

DISERTASI

**INOVASI “MARTHIA DHS” UNTUK MEREDUKSI PERSALINAN
SECTIO CAESAREA PADA LAYANAN KESEHATAN PRIMER
AZ-ZAHRA DI TANGERANG**

***“MARTHIA DHS” Innovation To Reduce Sectio Caesarea
Delivery In Az-Zahra Primary Health Service In Tangerang***

MARTHIA IKHLASIAH
NIM. K013181004



PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021

DISERTASI

INOVASI 'MARTHIA DHS' UNTUK MEREDUKSI PERSALINAN SECTIO CAESAREA PADA LAYANAN KESEHATAN PRIMER AZ-ZAHRA DI TANGERANG

Disusun dan diajukan oleh

MARTHIA IKHLASIAH
Nomor Pokok K013181004

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 08 September 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

UNIVERSITAS HASANUDDIN

Menyetujui

Komisi Penasehat,

Prof. Dr. dr. Muh. Tahir Abdullah, M.Sc., MSPH
Promotor

Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes
Ko-Promotor

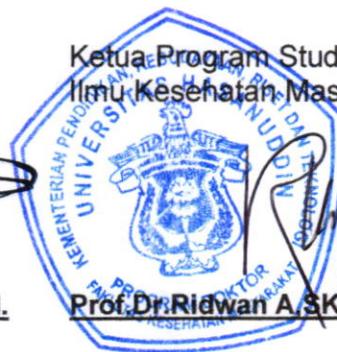
Dr. Suriah, SKM., M.Kes
Ko-Promotor

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 DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Marthia Ikhlasiah

NIM : K013181004

Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

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

Makassar, September 2021

Yang Menyatakan,



Marthia Ikhlasiah

ABSTRAK

MARTHIA IKHLASIAH. *Inovasi “MARTHIA DHS” untuk Mereduksi Persalinan Sectio Caesarea pada Layanan Kesehatan Primer Az-Zahra di Kota Tangerang* (Dibimbing oleh **Tahir Abdullah, Andi Zulkifli** dan **Suriah**)

Peningkatan jumlah *sectio caesarea* elektif merupakan faktor penyebab kenaikan angka *sectio caesarea* dengan nilai proporsi sebesar 59,2% melewati angka rekomendasi WHO yaitu 10-15%. Penelitian ini bertujuan untuk menilai efektivitas Inovasi “MARTHIA DHS” di Layanan Kesehatan Primer Az-Zahra Kota Tangerang dalam mereduksi persalinan *sectio caesarea*.

Penelitian ini menggunakan mix methods dengan jenis desain *sequential exploratory*. Penelitian kualitatif dengan *in-depth interview* menggunakan 27 informan dan tehnik pengolahan menggunakan NVivo 12 terlisensi (NVT20-KZ000-EXXXX-FXXXX). Penelitian kuantitatif dengan *non-randomized pretest posttest control group design*, dengan jumlah responden 82 orang, dan tehnik pengolahan data dengan SPSS 24 terlisensi (Z125-3XXX-XX).

Hasil penelitian kualitatif menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tentang kehamilan dan persalinan mayoritas masih rendah. Pada aspek spiritual dalam pelayanan kebidanan didapatkan; keyakinan, ketenangan, dan kekuatan. Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan inovasi MARTHIA DHS berpengaruh terhadap pemilihan metode persalinan yang dapat mereduksi persalinan *sectio caesarea* sebesar 59%. Hasil uji multivariat didapatkan nilai OR 2,355 yang berarti inovasi MARTHIA DHS efektif mereduksi persalinan *sectio caesarea* pada Layanan Kesehatan Primer Az-Zahra sebesar 2 kali. Inovasi MARTHIA DHS dengan Modul Bunda Az-Zahra efektif mereduksi persalinan *sectio caesarea*.

Kata Kunci: Inovasi, MARTHIA DHS, Persalinan Sectio Caesarea, Layanan Kesehatan Primer



ABSTRACT

MARTHIA IKHLASIAH. *"MARTHIA DHS" Innovation to reduce Sectio Caesarea delivery on Az-Zahra Primary Health Service in Tangerang.* (Supervised by **Tahir Abdullah, Andi Zulkifli, and Suriah**).

The increase in the number of elective sectio caesareans is a contributing factor to the increase in the number of sectio caesareans with a proportion value of 59.2% past the WHO recommendation figure of 10-15%. This study aims to assess the effectiveness of "MARTHIA DHS" Innovation in Primary Health Services Az-Zahra Tangerang City in reducing sectio caesarea delivery.

This research uses mix methods with sequential exploratory design type. Qualitative research with in-depth interview using 27 informants and processing techniques using licensed NVivo 12 (NVT20-KZ000-EXXXX-FXXXX). Quantitative research with non-randomized pretest posttest control group design, with the number of respondents 82 people, and data processing techniques with SPSS 24 licensed (Z125-3XXX-XX).

Qualitative research shows that the mother's knowledge of pregnancy and childbirth is still low. On the spiritual aspect of midwifery service is obtained, confidence, tranquility, and strength. Quantitative research shows MARTHIA DHS innovation has an effect on the selection of delivery methods that can reduce sectio caesarean delivery by 59%. The multivariate test result obtained a value of OR 2,355 which means MARTHIA DHS innovation effectively reduces sectio caesarean delivery in Az-Zahra Primary Health Service by 2 times. MARTHIA DHS innovation with Bunda Az-Zahra Module effectively reduces sectio caesarean delivery.

Keywords: Innovation, MARTHIA DHS, Sectio Caesarean Delivery, Primary Health Services



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas berkat dan rahmat-Nya serta salawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan disertasi ini dengan judul **“Inovasi “MARTHIA DHS” Untuk Mereduksi Persalinan Sectio Caesarea Pada Layanan Kesehatan Primer AZ-ZAHRA Di Tangerang”**

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan disertasi ini tidak terlepas dari keterlibatan berbagai pihak yang telah memberikan masukan yang sangat berarti. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat Prof. Dr. dr. HM Tahir Abdullah, M.Sc., MSPH, selaku Promotor, Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M. Kes dan Dr. Suriah, SKM, M. Kes selaku Ko promotor, yang telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta arahan dengan penuh kesabaran, perhatian dan keikhlasan sehingga disertasi ini dapat terselesaikan.

Penulis juga menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A., selaku Rektor Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah memberikan

kesempatan kepada penulis melanjutkan studi pada Sekolah Pascasarjana.

3. Dr. Aminuddin Syam, S.KM., M. Kes., M. Med. Ed., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan pendidikan di Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat.
4. Prof. Dr. Ridwan A, S.KM., M. Kes., M. Sc. PH., selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan selaku dewan penguji yang banyak memberikan masukan dan arahan kepada penulis untuk penyempurnaan penulisan disertasi ini serta memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi program Pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Dr. Yudhia Fratidhina, M. Kes selaku dewan penguji yang banyak memberikan masukan dan arahan kepada penulis guna penyempurnaan penulisan disertasi ini.
6. Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M. Kes selaku dewan penguji yang banyak memberikan masukan dan arahan kepada penulis guna penyempurnaan penulisan disertasi ini.
7. Prof. Dr. A. Ummu Salmah, SKM., M. Sc selaku dewan penguji yang banyak memberikan masukan dan arahan kepada penulis guna penyempurnaan penulisan disertasi ini.

8. Seluruh staf pengajar S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis.
9. Pimpinan Klinik Pratama Azzahra dan keluarga besar Az-Zahra yang telah memberikan ruang dalam penelitian ini sekaligus membantu dalam proses perkuliahan sampai dengan selesai.
10. Unsur Pimpinan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang yang telah memberikan izin dan senantiasa memberikan bantuan secara moril serta motivasi untuk melanjutkan pendidikan.
11. Rekan-rekan mahasiswa Pascasarjana S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2018, atas segala kerjasama dan partisipasi yang diberikan serta memberikan dorongan moril, kritik, dan saran yang bermanfaat bagi penulis.
12. Semua pihak yang telah ikut membantu dalam kelancaran penulisan ini.
Astrisa Faadhilah SST, M.Epid, Atnesia Ajeng SST, M. Kes. Irma Suryani.

Ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi tingginya yang tulus kepada kedua orang tua saya tercinta, Ibunda Hj. Masthonah almarhumah dan Ayahanda H. Murtadho Almarhum yang telah, membesarkan, dan mendidik saya sejak kecil dengan penuh kasih sayang hingga saya mampu mencapai keadaan seperti ini. Ucapan terima kasih yang tulus kepada ibu dan bapak mertua saya Hj. Upu Siti Sukmirah Almarhumah dan H. Engan

A.Z Almarhum yang telah senantiasa memberikan semangat motivasi dan doa dalam melaksanakan tugas sehari-hari dan melanjutkan studi saya.

Rasa bangga cinta dan kasih sayang dan terima kasih yang tidak terhingga kepada mereka yang amat saya sayangi, Suami saya tercinta H. Dani Hasan Sanusi S. Tp., M. Si dan anak-anakku tersayang Raden Dzikry Ahmad Al-Ghazy, Raden Kayla Aura Az-Zahra, atas segala pengertian, kesabaran, dukungan doa dan cinta kasih yang tidak ternilai. Kepada seluruh keluarga besar yang selalu memberikan doa dan dukungan moril dalam menjalankan studi.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa disertasi ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga diharapkan saran yang membangun untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dan bermanfaat.

Makassar, Juli 2021

Penulis

ABSTRAK

MARTHIA IKHLASIAH. *Inovasi “MARTHIA DHS” untuk Mereduksi Persalinan Sectio Caesarea pada Layanan Kesehatan Primer Az-Zahra di Kota Tangerang (Dibimbing oleh Tahir Abdullah, Andi Zulkifli dan Suriah)*

Peningkatan jumlah *sectio caesarea* elektif merupakan faktor penyebab kenaikan angka *sectio caesarea* dengan nilai proporsi sebesar 59,2% melewati angka rekomendasi WHO yaitu 10-15%. Penelitian ini bertujuan untuk menilai efektivitas Inovasi “MARTHIA DHS” di Layanan Kesehatan Primer Az-Zahra Kota Tangerang dalam mereduksi persalinan *sectio caesarea*.

Penelitian ini menggunakan mix methods dengan jenis desain *sequential exploratory*. Penelitian kualitatif dengan *in-depth interview* menggunakan 27 informan dan tehnik pengolahan menggunakan NVivo 12 terlisensi (NVT20-KZ000-EXXXX-FXXXX). Penelitian kuantitatif dengan *non-randomized pretest posttest control group design*, dengan jumlah responden 82 orang, dan tehnik pengolahan data dengan SPSS 24 terlisensi (Z125-3XXX-XX).

Hasil penelitian kualitatif menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tentang kehamilan dan persalinan mayoritas masih rendah. Pada aspek spiritual dalam pelayanan kebidanan didapatkan; keyakinan, ketenangan, dan kekuatan. Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan inovasi MARTHIA DHS berpengaruh terhadap pemilihan metode persalinan yang dapat mereduksi persalinan *sectio caesarea* sebesar 59%. Hasil uji multivariat didapatkan nilai OR 2,355 yang berarti inovasi MARTHIA DHS efektif mereduksi persalinan *sectio caesarea* pada Layanan Kesehatan Primer Az-Zahra sebesar 2 kali. Inovasi MARTHIA DHS dengan Modul Bunda Az-Zahra efektif mereduksi persalinan *sectio caesarea*.

Kata Kunci: Inovasi, MARTHIA DHS, Persalinan Sectio Caesarea, Layanan Kesehatan Primer



ABSTRACT

MARTHIA IKHLASIAH. *"MARTHIA DHS" Innovation to reduce Sectio Caesarea delivery on Az-Zahra Primary Health Service in Tangerang.* (Supervised by **Tahir Abdullah, Andi Zulkifli, and Suriah**).

The increase in the number of elective sectio caesareans is a contributing factor to the increase in the number of sectio caesareans with a proportion value of 59.2% past the WHO recommendation figure of 10-15%. This study aims to assess the effectiveness of "MARTHIA DHS" Innovation in Primary Health Services Az-Zahra Tangerang City in reducing sectio caesarea delivery.

This research uses mix methods with sequential exploratory design type. Qualitative research with in-depth interview using 27 informants and processing techniques using licensed NVivo 12 (NVT20-KZ000-EXXXX-FXXXX). Quantitative research with non-randomized pretest posttest control group design, with the number of respondents 82 people, and data processing techniques with SPSS 24 licensed (Z125-3XXX-XX).

Qualitative research shows that the mother's knowledge of pregnancy and childbirth is still low. On the spiritual aspect of midwifery service is obtained, confidence, tranquility, and strength. Quantitative research shows MARTHIA DHS innovation has an effect on the selection of delivery methods that can reduce sectio caesarean delivery by 59%. The multivariate test result obtained a value of OR 2,355 which means MARTHIA DHS innovation effectively reduces sectio caesarean delivery in Az-Zahra Primary Health Service by 2 times. MARTHIA DHS innovation with Bunda Az-Zahra Module effectively reduces sectio caesarean delivery.

Keywords: Innovation, MARTHIA DHS, Sectio Caesarean Delivery, Primary Health Services



DAFTAR ISI

PENGESAHAN DISERTASI.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
ABSTRAK.....	ii
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJUAN PUSTAKA	11
A. Persalinan <i>Sectio Caesarea</i>	11
B. Inovasi.....	22
C. Aspek Spiritual.....	27
D. Pengetahuan.....	40
E. Pengambilan Keputusan.....	46
F. Layanan Kesehatan Primer	52
F. Penelitian Terdahulu	86
G. Kerangka Teori Penelitian.....	97
H. Kerangka Konsep Penelitian	99
I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	101
BAB III METODE PENELITIAN	106
A. Rancangan Penelitian	106
B. Waktu dan lokasi penelitian	107
D. Alur Penelitian.....	108
E. Tahapan Penelitian	109
F. Hipotesis Penelitian.....	134
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	135
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	135
B. Hasil Penelitian	140
C. Pembahasan.....	196

D.	Kendala, Keterbatasan dan Agenda Penelitian	309
E.	Kebaruan.....	311
BAB V	314
A.	Kesimpulan.....	314
B.	Saran	315
REFERENSI	317
LAMPIRAN	332

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Efek Resiko Sectio Caesarea	12
Gambar 2.2 Model Proses Keputusan Inovasi	26
Gambar 2.3 Model Spiritualitas dan Kesejahteraan Psikologis untuk Stres Khusus Kehamilan	37
Gambar 2.4 Model Anderson (Health Service Utilization)	51
Gambar 2.5 Model PRECEDE-PROCEED	55
Gambar 2.6 Kerangka Teori Penelitian	98
Gambar 2.7 Kerangka Konsep	100
Gambar 3.1 Metode Kombinasi Sequential Exploratory Design	106
Gambar 3.2 Bagan Alur Pikir	108
Gambar 3.3 Tahapan Penyusunan Inovasi	115
Gambar 3.5 Langkah-langkah Penyusunan Modul Bunda Azzahra dengan Inovasi MARTHIA DHS	118
Gambar 3.6 Bagan Rancang Penelitian Non-Randomized Pretest Post Test Control Group Design	122
Gambar 4.1 Peta Lokasi	136
Gambar 4.2 Bagan MARTHIA DHS	172
Gambar 4.3 Tahapan Inovasi MARTHIA DHS	175

Gambar 4.4 Diagram Perbedaan Pre dan Post Kelompok Intervensi dan Kontrol	184
Gambar 4.5 Inovasi MARTHIA DHS	285

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Tingkat Pendidikan	49
Tabel 2.2 Matriks Jurnal Tentang Pelayanan Kebidanan	86
Tabel 2.3 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	101
Tabel 3.1 Kegiatan Penelitian	107
Tabel 3.2 Informan Penelitian Kualitatif	110
Tabel 3.3 Perbedaan Intervensi Pemberian Pelayanan Kebidanan	124
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Kunci	141
Tabel 4.2 Karakteristik Informan Utama	142
Tabel 4.3 Karakteristik Informan Tambahan (Riwayat SC elektif)	142
Tabel 4.4 Hasil Wawancara Mendalam Pengetahuan Ibu Tentang Kehamilan	143
Tabel 4.5 Wawancara Mendalam Pengetahuan Ibu Tentang Persalinan	150
Tabel 4.6 Hasil Wawancara Mendalam Aspek Spiritual	157
Tabel 4.7 Hasil Wawancara Mendalam aspek layanan kesehatan	168
Tabel 4.8 Modul Bunda Az-Zahra	176
Tabel 4.9 Karakteristik Responden	181

Tabel 4.10 Uji Normalitas dan Homogenitas	182
Tabel 4.11 Uji Bivariat antara Pretest dan Posttest pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	183
Tabel 4.12 Uji Bivariat Delta Pretest dan Posttest Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	185
Tabel 4.13 Uji Multivariat	186
Tabel 4.14 Distribusi Frekuensi Efektivitas inovasi MARTHIA DHS untuk Mereduksi Angka SC pada Kelompok Intervensi	187
Tabel 4.15 Distribusi Frekuensi Efektivitas Pelayanan Kebidanan ANC Terpadu untuk Mereduksi Angka SC Pada Kelompok Kontrol	188
Tabel 4.16 Wawancara Mendalam Inovasi MARTHIA DHS untuk mereduksi SC	189

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sectio caesarea (SC) pada awalnya merupakan solusi bedah untuk menyelesaikan kegawatdaruratan dalam persalinan, tetapi dewasa ini tidak ada kontrol dalam pelaksanaannya. Angka kejadian SC di dunia terus meningkat sejak tahun 2014, terutama di negara-negara berkembang dan maju melewati standar rata-rata yang ditetapkan oleh World Health Organization (WHO) di sebuah negara sekitar 5-15 persen per 1000 kelahiran di dunia (Sihombing *et al.*, 2017). Beberapa negara dengan angka SC tertinggi diantaranya adalah Brazil (54%), Australia (32%) dan Colombia (43%) (Puspitaningrum, 2017).

Hal demikian juga terjadi di Indonesia, baik di rumah sakit pemerintah maupun swasta. Proporsi kejadian persalinan *Sectio Caesarea* di rumah sakit pemerintah adalah 20%-25% dan rumah sakit swasta sebesar 30%-80% (Susilo *et al.*, 2019). Pada data SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) menunjukkan terjadi kecenderungan peningkatan sebesar 1,3-6,8% pada persalinan *Sectio Caesarea* di Indonesia sejak tahun 1991 sampai 2007 (Sihombing *et al.*, 2017).

Lang (2011) mengatakan bahwa persalinan dengan metode *sectio caesarea* seharusnya menjadi pilihan alternatif ketika metode persalinan alamiah sudah tidak dapat dilakukan. Persalinan dengan metode *sectio*

caesarea merupakan cara mengeluarkan bayi melalui sayatan besar yang dibuat dibagian perut dan rahim ibu (ACOG, 2018). Persalinan *caesar* dapat dilakukan dalam keadaan gawat darurat (indikasi) atau secara terencana (elektif).

Peningkatan jumlah *sectio caesarea* elektif merupakan faktor penyebab kenaikan angka *sectio caesarea* (Ioannis Mylonas, 2015). Peningkatan ini telah menyebabkan pertumbuhan yang cepat dalam jumlah operasi *sectio caesarea* di seluruh dunia (Chen and Tan, 2019). Pada penelitian yang dilakukan oleh Andayasari (2014) diperoleh angka persalinan *sectio caesarea* di Indonesia secara elektif sebesar 59,2% sedangkan *sectio caesarea* secara *emergency* sebanyak 40,8%.

Tingginya angka persalinan dengan *sectio caesarea* dibandingkan dengan persalinan normal saat ini sedang menjadi fokus dalam pelayanan kebidanan. Beberapa penelitian menjelaskan kerugian dari tindakan persalinan *sectio caesarea*, di antaranya adalah menyebabkan nyeri yang menimbulkan masalah dalam mobilisasi pasca salin dan masalah menyusui. Sebanyak 68% ibu post *sectio caesarea* mengalami kesulitan dengan perawatan bayi, bergerak naik turun dari tempat tidur dan mengatur posisi yang nyaman selama menyusui akibat adanya nyeri. Akibat rasa nyeri tersebut menyebabkan pasien menunda pemberian ASI sejak awal pada bayi (Rini, 2018). Kelahiran *caesar* juga berpengaruh pada persepsi sensorik anak, kemampuan integrasi

sensorik, neuropsikiatri dan mempengaruhi perkembangan, dan hubungan antara bayi dan ibu (Chen and Tan, 2019).

Kerugian lain melakukan persalinan *sectio caesarea* adalah beban pembiayaan yang lebih berat dibandingkan dengan persalinan secara normal. Persalinan *sectio caesarea* akan menghabiskan biaya berkali-kali lebih besar daripada persalinan normal. Oleh karena itu kemampuan keuangan keluarga menjadi salah satu pertimbangan dalam mengambil keputusan melahirkan dengan operasi *sectio caesar* (Sihombing *et al.*, 2017). Menurut Laporan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB) JKN-KIS jumlah tindakan *sectio caesarea* meningkat setelah Indonesia melaksanakan JKN-KIS. Jumlah persalinan dengan JKN-KIS tahun 2014-2018 tercatat sebanyak 57% memilih persalinan lewat operasi *cesarea*, sisanya 43% dengan persalinan normal. Dalam penelitian yang dilakukan Widjayanti (2020) bahwa proporsi persalinan *sectio caesarea* ibu peserta JKN sebesar 79.21%.

Berdasarkan Data BPJS Provinsi Banten pada tahun 2018, proporsi biaya persalinan normal di Layanan Kesehatan Primer sebesar Rp715.881 dan di RS sebesar Rp1.967.528 (3x UC FKTP) dan biaya *sectio caesarea* di RS sebesar Rp5.686.264 (10x UC FKTP). Pada penelitian (Pratiwi, Gunanegara and Ivone, 2019) didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara persalinan melalui *sectio caesarea* dengan metode pembayaran, pasien yang membayar melalui

BPJS/Jampersal 4,417 kali lebih mungkin untuk mengambil keputusan bersalin melalui *sectio caesarea*.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada Layanan Kesehatan Primer Klinik Azzahra di Kota Tangerang pada tahun 2019, dari 2.797 ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan, tercatat sebanyak 80% diantaranya bersalin dengan metode *sectio caesarea*. Hasil wawancara kepada ibu hamil, 7 dari 10 ibu yang bersalin dengan *sectio caesarea* mengatakan bahwa alasan ibu bersalin dengan *sectio caesarea* adalah karena mengikuti advis atau saran yang diberikan oleh tenaga kesehatan, sedangkan sisanya atas kehendak sendiri. Hal ini menunjukkan bahwa tenaga kesehatan berperan besar terhadap pengambilan keputusan ibu hamil untuk melakukan persalinan dengan metode *sectio caesarea*.

Sebuah tinjauan sistematis dari 137 artikel menyimpulkan bahwa keterlibatan dalam pengambilan keputusan, kualitas hubungan tenaga kesehatan dengan pasien, dan dukungan yang diberikan oleh penyedia layanan merupakan tiga faktor utama yang mempengaruhi kepuasan wanita dengan pengalaman kelahiran mereka (Hodnett, 2002). Salah satu faktor pendukung dalam pengambilan keputusan adalah pengetahuan dan aspek spiritual. Penelitian (Kabakyenga *et al* 2011) menyatakan bahwa pengetahuan berpengaruh sebanyak 1,8 kali terhadap kesiapan kehamilan, persalinan, dan pasca salin. Pendidikan pada masa antenatal adalah layanan yang diminta oleh mayoritas

wanita hamil di seluruh dunia seperti program pendidikan persalinan atau kelas persiapan persalinan.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap 10 ibu hamil yang melakukan pemeriksaan di Layanan Kesehatan Primer, 8 dari 10 Ibu yang melakukan pemeriksaan menyatakan bahwa informasi yang didapatkan tentang kehamilan masih terbatas pada hasil pemeriksaan, adapun tentang informasi lain yang berkaitan dengan pengetahuan tentang kehamilan dan persalinan masih sangat minim.

Studi yang dilakukan (Naariyong and Poudel, 2012) menyatakan bahwa lemahnya hubungan antara pemanfaatan pelayanan antenatal terhadap hasil kesehatan ibu disebabkan karena kurangnya memperhatikan isi dan kualitas pelayanan antenatal. Keberhasilan pelayanan kesehatan dasar yang utamanya promotif dan preventif diharapkan akan mengurangi beban pelayanan lanjutan (Bappenas, 2018). Harapan yang dimiliki ibu sebelum memanfaatkan pelayanan antenatal adalah mendapatkan pelayanan antenatal yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang memiliki *competency*, *assurance*, *responsiveness*, dan *communication* (Yanuaria and Wulandari, 2013).

Salah satu usaha pengembaliannya adalah dengan mengintegrasikan spiritualitas terhadap ilmu kebidanan yang diaplikasikan melalui prevensi, promosi dan edukasi. Manajemen ini diharapkan dapat membawa perempuan kembali kepada Tuhan, alam dan lingkungannya sehingga terjadi keseimbangan (Harahap, 2018).

Keseimbangan fisik, psikis, dan spiritual akan membawa kesehatan yang lebih baik pada ibu hamil (Dolatian *et al.*, 2017). Sehingga dalam menjalani dan menghadapi persalinan normal dapat lebih yakin dan terbebas dari persoalan psikologis (Yuniarti, Suwondo and Runjati, 2016).

Edukasi yang dilandasi aspek spiritual diharapkan dapat memberikan pengaruh besar terhadap psikologis ibu dan keluarga sehingga ibu dan keluarga lebih percaya diri dalam memilih metode persalinan. Pemanfaatan buku KIA sebagai alat edukasi oleh tenaga kesehatan perlu dimodifikasi, khususnya dalam menggabungkan informasi edukasi agar lebih menarik dan mudah dipahami.

Pada studi pendahuluan yang dilakukan, ibu yang bersalin normal setelah sebelumnya memiliki riwayat persalinan *sectio caesarea* dengan indikasi atau elektif, mengatakan bahwa "*edukasi kehamilan dan persalinan dari sisi spiritual sangat penting*". Pengembalian fitrah dan kesadaran diri terhadap pencipta bahwa tubuh wanita diciptakan untuk dapat mengandung, melahirkan, dan menyusui. Dengan demikian ibu dan keluarga dapat menyadari dan percaya bahwa dirinya berdaya atas kuasa sang pencipta. Pengintegrasian aspek spiritual dalam pelayanan antenatal sebagai landasan dalam pemberian edukasi perlu dilakukan karena tidak terdapat dalam layanan antenatal terpadu.

Oleh karena itu dalam penelitian ini, peneliti menyusun Inovasi "MARTHIA DHS" dimana dalam pelayanan ini dilandasi aspek spiritual

dan membuat bahan edukasi berupa Modul Bunda Az-Zahra yang melibatkan ibu serta keluarga sebagai pelengkap dari layanan antenatal dan buku KIA yang sudah ada. Diharapkan dengan Inovasi “MARTHIA DHS” dan modul “Bunda Az-Zahra” dapat mereduksi persalinan *sectio caesarea* pada Layanan Kesehatan Primer Az-Zahra. Inovasi “MARTHIA DHS” diimplementasikan di Layanan Kesehatan Primer Az-Zahra dengan menggunakan 10 x tatap muka memanfaatkan kebiasaan ibu hamil yang melakukan kunjungan sebulan sekali datang ke bidan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Dalam edukasi ini peneliti membuat 10 buku (Modul BUNDA AZ-ZAHRA). Modul ini berisikan bahan edukasi yang disesuaikan dengan kebutuhan ibu hamil berdasarkan dengan usia kehamilannya.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti memiliki rumusan masalah sebagai berikut:

1. Apakah Inovasi “MARTHIA DHS” dengan Modul “Bunda Az-Zahra” berpengaruh terhadap pemilihan persalinan.
2. Bagaimana efektivitas Inovasi “MARTHIA DHS” dengan modul “Bunda Az-Zahra” dapat mereduksi persalinan *sectio caesarea* pada Layanan Kesehatan Primer Klinik Az-Zahra Kota Tangerang.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menilai efektivitas Inovasi “MARTHIA DHS” di Layanan Kesehatan Primer Az-Zahra Kota Tangerang dalam mereduksi persalinan *sectio caesarea*

2. Tujuan Khusus

- A. Menilai pengetahuan ibu tentang kehamilan dan persalinan.
- B. Mengeksplorasi indikator pembentuk variabel spiritual dalam pelayanan kebidanan.
- C. Mengeksplorasi indikator pelayanan kebidanan di Layanan Kesehatan Primer.
- D. Mengintegrasikan aspek spiritual dalam pelayanan kebidanan sebagai landasan Inovasi “MARTHIA DHS” dalam Modul “Bunda AZ-Zahra”.
- E. Menganalisis pengaruh inovasi “MARTHIA DHS” terhadap pengambilan keputusan pemilihan persalinan.
- F. Menilai efektivitas Inovasi “MARTHIA DHS” untuk mereduksi *sectio caesarea* di Layanan Kesehatan Primer Klinik Az-Zahra.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Keilmuan

Sebagai kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang layanan kebidanan untuk mengurangi tindakan *sectio caesarea* tanpa

indikasi medis dengan melalui integrasi aspek spiritualitas dalam layanan kebidanan.

2. Manfaat Praktis Bagi Ibu Hamil

- a. Meningkatkan pengetahuan dalam kehamilan dan persalinan, sehingga dengan pengetahuan yang baik ibu dan keluarga dapat memilih metode persalinan.
- b. Bagi pasien untuk aspek spiritualitas dalam diri ibu dan keluarga, sehingga meningkatkan kualitas hidup seorang perempuan dan kesehatan keluarga lewat asuhan kebidanan yang diberikan pada Layanan Kesehatan Primer.

3. Manfaat Praktis Bagi Layanan Kesehatan Primer

- a. Sebagai bahan acuan bagi pengelola Layanan Kesehatan Primer yang memberikan pelayanan kebidanan kehamilan dan persalinan satu atap.
- b. Untuk meningkatkan jumlah persalinan normal yang cukup di tolong oleh bidan di Layanan Kesehatan Primer.

4. Manfaat bagi profesi kebidanan

Sebagai bahan acuan dan diskusi dalam memberikan pelayanan kebidanan.

5. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini akan memperkaya wawasan dan pengetahuan peneliti. Selain itu, penelitian ini juga merupakan salah satu cara untuk

mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh dalam rangka mendapatkan gelar *doctor public health*.

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Persalinan *Sectio Caesarea*

1. Konsep *Sectio Caesarea*

Persalinan dengan metode *sectio caesarea* (SC) adalah persalinan bayi melalui perut dan rahim ibu yang dibuat sayatan (ACOG, 2018). Kisah kelahiran bayi melalui sebuah pembukaan di perut ibu telah diceritakan dan dicatat dalam banyak hal budaya. Raja Roma kedua, Numa Pompilius (715 - 673 SM), diproklamasikan dalam Lex Regia (Royal Law), 'Benar dilarang menguburkan wanita hamil sebelum janinnya lahir telah dipotong dari rahim ...' Ini dapat dianggap sebagai deskripsi pertama tentang *sectio caesarea* (SC), meskipun itu dilakukan *post mortem* (Pundel, 1969; Van Dongen, 2009).

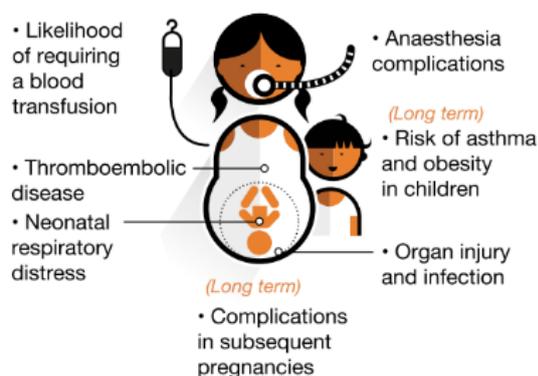
Laju kejadian persalinan dengan metode *sectio caesarea* setiap tahun semakin meningkat. Intervensi yang berbeda diperlukan untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat yang kompleks dan berkaitan dengan unsur kultural tersebut. Banyak hubungan sejarah, etika, politik, ekonomi, dan sosial budaya yang berdampak, dan mengakibatkan pelembagaan persalinan, sehingga 98% persalinan terjadi di rumah sakit (Victoria *et al.*, 2011; Lansky *et al.*, 2019).

Selain itu, komersialisasi dan medikalisasi kehidupan, hubungan kekuasaan dalam sains, kedokteran, dan gender, dan representasi

sosial dari kelahiran *sectio caesarea* sebagai prosedur yang aman, cepat, nyaman, bersih, dan tanpa rasa sakit telah berkontribusi pada peningkatan kelahiran *sectio caesarea* (Lansky *et al.*, 2019).

Seperti halnya operasi apa pun, *sectio caesarea* memiliki risiko jangka pendek dan jangka panjang. Hal ini dapat menjadi panjang selama bertahun-tahun setelah persalinan saat ini serta mempengaruhi kesehatan wanita, kehamilan dan anak di masa depan. *Sectio Caesarea* telah dikaitkan dalam jangka panjang dengan peningkatan risiko asma dan obesitas pada anak-anak, dan komplikasi pada kehamilan berikutnya, seperti ruptur uterus, plasenta akreta, plasenta praevia, kehamilan ektopik, infertilitas, histerektomi dan perlengketan intra-abdominal, dengan risiko morbiditas ini semakin meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah kelahiran *caesar* sebelumnya (Sandall *et al.*, 2018; Keag, Norman and Stock, 2018; Chen *et al.*, 2018).

Caesarean section increases the likelihood of:



Gambar 2.1 Efek Resiko Sectio Caesarea

a. *Sectio Caesarea* dengan Indikasi Medis

Mungkin juga terdapat kekhawatiran penularan penyakit dari ibu ke anak dari berbagai agen infeksi seperti virus hepatitis B, hepatitis C virus (HCV), *human immunodeficiency virus* (HIV), serta *human papillomavirus* (HPV) bahkan jika ibunya asimtomatik, dan ada bukti bahwa tingkat penyakit menular pada neonatus dapat dikurangi dengan penggunaan *sectio caesarea* elektif. Namun, frekuensi kejadian ini rendah, mengingat standar perawatan saat ini, dan dalam kasus HCV dan HPV, konsekuensi bagi anak yang terinfeksi tidak pasti (Minkoff and Chervenak, 2003).

1) Indikasi ibu menurut Wiknjosastro (2009) dan Saifudin (2010):

- a) Absolut panggul sempit
- b) Tumor pada jalan lahir sehingga terjadi obstruksi
- c) Stenosis serviks/vagina
- d) Plasenta previa
- e) CPD/FPD
- f) Rupture uteri
- g) Distosia jaringan lunak
- h) Disfungsi uterus

2) Indikasi Janin menurut Wiknjosastro (2009) dan Saifudin (2010):

- a) Kelainan letak
- b) Gawat janin
- c) Janin Besar

Sectio caesarea umumnya tidak dilakukan pada janin mati, ibu yang mengalami syok, anemia berat, serta kelainan kongenital berat pada janin (Wiknjosastro, 2009)

b. *Sectio Caesarea* elektif

Sectio Caesarea elektif bukan lagi ide marjinal. Survei dokter kandungan baru-baru ini mengungkapkan bahwa sebagian besar dokter akan memilih cara persalinan untuk diri mereka sendiri atau pasangan mereka dan bahwa persentase yang lebih tinggi akan menghormati permintaan pasien untuk persalinan *sectio caesarea* elektif (Minkoff and Chervenak, 2003).

Ada sejumlah alasan mengapa wanita meminta *sectio caesarea* dan, meskipun mungkin tidak semuanya terindikasi secara medis, banyak dari permintaan yang dibuat akan sangat bisa dimengerti. Tidak mungkin bahwa pendapat konsensus tentang pembenaran *sectio caesarea* untuk permintaan ibu akan tercapai, tetapi ada perasaan yang meningkat bahwa indikasi tersebut harus diakui, diterima, ditetapkan dan dicatat secara formal. Hanya dengan

menyetujui untuk melakukan ini dan mencatat alasan mengapa wanita meminta *sectio caesarea*, pendekatan logis untuk masalah ini dapat diambil. Kedua belah pihak akan mendapat manfaat dari ini. Setelah alasan mengapa wanita meminta *sectio caesarea* telah diidentifikasi, maka hal itu harus dimungkinkan, asalkan informasi yang diperlukan tersedia, untuk memutuskan apakah permintaan mereka dapat dibenarkan, dan memang apakah beberapa alasan perlu muncul. Selain itu, perlu dicatat setiap komplikasi dari *sectio caesarea* yang dilakukan untuk permintaan ibu (Robson, 2001).

Sectio Caesarea elektif mungkin dapat terjadi karena beberapa faktor. Menurut Al-Mufti, McCarthy and Fisk (1996) dalam Béhague, Victora and Barros (2002) Sebagian besar penelitian berfokus pada ketakutan wanita akan konsekuensi fisiologis dari persalinan pervaginam dan keinginan mereka untuk menjaga performa seksual mereka tetap utuh.

Manfaat yang diinginkan oleh ibu yang melahirkan *sectio caesarea* jangka panjang paling penting adalah perlindungan potensial pada dasar panggul, mengurangi kejadian inkontinensia feses, flatus, dan urin, serta prolaps organ panggul (Minkoff and Chervenak, 2003).

2. Upaya Mengurangi Angka *Sectio Caesarea*

Tingginya angka *sectio caesarea* dalam beberapa tahun terakhir banyak terjadi di negara berkembang. Hal ini didukung oleh berbagai faktor seperti adanya komplikasi dalam kehamilan dan persalinan yang diharapkan dengan persalinan *sectio caesarea*, akan mengurangi resiko kematian ibu dan janin. Faktor-faktor lain seperti perbedaan dalam gaya praktik profesional, Takut akan rasa sakit, ketakutan akan litigasi medis, dan faktor organisasi, ekonomi, sosial dan budaya semuanya telah terlibat dalam tren ini (Chen *et al.*, 2018).

Mempromosikan pendidikan wanita tentang risiko dan manfaat persalinan pervaginam dibandingkan dengan *sectio caesarea*, dengan materi informasi yang tersedia di ruang tunggu, dianggap sebagai strategi yang efisien untuk membuat wanita peka dan meningkatkan komunikasi antara profesional kesehatan dan wanita

ADDIN CSL_CITATION {"citationItems":{"id":"ITEM-1","itemData":{"DOI":"10.2471/BLT.06.039289","abstract":"Objective To investigate obstetricians' perceptions of clinical practice guidelines targeting management of labour and vaginal birth after previous caesarean birth, and to identify the barriers to, facilitators of and obstetricians' solutions for implementing these guidelines in practice. Methods This qualitative study was conducted in three hospitals in Montreal that represent around 10% of births in Quebec. Data was collected from 10 focus groups, followed by six semi-structured

interviews. Two researchers jointly analysed the verbatim transcripts according to A manual for the use of focus groups. Findings The identified barriers to and facilitators of the implementation of guidelines can be classified into four categories: 1) the hospital level, including management and hospital policies; 2) the departmental level, including local policies, leadership, organizational factors, economic incentive, and availability of equipment and staff; 3) the health professionals' motivations and attitudes, including medico-legal concerns, skill levels, acceptance of guidelines and strategies used to implement recommendations; and 4) patients' motivations. Conclusion Identifying the barriers to and facilitators of the adoption of recommendations is an important way to guide the development of efficient strategies. The findings of this study suggest that the adoption of guidelines may be improved if local health professionals' perceptions are considered to make recommendations more acceptable and useful. Our findings also support the assumption that obstetricians seek to implement best practices, but require evidence tools and support to assess their practices and enhance their performance. In addition, peer review activities championed by opinion leaders have been identified by obstetricians as the most suitable strategy to improve the use of the guidelines in their practices."

,"author":{"dropping-particle":"","family":"Chaillet","given":"Nils","non-dropping-particle":"","parse-names":false,"suffix":""},{"dropping-

particle":"","family":"Dubé","given":"Eric","non-dropping-
particle":"","parse-names":false,"suffix":""},{"dropping-
particle":"","family":"Dugas","given":"Marylène","non-dropping-
particle":"","parse-names":false,"suffix":""},{"dropping-
particle":"","family":"Francoeur","given":"Diane","non-dropping-
particle":"","parse-names":false,"suffix":""},{"dropping-
particle":"","family":"Dubé","given":"Johanne","non-dropping-
particle":"","parse-names":false,"suffix":""},{"dropping-
particle":"","family":"Gagnon","given":"Sonia","non-dropping-
particle":"","parse-names":false,"suffix":""},{"dropping-
particle":"","family":"Poitras","given":"Lucie","non-dropping-
particle":"","parse-names":false,"suffix":""},{"dropping-
particle":"","family":"Dumont","given":"Alexandre","non-dropping-
particle":"","parse-names":false,"suffix":""}],
"container-title":"Bulletin of
the World Health Organization","id":"ITEM-
1","issue":"10","issued":{"date-parts":[["2007"]]},"page":"791-
797","title":"Identifying barriers and facilitators towards implementing
guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec. الكامل لهذه امقالة.
الترجمة العربية لهذه الخالصة يف نهاية النص
":"85"},"uris":["http://www.mendeley.com/documents/?uuiid=d50ee2cf-
71c3-3949-9ab9-
842a9d286","http://www.mendeley.com/documents/?uuiid=7275e177-
f22c-4159-ac85-

762616450b9f"]}], "mendeley": {"formattedCitation": "(Chaillet <i>et al.</i>, 2007)", "plainTextFormattedCitation": "(Chaillet et al., 2007)", "previouslyFormattedCitation": "(Chaillet <i>et al.</i>, 7)", "properties": {"noteIndex": 0}, "schema": "https://github.com/citation-"}]

WHO (2018) merekomendasikan dalam panduannya bahwa terdapat 5 poin penting yang dapat dilakukan untuk dapat mengurangi angka *sectio caesarea* yaitu:

a. Edukasi pada ibu hamil yang menyertakan keluarga.

Pendidikan kesehatan bagi wanita merupakan komponen penting dari perawatan antenatal. Intervensi pendidikan dan program dukungan berikut direkomendasikan untuk mengurangi kelahiran *caesar* dengan pemantauan dan evaluasi: memberikan lokakarya pelatihan persalinan untuk ibu dan pasangan, program pelatihan relaksasi yang dipimpin oleh perawat, program pencegahan berbasis pasangan psikososial dan psikoedukasi untuk wanita dengan ketakutan akan rasa sakit atau kecemasan.

b. Petunjuk klinis dan *second opinion*

Penggunaan pedoman praktik klinis berbasis bukti yang dikombinasikan dengan opini kedua wajib untuk indikasi *sectio caesarea* direkomendasikan untuk mengurangi kelahiran *caesar* dalam pengaturan dengan sumber daya yang memadai dan dokter

senior dapat memberikan pendapat kedua untuk indikasi *sectio caesarea*.

c. Audit dan umpan balik

Penggunaan pedoman praktik klinis berbasis bukti, audit *sectio caesarea*, dan umpan balik tepat waktu kepada profesional perawatan kesehatan direkomendasikan untuk mengurangi kelahiran sesar.

d. Kolaborasi antara bidan dengan dokter spesialis

Untuk tujuan tunggal mengurangi *sectio caesarea*, model asuhan kebidanan-kebidanan kolaboratif (yaitu model kepegawaian berdasarkan asuhan yang diberikan terutama oleh bidan, dengan dukungan 24 jam dari seorang dokter kandungan yang menyediakan pertanggung jawaban persalinan dan persalinan di rumah tanpa tugas klinis lain yang bersaing) direkomendasikan hanya dalam konteks penelitian yang ketat.

e. Strategi finansial

Untuk tujuan tunggal mengurangi *sectio caesarea*, strategi keuangan (yaitu reformasi asuransi yang menyamakan biaya dokter untuk persalinan pervaginam dan *sectio caesarea*) untuk profesional perawatan kesehatan atau organisasi perawatan kesehatan direkomendasikan hanya dalam konteks penelitian yang ketat.

Dalam tulisan yang dikeluarkan oleh WHO (2015) tentang laju kejadian persalinan *sectio caesarea* disimpulkan bahwa:

- a *Sectio Caesarea* efektif sebagai bentuk penyelamatan nyawa ibu dan bayi, tetapi jika diperlukan saja karena masalah yang diindikasikan secara medis.
- b Angka *sectio caesarea* 10% lebih tinggi tidak ada kaitannya dengan penurunan angka kematian ibu maupun bayi baru lahir, pada tingkat populasi.
- c Komplikasi yang di akibatkan *sectio caesarea* cukup signifikan dan terkadang permanen, khususnya pada tempat yang tidak memiliki fasilitas atau kurangnya kapasitas untuk melakukan proses pembedahan yang aman serta pengobatan akibat komplikasi pembedahan sehingga bisa menimbulkan kecacatan atau kematian. *Sectio caesarea* seharusnya hanya dilakukan apabila diperlukan tindakan secara medis.
- d *Sectio caesarea* hendaklah merupakan upaya yang harus dilakukan untuk kepada seorang ibu yang membutuhkan, daripada berusaha agar mendapatkan pencapaian pada tingkat tertentu.
- e Masih belum jelasnya pengaruh angka *sectio caesarea* pada beberapa hal seperti morbiditas ibu dan perinatal, hasil pediatrik, dan kesejahteraan sosial atau psikologis sehingga diperlukannya penelitian lebih lanjut untuk memberikan pemahaman tentang efek

kesehatan dari *sectio caesarea* pada hasil langsung dan masa depan.

B. Inovasi

1. Inovasi

a. Definisi

Inovasi adalah ide, praktik, atau objek yang dianggap baru oleh individu atau unit lainnya. Kebaruan ide yang dirasakan individu menentukan reaksinya terhadap ide tersebut. Jika sebuah ide tampak baru bagi individu, itu adalah inovasi (Rogers, 2003). West dan Wallace (1991) mengatakan inovasi adalah pengenalan dan penerapan dengan sengaja berupa gagasan, proses, produk, dan prosedur yang baru pada unit yang menerapkannya, yang dirancang untuk memberikan keuntungan bagi individu, kelompok, organisasi dan masyarakat luas.

Rogers (2003) mengatakan kebaruan dalam inovasi tidak hanya perlu melibatkan pengetahuan baru. Seseorang mungkin telah mengetahui tentang inovasi untuk beberapa waktu tetapi belum mengembangkan sikap yang mendukung atau tidak mendukungnya, juga belum mengadopsi atau menolaknya. “Kebaruan” suatu inovasi dapat dinyatakan dalam bentuk pengetahuan, persuasi, atau keputusan untuk mengadopsi.

b. Atribut Inovasi (Rogers, 2003)

1) *Relative Advantage* atau Keuntungan Relatif

Sebuah inovasi harus memiliki keunggulan dan nilai lebih dibandingkan dengan inovasi sebelumnya. Inovasi Selalu memiliki sebuah nilai kebaruan yang melekat dalam inovasi yang menjadi ciri yang membedakannya dengan yang lain.

2) *Compatibility* atau Kesesuaian

Inovasi sebaiknya memiliki sifat kompatibel sehingga sesuai dengan inovasi yang digantinya. Beberapa hal menjadi pertimbangan agar inovasi yang lama tidak serta merta dibuang begitu saja. Penyusunan inovasi yang baru tentunya membutuhkan biaya yang tidak sedikit dan juga waktu yang lama untuk proses transisi dari inovasi lama ke inovasi yang baru. Selain itu juga dapat memudahkan proses adaptasi dan proses pembelajaran terhadap inovasi itu secara lebih cepat.

3) *Complexity* atau Kerumitan

Dengan sifatnya yang baru, maka inovasi mempunyai tingkat kerumitan yang boleh jadi lebih tinggi dibandingkan dengan inovasi sebelumnya. Namun demikian, karena sebuah inovasi menawarkan cara yang lebih baru dan lebih baik, maka tingkat kerumitan ini pada umumnya tidak menjadi masalah penting.

4) *Triability* atau Kemungkinan dicoba

Inovasi hanya bisa diterima jika sudah diuji dan dibuktikan memiliki kelebihan dibandingkan dengan inovasi sebelumnya. Sehingga sebuah produk inovasi harus melalui fase “uji publik”,

dimana setiap orang atau pihak memiliki kesempatan untuk menguji kualitas dari sebuah inovasi.

5) *Observability* atau Kemudahan diamati

Sebuah inovasi harus juga dapat diamati dari segi bagaimana ia bekerja dan menghasilkan sesuatu yang lebih baik.

Dilihat dari segi prosesnya, inovasi juga dapat dibedakan dalam dua kategori, yaitu: 1) *Sustaining Innovation* (Inovasi berkelanjutan) merupakan proses inovasi yang membawa perubahan baru namun dengan tetap mendasarkan diri pada kondisi pelayanan dan system yang sedang berjalan atau produk produk yang sudah ada; 2) *Discontinues Innovation* (Inovasi terputus) merupakan proses inovasi yang membawa perubahan yang sama sekali baru dan tidak lagi berdasar pada kondisi yang sudah ada sebelumnya (Muluk, 2008).

c. Proses Inovasi

Proses keputusan inovasi adalah proses di mana seorang individu (atau unit pembuat keputusan lainnya) berpindah dari pengetahuan pertama tentang inovasi ke pembentukan sikap terhadap inovasi, ke keputusan untuk menerima atau menolak, ke implementasi dan penggunaan ide baru, dan untuk konfirmasi keputusan ini. Kami menyusun lima langkah utama dalam proses keputusan inovasi: 1) pengetahuan, (2) persuasi, (3) keputusan, (4) implementasi, dan (5) konfirmasi.

d. Konsekuensi Inovasi

Sebuah sistem sosial terlibat dalam konsekuensi inovasi karena beberapa perubahan ini terjadi pada tingkat sistem, selain yang mempengaruhi individu. Konsekuensi adalah perubahan yang terjadi pada individu atau sistem sosial sebagai akibat dari adopsi atau penolakan suatu inovasi. Tiga klasifikasi konsekuensi adalah:

1) Konsekuensi yang diinginkan versus konsekuensi yang tidak diinginkan.

Hal ini tergantung pada apakah efek inovasi dalam sistem sosial berfungsi atau tidak berfungsi.

2) Konsekuensi langsung versus tidak langsung

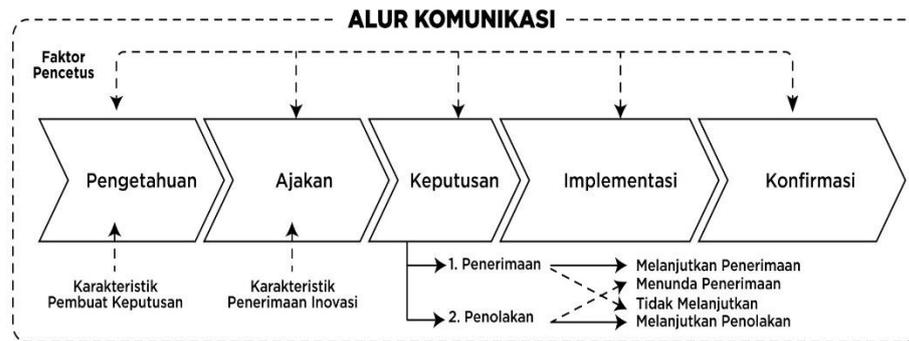
Perubahan pada individu atau sistem sosial terjadi sebagai respons langsung terhadap suatu inovasi atau sebagai akibat urutan kedua dari konsekuensi langsung suatu inovasi.

3) Konsekuensi yang diantisipasi versus tidak diantisipasi

Inovasi tersebut dapat diakui dan dimaksudkan oleh anggota suatu sistem sosial.

e. Model Proses Keputusan Inovasi

Model proses keputusan inovasi digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Model Proses Keputusan Inovasi

Model proses keputusan inovasi terdiri dari lima tahap:

- 1) Pengetahuan terjadi ketika seorang individu (atau unit pengambilan keputusan lainnya) dihadapkan pada keberadaan inovasi dan memperoleh pemahaman tentang bagaimana fungsinya.
- 2) Persuasi terjadi ketika seorang individu (atau unit pengambilan keputusan lainnya) membentuk sikap yang menguntungkan atau tidak menguntungkan terhadap inovasi.
- 3) Keputusan terjadi ketika seorang individu (atau unit pengambilan keputusan lainnya) terlibat dalam aktivitas yang mengarah pada pilihan untuk mengadopsi atau menolak inovasi.
- 4) Implementasi terjadi ketika seorang individu (atau unit pengambilan keputusan lainnya) menggunakan ide baru.
- 5) Konfirmasi terjadi ketika seorang individu mencari penguatan dari keputusan inovasi yang sudah dibuat, tetapi dia dapat membalikkan keputusan sebelumnya jika dihadapkan pada pesan yang bertentangan tentang inovasi.

C. Aspek Spiritual

1. Definisi Spiritualitas

Kata spiritual berasal dari akar bahasa Latin *spiritus* yang awalnya berarti "napas" dan merupakan salah satu dari banyak kata seperti *Psyche* (Yunani), *Atman* (Sansekerta), dan *Ruach* (Ibrani) yang menghubungkan napas dengan kehidupan. Salah satu dari banyak definisi semangat dalam Kamus Merriam-Webster (1974) adalah kekuatan yang memberi kehidupan, vital, menjiwai manusia dan juga kekuatan, keberanian, dan semangat yang mengisi kehidupan dengan energi (Delgado, 2005).

Delgado (2005) mengatakan spiritualitas adalah konsep luas yang melampaui batas-batas agama atau budaya. Ini telah digunakan dan disalahgunakan dalam banyak situasi yang membingungkan untuk arti umum, dan sekarang tampaknya memiliki definisi sebanyak orang mendefinisikannya. Beberapa peneliti perawat telah mendefinisikan spiritualitas dalam tulisan yang dibuat oleh Delgado (2005) diantaranya: Hungelmann *et al.*, (1996) mendefinisikannya sebagai mendefinisikannya sebagai "rasa keterhubungan yang harmonis antara diri sendiri, orang lain/alam, dan orang lain yang hakiki yang ada sepanjang dan melampaui ruang dan waktu". Burkhardt dan Nagai-Jacobson, (2002) menyatakan bahwa itu adalah esensi animasi yang melekat dari keberadaan yang melaluinya kita mengetahui dan

mengalami hubungan dengan semua kehidupan. Reed (1991) mengesampingkan definisi yang jelas tentang spiritualitas yang menyatakan bahwa spiritualitas merupakan bagian integral dari kesehatan sebagai sumber daya yang selalu ada. O'Brien (2003) menggambarkan spiritualitas sebagai keterlibatan penuh dalam kehidupan, dicatat oleh kesadaran dan perhatian pada metafisik, prinsip transenden dan pemersatu di alam semesta. Marcoen (1994) mengatakan secara umum mendefinisikan spiritualitas sebagai hubungan transenden dengan sesuatu yang lebih besar dari diri sendiri.

Spiritualitas menurut Milner-Williams dalam Perry and Potter, (2010) berarti kesadaran seseorang atas keadaan dirinya sendiri dan keterikatan terhadap suatu hal yang lebih tinggi, natural, dan hal yang lebih besar dari dirinya sendiri. Spiritualitas dihubungkan dengan unsur *intrapersonal* (keterhubungan dengan diri sendiri), *interpersonal* (keterhubungan dengan orang lain), dan *transpersonal* (yang tidak terlihat, Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi).

Dolatian *et al* (2017) dalam penelitiannya menyebutkan, di dunia saat ini, masalah spiritual dianggap sebagai elemen penting dalam kehidupan sehari-hari. Berdoa adalah manifestasi besar dari hubungan individu dengan Tuhan yang memungkinkan individu untuk berkomunikasi dengan Tuhan pada saat putus asa atau bahkan kebahagiaan dan dengan demikian mendapatkan kekuatan baru.

Kesejahteraan yang lebih tinggi membantu individu mengalami emosi positif melalui komunikasi yang efektif dengan orang lain dan dengan demikian mengevaluasi peristiwa dalam hidupnya dengan lebih baik.

Kurangnya perhatian pada dimensi spiritual kehidupan dan pengetahuan diri menghambat pertumbuhan dan aktualisasi diri pada manusia dan membahayakan kesehatan mentalnya. Spiritualitas dapat mengurangi stres dengan membiarkan individu merasa tenang, terkendali, mandiri, memiliki tujuan, dll (Dolatian *et al.*, 2017).

Aspek spiritualitas merupakan hal yang utama dari bagi kesehatan dan kesejahteraan seseorang. Spiritualitas dapat membangkitkan diri dalam mencapai tujuan dan makna hidup. Memiliki spiritualitas dalam diri berarti memiliki kepercayaan dalam hal kerohaniawan dan kejiwaan dalam diri seseorang (Hasan and Aliah, 2008).

Spiritualitas merupakan terjemahan dari kata *ruhaniyah*. *Ruhaniyah* itu sendiri secara kebahasaan berasal dari kata *Ruh*. Dalam Al-Quran disebutkan bahwa ruh manusia ditiupkan oleh Allah dalam rahim setelah terbentuknya fisik secara sempurna (Aman, 2013). Begitu pula yang disampaikan (Baharuddin, 2004) dalam konsep psikologi islami terdapat istilah *Al-Ruh* yang merupakan dimensi spiritualitas psikis manusia yang memiliki maksud sisi jiwa yang memiliki sifat-sifat ilahiyah (ketuhanan) dan memiliki daya untuk menarik dan mendorong dimensi-dimensi lainnya untuk mewujudkan sifat-sifat dalam dirinya.

Selama beberapa dekade terakhir, psikolog dan profesional kesehatan mental semakin tertarik pada spiritualitas dan pertumbuhan spiritual. Kemajuan dalam psikologi, di satu sisi, dan sifat dinamis dan kompleks masyarakat modern, di sisi lain, telah membuat kebutuhan spiritual umat manusia mengalahkan kebutuhan dan keinginan materialnya, sehingga membuat spiritualitas semakin penting (Dolatian *et al.*, 2017).

Beberapa penelitian telah melaporkan efek positif dari spiritualitas dalam mengurangi stres, terutama stres yang berkaitan dengan kehamilan. Lucero *et al.*, (2013) meneliti 178 wanita hamil pada trimester ketiga kehamilan mereka dan menemukan bahwa spiritualitas adalah prediktor kuat dari penurunan stres pada wanita dan pasangan mereka; Sebaliknya, kurangnya atau rendahnya tingkat spiritualitas menyebabkan stres, kecemasan, depresi, dan rendahnya komitmen pernikahan pada pasangan (Dolatian *et al.*, 2017; Lucero *et al.* 2013; Lucero 2010; Mann *et al.* 2010). Pengalaman pribadi yang bersifat vertikal dan horizontal dan dianggap bermakna berkaitan erat dengan aspek spiritualitas (Rosito, 2010)

Berdoa adalah manifestasi besar dari hubungan individu dengan Tuhan yang memungkinkan individu untuk berkomunikasi dengan Tuhan di saat putus asa atau bahkan kebahagiaan dan dengan demikian mendapatkan kekuatan baru (Dolatian *et al.*, 2017).

Dyson (1997) dalam Young (2007) menyebutkan bahwa terdapat tiