat keterlambatan merujuk. Rendahnya pengetahuan ibu dan keluarga tentang tanda – tanda bahaya pada kehamilan mendasari pemanfaatan sistem rujukan yang masih kurang. Juga ditemukan bahwa faktor berpengaruh paling penting

dalam perilaku mencari pelayanan kesehatan antenatal adalah pendidikan. (Landi *et al.*, 2018; Kemenkes RI, 2016).

Status pekerjaan wanita dimana keadaan hamil tidak berarti mengubah pola aktivitas bekerja ibu hamil sehari – hari. Hal tersebut terkait dengan keadaan ekonomi keluarga, pengetahuan ibu sendiri yang kurang, atau faktor kebiasaan setempat. Di Sumatera Selatan pada umumnya ibu hamil masih membantu suaminya bekerja di sawah, ladang, kebun karet atau berdagang. Istri bahkan menjadi tumpuan penghasilan keluarga jika suami terbatas secara fisik. Laporan statistik sering menempatkan pekerjaan hanya sebatas pekerjaan formal. Misalnya dilaporkan sebanyak 63% ibu - ibu di Papua tidak bekerja, kenyataannya mereka secara fisik bekerja lebih keras daripada suami..

Kemiskinan dapat menjadi sebab rendahnya peran serta masyarakat pada upaya kesehatan. Kematian maternal sering terjadi pada kelompok miskin, tidak berpendidikan, tinggal di tempat terpencil, dan mereka tidak memiliki kemampuan untuk memperjuangkan kehidupannya sendiri.

7. Peran Tenaga Kesehatan

a. Peran Perawat

1) Peran dan Kewenangan

Peran dan kewenangan perawat dalam pelayanan kesehatan maternal tertuang dalam amanah Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan yang tercantum dalam pasal-pasal penjelasan sebagai berikut: 1) Pasal 28 [2] Praktik Keperawatan ayat 1; dan 2) Pasal 30.

2) Standar Praktik dan Pelayanan

Standar praktik dan pelayanan perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan ibu termasuk rumah sakit khusus ibu dan anak (RSIA) dalam berbagai tingkatan, dan lingkup tatanan pelayanan kesehatan di komunitas, yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 tahun 2015 Standar Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit Khusus yang tercantum dalam pasal-pasal penjelasan sebagai berikut: 1) Pasal (1) poin a yaitu: Standar Pelayanan Keperawatan Ibu dan Anak; dan 2) BAB II Pelayanan Klinis Keperawatan Ibu dan Anak.

b. Peran Bidan

Peran merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dalam suatu sistem. Dalam melaksanakan profesinya bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti. Peran Bidan dalam Pelayanan di Komunitas, Faskes dan Praktik Mandiri tertuang dalam Kepmenkes RI Nomor 369/2007; dan Permenkes RI Nomor 1464/Menkes/PER/X/2010.

8. Pelayanan ANC, INC, dan PNC

a. Antenatal Care

1) Pengertian Antenatal Care

Pelayanan kehamilan atau Antenatal Care (ANC) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan pelayanan yang dilakukan secara teratur dan komprehensif. (Kemenkes RI, 2014).

Tenaga kesehatan profesional antara lain dokter spesialis kandungan, dokter umum, bidan dan perawat sesuai dengan elemen dan standar yang ditentukan oleh pemerintah. ANC dimaksudkan sebagai upaya preventif program kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. (Kemenkes RI, 2014).

3) Kunjungan Antenatal Care

Menurut WHO dalam Kemenkes RI, 2013. Kunjungan ANC sebaiknya dilakukan 4 kali selama kehamilan:

- (a) Satu kali pada trimester pertama (K1) dengan usia kehamilan 1-12 minggu.
- (b) Satu kali pada trimester kedua (K2) dengan usia kehamilan 13-24 minggu.
- (c) Dua kali pada trimester tiga (K3 & K4) dengan usia kehamilan di atas 24 minggu.

Pemeriksaan pertama sebaiknya dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid dan pemeriksaan khusus dilakukan jika terdapat keluhan-keluhan tertentu.

4) Indikator Antenatal Care

a) Kunjungan Pertama (K1)

K1 merupakan kunjungan pertama kali ibu hamil pada pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai dengan standar. Kontak pertama dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebelum minggu kedelapan.

b) Kunjungan Keempat (K4)

K4 merupakan kunjungan ibu hamil dengan kontak 4 kali atau lebih sesuai standar. Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut : sekali pada trimester pertama (kehamilan 0-12 minggu) dan sekali trimester kedua (>12-24 minggu), minimal 2 kali kontak pada trimester ketiga dilakukannya setelah pada minggu ke 24 sampai dengan minggu ke 36.

c) Penanganan Komplikasi (PK)

Penanganan komplikasi dimaksudkan yaitu penanganan kebidanan, penyakit menular maupun tidak menular serta masalah gizi yang terjadi pada waktu hamil, bersalin dan nifas.

5) Standar Pelaksanaan Antenatal Care

Terdapat 10 standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T

(Kemenkes RI, 2014). Pelayanan asuhan standar minimal 10 T, yaitu sebagai berikut:

- a) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan
- b) Ukur Tekanan Darah
- c) Nilai Status Gizi (ukur lingkaran lengan atas)
- d) Pemeriksaan Puncak Rahim (Ukur Tinggi Fundus)
- e) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)
- f) Skrining Status Imunisasi Tetanus dan Pemberian Imunisasi
- g) Pemberian Tablet Zat Besi Minimal 90 Tablet
- h) Test Laboratorium (rutin dan khusus)
- i) Tatalaksana Kasus
- j) Temu Wicara/konseling, informasi dan edukasi (KIE), P4K serta KB paska persalinan.

6) Tempat Pelaksanaan Antenatal Care

Pelayanan ANC dapat diperoleh saat pelaksanaan posyandu, ditempat dokter spesialis kandungan atau bidan praktek swasta, di rumah bersalin, Puskesmas dan poliklinik KIA rumah sakit (Kemenkes, 2014).

7) Pengelolaan Ibu Hamil di Komunitas

Ada berbagai cara mengelola ibu hamil di komunitas, yaitu diantaranya:

- a) ANC dan persalinan dilakukan di rumah oleh bidan. Hal ini dilakukan apabila klien tidak hadir untuk melakukan

pemeriksaan kehamilannya ke petugas kesehatan, maka dilakukan kunjungan rumah untuk memastikan kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik.

b) ANC kombinasi (bidan dan dokter dan persalinan di rumah).

ANC kombinasi dilakukan bila klien didapatkan dengan kondisi kehamilan yang memerlukan penanganan lebih lanjut (dengan konsultasi).

c) Pendekatan risiko

(1) Setiap wanita hamil berisiko mengalami komplikasi dan harus mempunyai akses terhadap asuhan ibu bersalin yang berkualitas.

(2) Tidak ada jumlah penapisan yang bisa membedakan wanita mana yang akan membutuhkan asuhan kegawatdaruratan dan mana yang tidak memerlukan asuhan tersebut.

b. Intranatal Care

Intranatal care (INC) atau asuhan persalinan merupakan lanjutan pemantauan dari asuhan kebidanan kehamilan, karena diharapkan kehamilan dan persalinan berlangsung normal. Bidan berharap segala kondisi faktor risiko dapat disingkirkan dengan observasi yang maksimal selama ibu hamil, tidak ditemui adanya kelainan atau penyakit yang akan menyulitkan proses persalinan.

1) Persiapan Keluarga dan Kondisi Rumah: keluarga dan rumah dan tempat pertolongan persalinan

2) Pertolongan dengan cara *Domino (Domiciliary In and Out)*

Pertolongan persalinan *Domino* memiliki karakteristik sebagai berikut:

- a) Pelayanan kombinasi antara rumah pasien dan unit kesehatan.
- b) Bidan dipanggil saat ada/mulai tanda persalinan.
- c) Bila ada penyimpangan dapat segera ditangani.
- d) Bila persalinan tidak ada komplikasi ibu dapat pulang 2- 6 jam postpartum atau esok harinya.

c. Postnatal Care

Postnatal care (PNC) atau asuhan setelah persalinan (masa nifas), masa dimana ibu masih harus didampingi bidan, oleh karena perawatan masih berlanjut untuk pengawasan kesehatan ibu dan bayinya. Kunjungan postpartum dapat dilakukan di klinik maupun dengan kunjungan rumah. Selama masa postpartum bidan memberikan *emosional support* serta pendidikan mengenai perawatan bayi atau kesehatan ibu serta memantau kebutuhan ibu dan bayi.

1) Tujuan Asuhan Postnatal care

- a) Mencegah, mendeteksi dan menatalaksana komplikasi yang

timbul selama pasca persalinan, baik medis, bedah, atau obstetri.

- b) Dukungan pada keadaan peralihan ke suasana keluarga yang baru.
- c) Promosi dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi dengan cara memberikan pengetahuan mengenai tanda-tanda bahaya, gizi, istirahat dan tidur, kesehatan diri, serta mikronutrisi (jika perlu).
- d) Konseling asuhan bayi baru lahir dan dukungan ASI.
- e) Konseling dan pelayanan KB termasuk nasehat seksual.
- f) Imunisasi ibu terhadap tetanus.

4) Penatalaksanaan Kunjungan Postnatal care

Kunjungan yang baik dilakukan pada 6-8 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu pasca persalinan. Komponen kunjungan asuhan pascapersalinan adalah sebagai berikut:

- a) Deteksi dini dan penatalaksanaan segera komplikasi:
- b) Deteksi awal dan penatalaksanaan komplikasi;
- c) Kesiapan menghadapi komplikasi;
- d) Asuhan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, memperhatikan nutrisi, vitamin dan istirahat yang cukup.

9. Kajian Literatur (tahun 2011-2019)

Tabel 2.1 Matriks Sintesa Terkait Variabel Penelitian CoC dan IPC, Leadership dan Tradisi Masyarakat

No	Peneliti (tahun) dan Negara	Judul dan Nama Jurnal	Metode Penelitian	Temuan
Continuity of Care				
1	Yanti., <i>et al.</i> (2015) Indonesia	Students understanding of WCC Philosophy in midwifery care through Continuity of Care (CoC) learning model: quasi experimental study <i>BMC Nursing</i>	Metode : Studi Kuantitatif Desain: <i>quasy experiment</i>	Tidak ada perbedaan signifikan antara kedua kelompok sebelum intervensi. Ada perbedaan signifikan antara kedua kelompok setelah pelatihan klinis. Nilai rata-rata post-klinik siswa dengan 5 aspek model pembelajaran klinis CoC lebih tinggi daripada siswa kelompok kontrol. Model pembelajaran klinis CoC terbukti menjadi kesempatan belajar unik bagi siswa untuk memahami filosofi kebidanan. Ini mendorong peningkatan pemahaman filosofi perawatan model WCC. Angka kematian ibu nol ditemukan pada kelompok eksperimen.
2	Wang & Hong. (2015) Kamboja	Levels & determinants of continuum of care for maternal and newborn health in Cambodia evidence from a population based survey <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>	Metode: Studi Kuantitatif Desain: 3 model regresi berurutan. Data: Survei Demografi Kesehatan.	Tiga dari setiap 5 wanita Kamboja menerima ANC, INC, PNC antara 14% hingga 96%. Hasilnya usia ibu, pendidikan, tempat tinggal di kota, income, jumlah kelahiran lebih rendah dikaitkan dengan ANC dan kontinuitas memilih dukun terlatih. Cakupan askes meningkat pada ANC bukan INC. Peluang pemanfaatan dukun terlatih meningkat 30 hingga 50% untuk wanita penerima standar pelayanan ANC. Status ekonomi (pendapatan), sampel lab, dan persalinan di fasilitas

				kesehatan adalah tiga faktor signifikan terkait memilih dukun terlatih hingga perawatan PNC.
3	Yeji., <i>et al</i> (2015) Ghana	Continuum of care in a maternal, newborn and child health program in Ghana: low completion rate and multiple obstacle factors <i>Plos Med Journal</i>	: survei Desain: cross-sectional retrospektif; sampel dua tahap; Analisis: model regresi logistik ganda	Hanya 8,0% menyelesaikan CoC; kesenjangan terbesar CoC rendah antara INC & PNC 48 jam. Sekitar 95% ibu memiliki minimal empat kunjungan ANC dan PNC 6 minggu. 75% INC tenaga kesehatan & 25% menerima PNC 48 jam. Faktor terkait CoC lengkap oleh karena lokasi geografis, status perkawinan, pendidikan, transportasi, dan persepsi tentang penyakit.
4	Owili., <i>et al</i> 2016 Afrika Sub-sahara	Associations in the continuum of care for maternal, newborn and child health: a population-based study of 12 sub-Saharan Africa countries <i>BMC Public Health</i>	Metode: Studi Kuantitatif Survey Analisis: SEM. Menggunakan Data Demografi dan Kesehatan	Perbandingan negara income rendah (Mali, Nigeria, DR Kongo, & Rwanda) & income tinggi (Namibia, Senegal, Gambia & Liberia) pada utilisasi 2 jenis perawatan MNCH. Jalur CoC layanan ANC hingga INC hasilnya <i>cukup</i> dan keimunisasi anak cukup; dari INC hingga PNC cukup, signifikan positif. Hanya hubungan jalur SEM dari PNC hingga imunisasi anak (.020,02) hasilnya signifikan negatif.
5	Fenwick., <i>et al</i> 2017 Australia	The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity	Metode: Studi kuantitatif; Desain: survey online; Data: Whelm instrumen CBI, DASS & PEM-Review	Bidan menyediakan kontinuitas melaporkan skor lebih tinggi pada <i>PEMs Autonomy/ Empowerment</i> : ($p < 0,001$) dan <i>Skills and Resources</i> : ($p = 0,002$). <i>Waktu istirahat (cuti) & keseimbangan kerja</i> : Skala kedua kelompok serupa antara waktu istirahat (cuti) hasilnya kontinuitas 76,2% vs non-kontinuitas 79%; dan beban kerja kontinuitas 58,9% vs non-kontinuitas 63,3%.

6	Iqbal., <i>et al</i> 2017 Pakistan	Continuum of care in maternal, newborn and child health in Pakistan: analysis of trends and determinants from 2006 to 2012 <i>BMC Health Services Research</i>	Metode: Studi kuantitatif; Analisis: data sekunder; demografis dan survei kesehatan. Biner dan bivariate multivarian regresi logistic.	Tren ukuran CoC layanan ANC, INC, PNC. Celah terbesar di CoC diamati di ANC diikuti INC & PNC 48 jam. Hasilnya menunjukkan bahwa CoC telah meningkat dari 15% menjadi 27% dari tahun 2006 sampai 2012. Wanita usia > tua pada kelahiran pertama, memiliki jumlah kurang, pendidikan tinggi, dimiliki sekelompok orang kaya, tinggal di Sindh Provinsi dan perkotaan, memiliki kemampuan tinggi dan terpapar media massa paling mungkin untuk memanfaatkan CoC lengkap.
7	Bagheri., <i>et al</i> 2017 Iran	Exploring the concept of continuous midwifery-led care and its dimensions in the prenatal, perinatal, and postnatal periods in Iran (Kashan) <i>Midwifery. Elsevier</i>	Metode: Studi Kualitatif; Desain: Wawancara semi terstruktur; Analisis konten konvensional	Pengalaman partisipan mengungkap 5 konsep perawatan CoC: kontinuitas, proses perawatan, pendidikan & pemberian informasi, manajemen, & profesionalisme. Kelima konsep adalah multidimensi dan penting untuk diprioritaskan.
8	Cummins, A. Catling, C. & Homer, C.S 2017 Australia	Enabling new graduate midwives to work in midwifery continuity of care models: A conceptual model for implementation <i>Women and Birth. Elsevier</i>	Metode: Literatur Review dari Studi Kualitatif	Model ini memungkinkan bidan lulusan baru untuk bekerja dalam kontinuitas model asuhan kebidanan. Setiap elemen membantu manajer, pendidik, dan lulusan baru memfasilitasi perubahan organisasi yang diperlukan untuk mengakomodasi lulusan baru. Model konseptual ini berguna bagi layanan bersalin.

9	Tierney, <i>et al</i> , 2017 Australia	The continuity of care experience in Australian midwifery education. What have we achieved? <i>Women and Birth. Elsevier</i>	Metode: Literature Review; Deskriptif Eksploratif 20 Jurnal	Hubungan berpeluang meningkatkan pembelajaran siswa dengan memberikan konteks pembelajaran praktik klinis. Tantangan yang diidentifikasi termasuk mengelola tekanan waktu dan beban kerja untuk siswa dikaitkan dengan CCE, ketidakkonsistenan pengalaman akademik, dan bagaimana sistem perawatan kesehatan memengaruhi pengalaman kontinuitas.
10	Singh, K., Story, W.T., & Moran, A.C 2016 Afrika Sub-Sahara	Assessing the Continuum of Care Pathway for Maternal Health in South Asia and Sub-Saharan Africa <i>Matern Child Health J</i>	Metode: Studi kuantitatif; Analisis Deskriptif; Demographic and Health Survey Data	Hasil: drop-out utama (50%) kunjungan perawatan antenatal pertama dan empat atau lebih kunjungan perawatan antenatal. Beberapa (>5%) yang tidak menerima antenatal melanjutkan untuk mendapatkan persalinan terampil & postnatal. Wanita tidak drop out memiliki otonomi lebih besar, lebih kaya, lebih berpendidikan dari pada wanita yang tidak menerima elemen apa pun.
11	Owili, <i>et al</i> . 2017 Kenya	Quality of maternity care and it determinant along the continuum in Kenya: A structural equation modeling analysis <i>Plos One</i> ,	Design: studi kuantitatif Data Penilaian Penyediaan Layanan; Analisis data: Regresi Binomial Negatif dan Teknik SEM	Hasil mengidentifikasi penentu kualitas, seperti tingkat fasilitas kesehatan, otoritas pengelola, keberadaan biaya persalinan, & pedoman klinis perawatan ibu dan BBL. Persamaan SEM menunjukkan <i>karakteristik fasilitas</i> sebagai penentu penting kualitas ANC dan PNC, karakteristik provider penting dalam membentuk kualitas INC. Kualitas ANC memiliki hubungan positif dengan kualitas INC, & berhubungan positif dengan kualitas perawatan BBL & PNC.

12	Akinyemi, J.O., Afolabi, R.F. & Awolude, O.A 2016 Nigeria	Patterns and determinants of dropout from maternity care continuum in Nigeria <i>BMC Pregnancy and Childbirth,</i>	Metode: Studi Kuantitatif Demographic and Health Survey; Analisis: Multilevel Logistic Regression Models.	60,6% dari semua ibu ANC di antaranya 38,1% drop out dan tidak pernah mendapat bantuan persalinan terampil. Dari penerima INC terampil, 50,8% tidak menghadiri kunjungan nifas. <i>Prediktor putus antara ANC & INC</i> termasuk masalah pembiayaan perawatan, jarak ke fasilitas kesehatan, kurang pendidikan formal, miskin, bertempat tinggal di pedesaan.
13	Biswas, <i>et al.</i> 2018 Bangladesh	Timely referral saves the lives of mothers and newborns: Midwifery led continuum of care in marginalized teagarden Communities: <i>qualitativ case study in Bangladesh</i> <i>F1000 Research</i>	Metode: Studi Kualitatif Desain: studi kasus; In-depth interview; Populasi: 450 wanita hamil diidentifikasi	72 % ibu komplikasi dirujuk dari lima negara ke faskes. 76,4% ibu dirujuk persalinan ke faskes, dan 31,1% dari mereka dirujuk komplikasi persalinan lama. Komplikasi utama lainnya adalah pre-eklampsia (17,8%), retensi plasenta dengan perdarahan postpartum (11,1%) dan ruptur premature membran (8,9%). Sekitar 60% ibu komplikasi dirujuk ke pusat perawatan kesehatan primer, dan 14% diantaranya melahirkan operasi caesar. 94% persalinan kelahiran hidup dan hanya 6% kelahiran mati.
14	Carter, <i>et al.</i> 2015 Australia	Midwifery students' experiences of an innovative clinical placement model embedded within midwifery continuity of care in Australia <i>Midwifery Elsevier</i>	Metode: Studi Kuantitatif Desain: Kohort Deskriptif; Survei Online	16 dari 17 survei (tingkat respons 94%). Skala survei menunjukkan keandalan internal baik. Mayoritas siswa merasa terinspirasi oleh beban kasus perawatan; menyatakan kepuasan dengan bimbingan yang diterima dan melaporkan lingkungan belajar yang positif di lokasi penempatan mereka. Beberapa siswa melaporkan stres terkait dengan pelatihan, harapan, dan tuntutan dalam lingkungan klinis (mis. perolehan keterampilan dan jam yang dibutuhkan untuk kelangsungan perawatan)

15	Clark, K., Beatty, S., & Reibel, T. 2015 Australia	Maternity care: A narrative overview of what women expect across their care continuum <i>Midwifery Elsevier</i>	Metode: Studi Kualitatif; Focus-Group Discussions and In-depth Interviews	Wanita yang diwawancarai ditemukan memiliki skema nilai yang konsisten menopang harapan dan evaluasi perawatan kehamilan mereka.
16	D'haenens, <i>et al.</i> 2019	The effects of continuity of care on the health of mother and child in the postnatal period: a systematic review <i>European Journal of Public Health</i>	Metode: Sistematis Review	10 artikel dimasukkan. COC sebagian besar hadir dimodel perawatan yang diidentifikasi. Efek COC pada ibu dan anak PNC sebagian besar positif, meskipun tidak selalu signifikan. Hubungan antara COC dan hasil dapat dipengaruhi oleh faktor perancu, seperti status sosial ekonomi dari populasi. Intervensi COC selama kehamilan tampaknya lebih efektif untuk semua faktor hasil yang diteliti.
17	Tuyisenge, <i>et al.</i> 2018 Rwanda,	Continuing Professional Development in Maternal Health Care: Barriers to Applying New Knowledge and Skills in the Hospitals of Rwanda <i>Maternal and Child Health Journal</i>	Metode: Mixed Methods Approach	Peserta pelatihan tidak mendapatkan kesempatan cukup untuk menerapkan pengetahuan & keterampilan baru di rumah sakit; Sebagian, karena sering dimutasi ke berbagai departemen rumah sakit & tidak mendapatkan kesempatan untuk melatih kolega mereka untuk berbagi pengetahuan dan keterampilan. Kurangnya pelatihan / bimbingan penyegaran & pergantian personil sebagai penghalang untuk menerapkan pengetahuan dan keterampilan baru.
18	Bowers, <i>et al.</i> 2014 (UK)	Continuity of care in community midwifery <i>Health Care Manag Sci</i>	Metode: studi kuantitatif Desain: Komparasi Model Algoritma	Hasil menunjukkan COC menghemat <i>waktu perjalanan</i> . Pola shift bermasalah.

19	Barimani, <i>et al.</i> 2015 Swedia	Support and continuity during the first 2 weeks postpartum <i>Scandinavian J Caring Science</i>	Metode: mixed-method Cross-sectional survey,	Perbedaan besar antara tingkat kepuasan dengan AC, PC, dan CHC. Para ibu merasa puas dengan dukungan dari perawat kesehatan CHC tetapi tidak terjawab kontak lanjutan dari bidan AC dan PC. Hampir 40% dari semua ibu mengomentari dukungan tidak memadai termasuk CoC kurang dan dukungan untuk kesehatan fisik dan emosional ibu tidak memadai.
20	Barimani, <i>et al.</i> 2012 Swedia	Joint action between child health care nurses and midwives leads to continuity of care for expectant and new mothers <i>Int J Qualitative Stud Health Well-being</i>	Metode: studi kualitatif Grounded theory model	Semua strategi untuk CoC, bidan dan perawat bekerja bersama. Selain itu, para ibu mendapat manfaat dari aksi bersama dan mengakui kontinuitas peduli ketika strategi untuk keberlanjutan diimplementasikan. Hasilnya dibahas dalam kaitannya dengan konsep yang ditetapkan dari kontinuitas.
21	Mothupi, M.C Knight, L. & Tabana, H. 2018 Afrika Selatan	Measurement approaches in continuum of care for maternal health: a critical interpretive synthesis of evidence from LMICs and its implications for the South African context <i>BMC Health Services Research</i>	Metode: Critical Interpretive Synthesis pada studi Kuantitatif dan Kualitatif	Ukuran cakupan efektif digunakan untuk mengintegrasikan kualitas ke dalam cakupan perawatan. Seperti cakupan, tidak ada definisi seragam cakupan efektif, & ada kesenjangan pengukuran berbagai dimensi kualitas. Dari bukti, diperoleh konstruksi baru disebut kecukupan yang memasukkan <i>ketepatan waktu</i> perawatan, cakupan, & kualitas kompleks. Gambaran implikasi kecukupan terhadap pengukuran CoC di Afrika Selatan.

22	Collins, <i>et al.</i> 2010 Australia	An evaluation of the satisfaction of midwives working in midwifery group practice <i>Midwifery-Elsevier</i>	Metode: studi kualitatif	Perubahan positif sikap bidan terhadap peran profesional tercermin dalam periode antara awal dan 18 bulan kemudian. Peningkatan rata-rata adalah signifikan untuk semua sub-skala selain dari pengembangan profesional. Lima tema utama diidentifikasi dalam <i>analisis konten</i> : kesinambungan perawatan, pola kerja, lingkungan kerja, kolegalitas, dan masalah terkait praktik kebidanan. Sementara ada kesulitan untuk <i>mengatur jam kerja dan menjadi siap, tingkat kepuasan profesional tinggi dipertahankan.</i>
23	Gao, <i>et al.</i> 2014 Australia	A cost-consequences analysis of a Midwifery Group Practice for Aboriginal mothers and infants in the Top End of the Northern Territory, Australia <i>Midwifery-Elsevier</i>	Metode: studi kuantitatif Desain: Retrospective dan Prospective Cohort Study.	Ibu penerima perawatan MGP secara signifikan lebih banyak melakukan ANC, lebih banyak ultrasound, lebih mungkin dirawat di rumah sakit dan memiliki lebih banyak PNC di kota. Kohort MGP secara signifikan mengurangi rata-rata lama rawat bayi yang dirawat di Nursery Care Khusus (SCN). Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok untuk hasil kelahiran utama seperti mode kelahiran, tingkat kelahiran prematur, dan berat lahir rendah. Penghematan biaya (rata-rata A \$ 703) ditemukan, meskipun ini tidak signifikan secara statistik, untuk perempuan dan bayi mereka yang menerima perawatan MGP dibandingkan dengan kelompok awal
24	Newton, <i>et al.</i> 2015 Australia	Understanding the 'work' of caseload midwives: A mixed-method exploration of two caseload midwifery models in Victoria, Australia	Mixed-Methods Approached	<i>Dua tema muncul dari data.</i> Beban kasus kebidanan adalah cara kerja yang berbeda, melibatkan pekerjaan berbasis aktivitas, bekerja sesuai panggilan, antara kerja & waktu pribadi dan menghindari kejenuhan. Bekerja dalam beban kasus juga dianggap oleh bidan sebagai realita, memfasilitasi

		<i>Women & Birth-Elsevier</i>		hubungan dengan perempuan, dan membutuhkan tanggung jawab, akuntabilitas, otonomi, dan legitimasi praktik.
25	Newton, <i>et al.</i> 2014 Australia	Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care mid-wives: findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia <i>BMC Pregnancy and Childbirth,</i>	Metode: studi kuantitatif Survei cross-sectional	Dua puluh bidan bertanggung jawab CoC (88%) dan 130 bidan perawatan standar (41%) memberikan tanggapan awal dan 22 bidan dengan beban kasus (95%) dan 133 bidan perawatan standar (45%) pada dua tahun. Caseload dan bidan perawatan standar pada awalnya sama di semua tindakan kecuali kelelahan terkait klien, yang lebih rendah untuk bidan caseload. Setelah dua tahun, dibandingkan dengan bidan dalam perawatan standar, bidan dengan beban kasus memiliki skor rata-rata lebih tinggi pada kepuasan profesional, dukungan profesional dan interaksi klien dan skor lebih rendah untuk kelelahan pribadi, kelelahan terkait pekerjaan, dan kelelahan terkait klien
26	Kemp, <i>et al.</i> 2012 Australia	Benefits of psychosocial intervention & continuity of care by child and family health nurses in the pre- and postnatal period: process evaluation <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Metode: Proses Evaluasi Desain: Randomized controlled trial	Perawat memberikan informasi, dukungan psikososial, & kegiatan promosi kesehatan untuk keluarga. Intervensi ibu memiliki tingkat kelahiran pervaginam tanpa bantuan lebih tinggi daripada populasi umum. Dibandingkan kontrol, intervensi 4-6 minggu postnatal melaporkan kesehatan umum lebih baik & merasa jauh lebih mampu.

27	Mortensen, <i>et al.</i> 2018	Can a midwife led continuity model improve maternal services in a low resource setting? A non-randomised cluster intervention study in Palestine <i>BMJ Open</i>	Metode: studi kuantitatif Survei case-control	14 klinik intervensi & 25 klinik kontrol. Jumlah kunjungan antenatal meningkat sebesar 1,16 per wanita di klinik intervensi, sementara menurun 0,39 di klinik kontrol, ada perbedaan signifikan secara statistik, dalam jumlah rujukan antar kelompok, memberikan rasio tingkat jumlah rujukan 3,65 meningkat dengan rasio 3,87 pada intervensi. Pada kontrol menilai rasio hanya 1,06. Kunjungan rumah meningkat substansial pada kelompok intervensi & menurun pada kelompok kontrol.
		Reason Learn: 27 studi menggambarkan mengenai pelaksanaan CoC yang mengidentifikasi 3 layanan ANC, INC, PNC, hasil pencapaian meningkat atau tidak meningkat, persamaan & perbedaan model-model & hambatan yang ditemui. Relevansi dengan variabel lain yaitu IPC, determinan sosial, tradisi & budaya, partnership, relationship & pengambilan keputusan antara ibu, keluarga & provider.		
Interprofessional Collaboration				
28	Tang., <i>et al.</i> 2017 Singapura	Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: qualitative exploratory study <i>J Nurs Manag</i>	Metode: Studi Kualitatif; Desain: Eksploratori; Analisis Tematik	Dokter muda dan perawat mengakui bekerja kolaboratif untuk mencapai kepedulian kepada pasien. Namun hambatan mereka adalah mengatasi kasus klinis yang berat, beban kerja, kendala organisasi dan hubungan kekuatan profesi berbeda. Perawat harus mengambil lebih banyak tanggung jawab dalam pengambilan keputusan. Proses perawatan pasien untuk mendorong kolaborasi antar profesional lebih efektif
29	Psaila, <i>et al.</i> 2014a	Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child	Metode: Mixed-methods; Desain: cross-sectional	Bidan dan perawat mengindikasikan kolaborasi didukung dengan kesepakatan tentang tujuan bersama dan mengakui kontribusi orang lain.

	Australia	and family health nurses and midwives <i>Journal of Clinical Nursing</i>	survey with open-ended questions	Hambatan umum: - Kekurangan staf - Penghapusan pos keperawatan dan kebidanan - Kurangnya pemahaman dan rasa hormat terhadap peran / keahlian satu sama lain - Kurangnya pengetahuan perempuan tentang perawat kesehatan anak dan keluarga
30	Psaila., <i>et al.</i> 2014b Australia	Smoothing out the transition of care between maternity & child & family health services: perspectives of child and family health nurses and midwives <i>BMC Pregnancy Childbirth</i>	Metode: Studi Kualitatif Desain: Deskriptif dan Analisis Konten Kualitatif	Transfer informasi: - 77,4% bidan mengirim ringkasan pulang ke perawat. 88,5% bidan secara rutin mengirim ringkasan pulang - 82,7% perawat menerima ringkasan pulang dalam waktu 5 hari - 17,8% perawat melaporkan melakukan kontak antenatal Kualitas informasi yang ditransfer: - 66,7% perawat menunjukkan bahwa semua informasi yang diperlukan telah diterima setiap saat.
31	Behruzi., <i>et al.</i> 2017 Australia	Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: a case study <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>	Metode: Studi kualitatif Desain: Study Kasus Analisis kualitatif tematik; Wawancara semi-terstruktur	Tingkat interaksi, menunjukkan konflik lingkup praktik kebidanan, mitos bidan, pra-judgement & kurangnya keterampilan komunikasi antar profesi. Tingkat organisasi, menunjukkan bidan memiliki akses lengkap di rumah sakit namun tidak terintegrasi karena kurangnya minat bidan & perbedaan lingkup praktek antara provider & budaya organisasi. Tingkat sistemik, banyak permintaan perawatan kebidanan, namun bidan tidak cukup utk memenuhi tuntutan tersebut.

32	Cromie., <i>et al.</i> 2019 Belanda	How good is collaboration between maternity service providers in the Netherlands? <i>Journal of Multidisciplinary Healthcare</i>	Metode: studi kuantitatif Desain: Survei Online; Cross-Sectional	40% dari semua responden tidak puas dengan kolaborasi. Secara keseluruhan, nilai kolaborasi rata-rata (MCS) rendah. Ada perbedaan signifikan MCS antara kelompok provider. Bidan - berbasis komunitas & rumah sakit - pesimis tentang kolaborasi model.
33	Romijn., <i>et al.</i> 2018 Belanda	Development and validation of interprofessional learning assessment tool for health professionals in continuing professional development (CPD)	Metode: Studi Kuantitatif; Desain: Cross-sectional; Analisis: Non Parametrik	Secara keseluruhan, tingkat interprofesional kolaborasi baik. Dokter kandungan menilai kolaborasinya dengan bidan klinis, perawat & bidan primer lebih positif. Perbedaan persepsi timbal balik paling menonjol dalam subskala isolasi, yaitu tentang berbagi pendapat, mendiskusikan praktik-praktik baru & saling menghormati
34	Yeti-yusra., <i>et al.</i> 2019 Indonesia	"Healthcare Professionals' Perceptions regarding inter professional collaborative practice in Indonesia" <i>Journal of Interprofessional Education & Practice Elsevier</i>	Metode: Studi Kuantitatif; Desain: Cross-sectional; Analisis: Analisis Faktor Instrumen: CPAT 304 responden tenaga medis dan kesehatan di Rumah Sakit Cipto Mangun Kusumo	Karakteristik responden: Tidak ada perbedaan signifikan skor total praktik kolaboratif menurut usia, jenis kelamin, latar belakang profesional, atau lamanya pengalaman kerja. Analisis komparasi: Ada perbedaan signifikan komponen tim berdasarkan profesi, usia, & lama pengalaman kerja. Perbedaan signifikan tim komponen terbukti pada kelompok dokter dan perawat. Kelompok usia berkontribusi terhadap perbedaan persepsi tentang kendala tim. Ada perbedaan signifikan komponen kendala tim berdasarkan lamanya pengalaman kerja: antara mereka yang telah bekerja 1-5 tahun dengan 5-10 tahun dan mereka yang telah bekerja selama > 10 tahun

35	Prayitno., <i>et al.</i> 2017 Indonesia	Factors contributing to interprofessional collaboration in Indonesian health centers: A focus group study <i>Journal of Interprofessional Education & Practice, Elsevier</i>	Method: Studi Kualitatif; Desain: Focus Group Discussion	Praktik kolaboratif di pusat kesehatan Indonesia secara langsung dipengaruhi oleh interaksi profesional kesehatan (level individu) hierarki dan kurangnya pemahaman peran sebagai hambatan untuk interaksi. Faktor-faktor ini dipengaruhi oleh lingkungan kerja (level organisasi) dan peraturan / kebijakan Pemerintah (sistem kesehatan). Lingkungan kerja termasuk budaya organisasi, tim manajemen, ruang fisik, serta mekanisme komunikasi dan koordinasi.
36	Heatley & Kruske 2011 Australia	Defining collaboration in Australian maternity care <i>Women & Birth, Elsevier</i>	Metode: Literatur review	Ada inkonsistensi konsep kolaborasi dalam hal definisi, karakteristik, dan bahasa. Definisi komprehensif berkembang pada unsur kolaborasi berbagai profesi yang terlibat di dalam perawatan bersalin di Australia.
37	Hastie & Fahy 2011 Australia	Inter-professional collaboration in delivery suite: A qualitative study <i>Women & Birth, Elsevier</i>	Metode: Studi Kualitatif; Desain: Interaksionisme Interpretif; in-depth interview	Bidan & dokter setuju bahwa interaksi positif bersifat kolaboratif, termasuk pengalaman wanita dan pasangannya. Interaksi negatif merugikan melibatkan perebutan kekuasaan antara para profesional. Ada kemampuan kompetensi emosional dan sosial saat berinteraksi. Faktor terkait budaya organisasi tertentu menjadi jenis interaksi yang terjadi.
38	Labrague, <i>et al.</i> 2018	Interprofessional simulation in undergraduate nursing: An integrative review <i>Nurse Education Today, Elsevier</i>	Metode: Integrative Review	Temuan dari analisis isi mengungkapkan 5 tema penting: komunikasi antarprofesional, penghargaan terhadap peran tim antarprofesional, kerja tim atau kolaborasi antarprofesional, kepercayaan diri atau kemandirian diri, dan sikap positif atau kesiapan terhadap pembelajaran interprofesional.

39	Aquino, M.R. <i>et al.</i> 2016	Midwives' and health visitors' collaborative relationship: a systematic review of qualitative and quantitative studies <i>International Journal of Nursing Studies, Elsevier</i>	Metode: Narrative Synthesis 18 makalah (16 studi) memenuhi kriteria inklusi	Bidan & visitor menghargai IPC, namun, jarang terjadi di praktik. Temuan kolaborasi bermanfaat di seluruh kontinum layanan, dari perawatan antenatal, transisi perawatan / serah terima, ke perawatan postnatal. Bukti efektivitas kolaborasi antara kedua kelompok ini samar-samar & berdasarkan data yang dilaporkan sendiri. Beberapa enabler, & hambatan komunikasi diidentifikasi.
40	Ong, I.L. <i>et al.</i> 2019 USA	Development and validation of Interprofessional learning assessment tool for health professionals in continuing professional development (CPD) <i>Plos One</i>	Metode: studi kuantitatif Desain: One-group pre-posttest; preexperimental	IRV-IPL menghasilkan konsistensi internal sangat baik ($\alpha = 0.98$), & semua segmen kolaborasi ($\alpha = 0.96$), koordinasi ($\alpha = 0.96$), kerjasama ($\alpha = 0.96$), komunikasi ($\alpha = 0.97$), dan reward ($\alpha = 0.97$) = 0,98). Korelasi signifikan di semua segmen menunjukkan ukuran positif untuk validitas post dictive kompetensi IPC sebelumnya, & validitas prediktif dalam memperkirakan interprofesional belajar sebagai hasil dari CPD & intervensi alternatif
41	Karam, M. <i>et al</i> 2018	Comparing inter professional and inter organizational collab in health care: A systematic review of the qualitative research <i>Int Jou of Nurs Stu, Elsevier</i>	Metode: Systematic Review	16 artikel kualitatif disintesis. Beberapa konsep umum IPC & antar-organisasi: komunikasi, kepercayaan, rasa hormat, saling berkenalan, kekuatan, keserasian pasien, karakteristik tugas, dan lingkungan. Konsep khusus untuk kolaborasi organisasi: kebutuhan formalisasi & klarifikasi peran profesional, seperti peran individu & identitas tim. Perbedaan antara budaya organisasi, jarak geografis, banyak proses, & jalur komunikasi formal.

42	Neal, <i>et al</i> 2018 USA	Midwifery presence in United States medical centers and labor care and birth outcomes among low-risk nulli parous women: A Consortium on Safe Labor study <i>Wiley-Birth</i>	Metode: studi kuantitatif Desain: Retrospective cohort study	Ada kesesuaian model regresi logistic; paling restriktif dan konservatif adalah model kecenderungan. Pendekatan interprofesional, dibandingkan dengan pasien nonprofesional, 74% lebih kecil kemungkinannya menjalani induksi persalinan dan 75% lebih kecil mengalami augmentasi oksitosin. Tingkat kelahiran sesar 12% lebih rendah di pusat interprofesional
43	Freytsis, <i>et al.</i> 2016 USA	The American College of Nurse-Midwives Clarity in Collaboration Project: Describing Midwifery Care in Interprofessional Collaborative Care Models <i>Jou of Mid & Wom Health</i>	Metode: Proses konsensus	Kolaborasi ini mencerminkan proses penetapan definisi data klinis standar untuk kebidanan. Proyek ACNM Clarity in Collaboration terdiri dari konsensus pakar perawatan bersalin dan kebidanan yang menghasilkan pengembangan 20 definisi konsep. Definisi-definisi ini dapat digunakan untuk menggambarkan asuhan kebidanan dalam konteks model perawatan kolaboratif
44	Valaitis, <i>et al.</i> 2018 Kanada	Strengthening primary health care through primary care & public health collaboration: influence of intrapersonal & inter personal factors <i>Primary Health Care Research & Development,</i>	Metode: studi kuantitatif Desain: deskriptif interpretative; transkrip dianalisis NVivo 9.	5 faktor interpersonal mempengaruhi IPC & perawatan primer: (1) hubungan saling percaya & inklusif; (2) nilai-nilai, kepercayaan, sikap bersama; (3) kejelasan peran; (4) komunikasi efektif; (5) proses pengambilan keputusan. Ada dua faktor pengaruh di tingkat intrapersonal:(1) kualitas, keterampilan, & pengetahuan pribadi; (2) nilai-nilai pribadi, kepercayaan, & sikap

45	Oelke, N.D. Thurston, W.E., & Arthur, A. 2013 Kanada	Intersections between interprofesional practice, cultural competency and primary healthcare <i>Journal of Interprof Care</i>		<i>Kompetensi budaya</i> IPCP baik untuk hubungan dengan pasien & masyarakat. <i>Struktur organisasi</i> penting dalam memfasilitasi IPCP & kompetensi budaya. Integrasi IPCP & kompetensi budaya berpotensi meningkatkan hasil positif. IPCP & kompetensi budaya memiliki implikasi penting untuk desain layanan PHC, mengingat tim interprofesional adalah komponen kunci dari sistem PHC
46	Molenaar, <i>et al.</i> 2018 Netherlands	Needs of parents and professionals to improve shared decision making in interprofessional maternity care practice: A qualitative study	Metode: Studi Kualitatif	Hambatan: SDM. Komunikasi & keterampilan profesional difasilitasi SDM. Intervensi untuk meningkatkan SDM: (a) meningkatkan kesadaran & menawarkan wawasan tentang proses SDM & peran, tanggung jawab orang tua & profesional, (b) kemampuan berkomunikasi baik, dan (c) mendorong IPC
47	McVicar, <i>et al</i> 2018 ,	Primary Care and Public Health Collaboration Reports: A Qualitative Review of Integration Aims, Abstract, Partici- pants, and Success Determinants <i>Population Health Management</i>	Metode: Sampling dan Tinjauan retrospektif sistematis	Penelitian ini memberikan kontribusi pada tubuh pengetahuan kapan, di mana, dan dalam situasi kontekstual apa kolaborasi dan integrasi dianggap efektif. Penelitian di masa depan dapat memperkirakan kemungkinan faktor penentu yang lebih penting daripada yang lain dan fokus pada bagaimana faktor sistemik, organisasi, dan interaksional saling terkait.
48	Davies, N., Fletcher, S. & Reeves, S.	Interprofessional education in maternity services: Is	Metode: Systematic Review	Alasan utama non-inklusi termasuk evaluasi yang lemah, fokus pada IPE sarjana, dan artikel yang merujuk hanya perawatan pediatrik / neonatal. Lebih sedikit artikel ditemukan

	2017 UK	there evidence to support policy? <i>Journal of Interprof Care</i>		daripada yang diantisipasi mengingat sejumlah profesi yang berbeda bekerja bersama dalam pelayanan persalinan. Kesenjangan ini menunjukkan penyelidikan lebih lanjut diperlukan.
49	Muhiddin, <i>et al.</i> 2019 Indonesia	Community Engagement in Maternal and Newborn Health in Eastern Indonesia <i>Global Health Leadership</i>	Metode: Studi Kualitatif Studi Kasus di NTT	Keterlibatan masyarakat di NTT sebagian besar dipengaruhi oleh kepemimpinan bersama. Tingkat keterlibatan masyarakat lebih tinggi terjadi ketika kolaborasi & kepemimpinan bersama hadir dalam masyarakat. Cakupan KIA meningkat signifikan, ibu & keluarga menggunakan faskes untuk persalinan & membangun kemitraan dengan pemerintah daerah.
50	Aune, I. & Olufsen, V. 2014 Norwegia	From fragmented to inter disciplinary understanding of integrated antenatal and postnatal care- <i>Midwifery-Elsevier</i>	Metode: Studi Kualitatif	Siswa memperoleh kesadaran tentang kompetensi & tanggung jawab. Mengembangkan pemahaman interdisipliner, penting untuk kelangsungan perawatan antenatal & postnatal. Perubahan dalam pengetahuan & sikap.
51	Chew, <i>et al.</i> 2019 Singapura	Interprofessional bedside rounds: Nurse physician collaboration and perceived barriers in an Asian hospital <i>Journal of Interprof Care</i>	Metode: Studi Kuantitatif Desain: Cross-sectional Survey	Skor Kolaborasi Perawat-Dokter: sikap positif terhadap kolaborasi di bedside round, tidak ada perbedaan signifikan, ditemukan antara perawat & dokter. Share informasi sebagai aktivitas kolaboratif paling sering, hubungan kerja sama dinilai sebagai perilaku yang paling jarang. Hambatan tertinggi terkait masalah waktu. Perawat melaporkan hambatan lebih besar & signifikan yaitu berada di ronde bedside dokter.
52	Goldman, <i>et al.</i> 2010	Interprofessional collaboration in family health teams	Metode: Studi Kualitatif	Lima tema utama dilaporkan, yaitu: peran tradisional dan ruang lingkup praktik, manajemen dan kepemimpinan, waktu dan ruang, prakarsa antarprofesional, dan persepsi awal

	Kanada	<i>Canadian Family Physician</i>	Desain: case study using semistructured interviews.	tentang perawatan kolaboratif. Studi ini menunjukkan pentingnya masalah seperti peran dan lingkup praktik, kepemimpinan, dan ruang untuk perawatan primer berbasis tim yang efektif, dan menyediakan kerangka kerja untuk memahami berbagai jenis intervensi antarprofesional yang digunakan untuk mendukung kolaborasi antarprofesional.
		Reason Learn: kesesuaian dengan penelitian yaitu temuan bagaimana pelaksanaan praktik kolaborasi berjalan di rumah sakit antara profesi dokter, perawat & bidan. Temuan hambatan-hambatan dan pendukung berhasil atau tidak IPC tersebut. Masih banyak dilakukan di rumah sakit dan perawatan klinis. Kaitan dengan variabel lain yaitu CoC, leadership, manajemen pelayanan, budaya kerja provider, otonomi profesi dan lingkungan organisasi.		
Tradisi & Budaya Masyarakat				
53	Whiters, M., Kharazmi, N. & Lim, E. 2018 Asian Country	Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries <i>Midwifery</i>	Metode: Literatu Review; N= 74 artikel; 20 kehamilan; 44 melahirkan; dan 45 postpartum	Lebih dari setengah (38) artikel berfokus di Asia Selatan dan 13 terkait dengan Cina. Dalam kategori kehamilan, berfokus pada rekomendasi diet dan tabu perilaku. Untuk kategori persalinan, artikel tentang kepercayaan dan praktik keengganan perempuan terhadap kelahiran di fasilitas kesehatan, seperti preferensi untuk posisi kelahiran tradisional, dan ketakutan akan intervensi medis. Periode postpartum, keadaan umum terjadi karena wanita postpartum dianggap lemah, rapuh dan rentan terhadap penyakit. Keyakinan dan praktik lazim lainnya di negara-negara Asia termasuk pijat, keadaan polusi setelah melahirkan, penggunaan tabib tradisional dan obat-obatan dan tumbuhan, kepercayaan, ketidakseimbangan, tabu, sihir, dan takhayul.
54	Fadiman, M.G., <i>et al.</i> 2018	Globalization and Tradition in Palau: Case Study of the Syncretic Omengat (First	Metode: Studi Kualitatif	Pengetahuan tradisional berbeda tergantung tempat, peran gender tradisional dan komunitas praktik. Pengaruh modern ditambah dengan kelanjutan yang berakar dalam tradisi

	Palau, Micronesia	Child Birth) and Ngasech Ceremonies <i>The Florida Geographer</i> https://journals.flvc.org/flgeo/article/view/107014	Desain Study Kasus; Kolaboratif	sejarah, membentuk sinkretis menunjukkan fluiditas budaya di dunia yang sedang berubah saat ini, dan pentingnya efek ini di Kepulauan Pasifik.
55	Ipa, M., Prasetyo, D.A., & Kasnodiharjo. 2016 Indonesia	Cultural Practices in Pregnancy, Birth Delivery and Postpartum Care of Inner Baduy Ethnic Group	Metode: Studi Kualitatif 15 informan	Praktik budaya sebagai pendukung: kepatuhan pada pimpinan adat (kokolot), perayaan tradisi sebagai media promosi program kesehatan, pemanfaatan obat tradisional, pola pemukiman secara kluster. Faktor yang membahayakan tidak ada pemeriksaan medis selama kehamilan, persalinan dan nifas, prosesi melahirkan secara mandiri, tempat persalinan situasional (saung/rumah), lama waktu menunggu paraji, pemotongan tali pusat, usia pertama kali melahirkan, melakukan aktivitas berat, larangan menggunakan pakaian dalam dan pembalut wanita.
56	Khasanah, N. 2011 Indonesia	Dampak Persepsi Budaya Terhadap Kesehatan Reproduksi Ibu & Anak di Indonesia <i>Jurnal Kajian Gender</i>	Metode: Summary paper	Reproduksi wanita adalah <i>sunnatullah</i> , kesehatan seorang ibu saat melahirkan adalah suatu keharusan sehingga anak akan dilahirkan sehat juga, tetapi kadang-kadang wanita terjebak dalam mitos, tradisi & persepsi budaya seperti tabu makanan sehat sehingga akan berakibat kematian.
		<i>Reason Learn</i> : 4 studi terkait dengan determinan sosial, sistem pelayanan, CoC IPC & perilaku kesehatan.		
<i>Determinan Sosial</i>				
57	Kabudula, et al.	Progression of the epidemiological transition in a	Metode: Studi Kuantitatif	Tahun 1990-an-2007 populasi mengalami pembalikan transisi epidemiologis, sebagian besar didorong oleh peningkatan

	2017 Afrika Selatan	rural South African setting: findings from population surveillance in Agincourt, 1993–2013 <i>BMC Public Health</i>	Data Sekunder dari Agincourt Health dan Sistem Pengawasan Sosial-Demografis.	kematian terkait HIV / AIDS dan TB. Transisi mengikuti lintasan positif menurunnya kematian terkait HIV / AIDS dan TB. Namun, sebagian besar kelompok usia penyebab distribusi kematian belum mencapai tingkatannya. Transisi ini juga ditandai perbedaan gender persisten. Perkembangan positif lebih cepat pada wanita daripada pria.
58	Frempong-A, F., Bailey, C. E., & Hill, A. G 2018 Ghana	Women's health status in urban Ghana: dimensions and differentials using short form 36 <i>BMC - Health and Quality of Life Outcomes</i>	Metode: Studi Kuantitatif Desain: Cross-sectional Survey; Populasi: n = 2814; Model regresi linier multivariat; diukur dengan 8 sub-skala Short Form-36 (SF-36)	Analisis menunjukkan hubungan antara indikator demografi, sosial ekonomi dan kesehatan dan hasil kesehatan yang dinilai menggunakan delapan sub-skala SF-36. Pendidikan, gejala penyakit dan usia adalah faktor paling signifikan mempengaruhi status kesehatan keseluruhan. Usia tidak berpengaruh signifikan pada kesehatan mental setelah mengendalikan semua variabel penjas lainnya.
59	Adler, N. E. <i>et al.</i> , 2016 USA	Addressing Social Determinants of Health and Health Disparities A Vital Direction for Health and Health Care.	Metode: Discussion Paper	Ringkasan Rekomendasi: 1) Memperkuat penilaian dan tindakan kebijakan sosial berdampak pada kesehatan; 2) Perluas kebijakan yang meningkatkan sumber daya dan lingkungan untuk menumbuhkan perilaku sehat; dan 3) Perluas jangkauan dan ubah pembiayaan layanan perawatan kesehatan.
60	Zahtamal, Restu astuti, T., Chandra, 2011 Indonesia	Determinant Factor Analysis on Mother and Child Health Service Problem	Metode: Studi Kuantitatif Desain: Cross-sectional Survey; Sampel: n=550 orang responden di 4 kabupaten/kota	1) Faktor predisposisi pelayanan KIA yaitu sikap, pengaruh orang yang memutuskan pemilihan pelayanan kesehatan dalam keluarga, serta pengetahuan terkait pelayanan KIA. Masih banyak kepercayaan masyarakat belum sesuai dengan nilai-nilai kesehatan.

				<p>2) Faktor pemungkin pelayanan KIA yaitu distribusi tenaga kesehatan masih belum merata, kualitas ketenagaan pemberi pelayanan KIA belum ideal, & sarana pendukung pelayanan belum memadai.</p> <p>3) Faktor pendorong pelayanan KIA: belum ada kebijakan daerah sebagai acuan, dana pendukung pelayanan belum memadai serta kuantitas kegiatan lintas sektoral masih banyak belum terealisasi & belum optimal.</p>
61	Beckfield, J., Morris, K., & Bambra, C. 2017 Eropa	How social policy contributes to the distribution of population health : the case of gender health equity <i>Scandinavian Journal of Public Health</i>	Data sekunder dari Beban Global 2015	Hasil: perempuan mendapat manfaat lebih dari indikator investasi sosial. Kebijakan sosial berkontribusi pada distribusi kesehatan populasi. Pendukung investasi sosial kebijakan meningkatkan kesetaraan gender ekonomi. Kebijakan ini memiliki dampak ambigu pada kesetaraan kesehatan gender dan bahkan peningkatan yang berbeda di antara pria.
62	Landi, S., Ivaldi, E., & Testi, A. 2018 Italia	Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System <i>Health Policy</i>	Metode: Literature Review; Data sekunder dari Survei Nasional Kesehatan Italia 2013; model pohon klasifikasi dan regresi logistik	Hasil heterogen untuk berbagai jenis layanan. Individu dengan pendidikan rendah dan sumber daya ekonomi memiliki risiko lebih tinggi mengalami waktu tunggu berlebihan untuk kunjungan diagnostik dan spesialis. Untuk operasi elektif, ketidaksetaraan sosial ekonomi hadir tetapi tampaknya lebih rendah.
63	Ahlund, S., <i>et al.</i> 2017	Midwives experiences of participating in a midwifery research project: Qualitative	Metode: Studi Kualitatif FGD; Sampel: midwife (n = 38)	Pengalaman bidan berpartisipasi sebagai peningkatan kesadaran akan peran mereka sebagai bidan. Tema mencakup tiga kategori 1) membangun cara kerja baru, 2) berkembang sebagai bidan, 3) dipengaruhi oleh budaya yang

	Swedia	Study <i>Women and Birth</i>		berlaku. Intervensi tersebut sebagai refleksi memperkuat peran profesional dan membuat perspektif baru bagi bidan dan ibu melahirkan.
64	Knox, S., <i>et al.</i> 2018 Selandia Baru dan Skotlandia	Health policy and its unintended consequences for midwife-woman partnerships: Is normal pregnancy at risk when the BMI measure is used? <i>New Zealand College of Midwives Journal</i>	Metode: Studi Kuantitatif Desain: Comparative Case Study; (menggunakan analisis komparatif deskriptif lintas nasional)	Kebijakan kesehatan Selandia Baru dan Skotlandia <i>kurang peluang promosi kesehatan</i> . Berfokus pada BMI INC, seharusnya, tidak melarang tentang masalah gaya hidup atau pemberian layanan berdasarkan kebutuhan individu, kapasitas, sejarah, dan karakteristik sosiologis. Masalah kebijakan dapat menghambat masalah gaya hidup yang secara signifikan dapat mengubah status risiko individu. Penilaian status risiko seperti itu idealnya dicapai dalam model kemitraan perawatan bersalin, daripada mengandalkan tes medis apriori.
65	Boyle, <i>et al.</i> 2015 UK	Women's views on partnership working with midwives during pregnancy and childbirth <i>Midwifery</i>	Metode: Studi Kualitatif Desain: grounded theory Sampel: 16 ibu hamil di dua RS di South East England	tiga tema: organisasi perawatan, hubungan & pilihan. ANC ibu dan bidan berfokus pada bio medis perawatan tetapi tidak memenuhi kebutuhan psiko-sosial dan emosional. Kemiskinan adalah faktor penting. Kurang hubungan kemitraan dengan bidan karena kurangnya kontinuitas relasional. Sebaliknya, ibu kunjungan ANC mampu membentuk relasi dengan sekelompok bidan untuk memenuhi kebutuhan holistik perempuan. Sebagian besar ibu merasa tidak ditawarkan pilihan & pengambilan keputusan.
		<i>Reason Learn:</i> Keterkaitan 12 studi determinan sosial sebagai faktor penentu perilaku kesehatan individu & masyarakat, tradisi, budaya, CoC, pengalaman partnership, kebijakan kesehatan dan pencapaian pelayanan kesehatan.		

B. Kerangka Teori

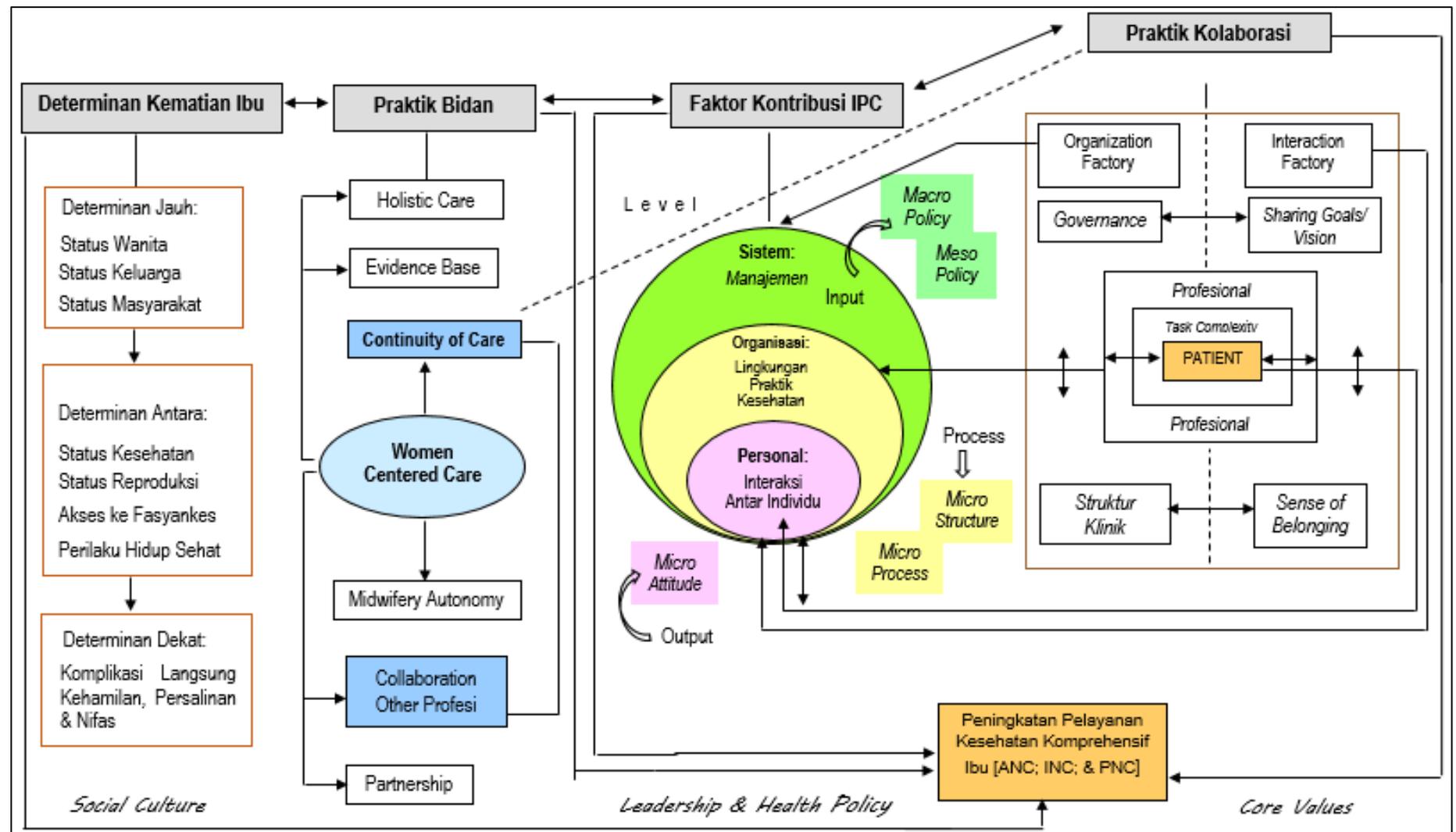
Berbagai strategi diupayakan pemerintah dalam menurunkan AKI antara lain jaminan mutu Ante Natal Care (ANC) terpadu, meningkatkan jumlah Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) dan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini dan KB paska persalinan, serta meningkatkan penyediaan dan pemanfaatan buku KIA. (Kemenkes RI, 2016a). Mengacu pada konsep determinan kematian ibu menurut McCarthy dan Maine (1992) yaitu determinan jauh, determinan antara dan determinan dekat. Namun dari banyaknya permasalahan beragam baik secara geografi, demografi dan kultur sosial di masyarakat, perlu dipertimbangkan pula bagaimana mendekatkan jangkauan dan informasi pelayanan dalam pendekatan keluarga dan masyarakat, di masing-masing wilayah atau daerah.

Konsep difokuskan pada kebutuhan, harapan, dan aspirasi ibu dengan memperhatikan lingkungan sosial sepanjang siklus kehidupan (*life cycle approach*). Homer, (2016), termasuk dua model layanan CoC dan IPC. CoC mempromosikan filosofi dan pendekatan holistik. *Holistic care* menjadi dasar membangun kemitraan, dukungan dan kepercayaan diantara ibu hamil dan tenaga kesehatan profesional. Model ini relevan diterapkan di dunia kesehatan yang multi-profesional.

The Toronto Model for Interprofessional Education and Practice, kolaborasi perawatan menjadi strategi utama untuk menggerakkan

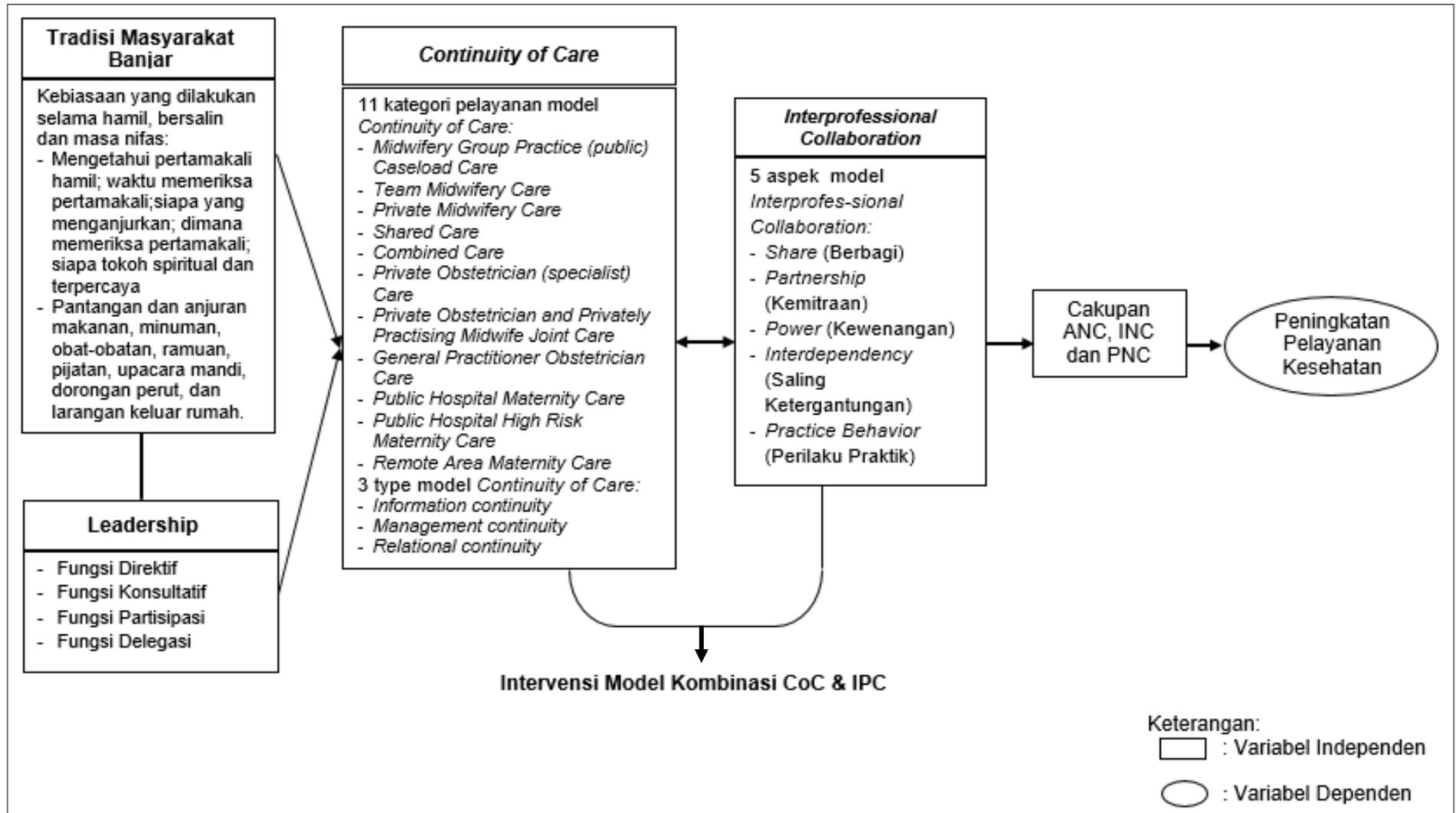
sistem perawatan kesehatan yang berkinerja buruk saat ini menuju model yang lebih aman, efisien, terintegrasi, dan hemat biaya. Menyadari masih tingginya angka kematian ibu oleh karena cakupan dan kualitas pelayanan itu sendiri belum memadai. Salah satu tantangan bagaimana meningkatkan kualitas kesehatan, tidak dapat dilakukan hanya dengan sistem monoprofesional dan terkotak-kotak (*fragmented system*). Kajian studi pendahuluan dan penelitian terdahulu, faktor predisposing yang mempengaruhi hambatan maupun fasilitator cakupan optimal pelayanan adalah kemitraan, leadership, peran dan tupoksi tenaga kesehatan, tradisi budaya di masyarakat, determinan kematian ibu dan pelayanan komprehensif *Antenatal Care* (ANC), *Intranatal Care* (INC), dan *Postnatal Care* (PNC). Kerangka teori penelitian ini, dapat dilihat pada Gambar 2.8 sebagai berikut:

Kerangka Teori



Gambar 2.8 Kerangka Teori; [Sumber: McCarthy & Maine, 1992; D'Henneman, 1995; D'Amour & Oandasan, 2015b; Mulvale, 2016; Davies, 2017]

C. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.9 Skema Kerangka Konsep Penelitian

Gambar 2.9 merupakan kerangka konseptual pengembangan model CoC dan IPC dalam meningkatkan pelayanan kesehatan ibu. Konsep ini menguraikan model kombinasi CoC dan IPC dalam pelaksanaan layanan ANC, INC, dan PNC.

Variabel diteliti terdiri dari tradisi masyarakat Banjar, leadership. Kuesioner leadership yang diberikan pada bidan dan perawat diadopsi dari Nawawi & Hadari, (2012).

Model CoC meliputi kategori pelayanan model CoC diadopsi dari Homer, (2016) dan tiga type kontinuitas yang diadaptasi dari Haggerty, (2003) dalam Homer, (201

6) yaitu *Information Continuity*, *Management Continuity* dan *Relational Continuity*. Menurut Homer, *information continuity* merupakan penggunaan informasi tentang karakteristik dan riwayat kesehatan masa lalu dari individu pada perawatan saat ini sesuai untuk setiap individu. *Management continuity* yaitu pendekatan untuk mengelola kondisi kesehatan yang responsif terhadap kebutuhan pasien. Dan *relational continuity* yaitu tentang hubungan berkelanjutan antara pasien dengan satu atau lebih dari petugas pemberi layanan.

Model IPC mencakup lima aspek utama yang diadopsi dari konsep kolaborasi Prayitno et al, (2017), *share*, *partnership*, *power*, *interdependency*, dan *practice behavior*. Menurut D'Amour, kelima aspek ini merupakan aktifitas yang dilakukan saat menjalankan praktik kolaborasi antar tenaga profesional.

Kunjungan ANC, INC, dan PNC yaitu hasil/keluaran (output) dari kegiatan layanan pemeriksaan kehamilan (ANC), pertolongan persalinan (INC), dan perawatan masa nifas sampai 42 hari (PNC). Hasil cakupan layanan tersebut diadopsi dari standar pelayanan berdasarkan sumber referensi dari Kementerian Kesehatan RI, (2013a) tentang Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Buku Saku: Pedoman Bagi Tenaga Kesehatan. WHO, POGI & IBI. Dirjen Bina Gizi dan KIA; Kemenkes RI, (2013b) Panduan Pelayanan Pasca Persalinan bagi Ibu dan Bayi Baru Lahir. Dirjen Kesehatan Masyarakat; Kemenkes RI, (2014) Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil. Dirjen Bina Gizi dan KIA; Kemenkes RI, (2010) Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat. Dan, rekomendasi WHO, (2016a) *WHO Recommendations on Antenatal Care for A Positive Pregnancy Experience*, UK; (2016b) *Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities*.

Peningkatan pelayanan kesehatan ibu merupakan indikator hasil (*outcome*) pencapaian akhir dari pelaksanaan ANC, INC, PNC dan cakupan layanan tersebut. Secara keseluruhan konsep pelaksanaan model CoC dan IPC dalam layanan ANC, INC, PNC diharapkan dapat meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayinya.

D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka rumusan hipotesis yang akan dibuktikan pada penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

- a. Ha: Ada Perbedaan Kunjungan ANC, INC dan PNC sebelum dan sesudah intervensi pada grup eksperimen.
- b. Ha: Ada Perbedaan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu sebelum dan sesudah intervensi pada grup eksperimen.
- c. Ha: Ada Pengaruh CoC dan IPC layanan ANC, INC dan PNC terhadap Kunjungan ANC, INC dan PNC serta Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu.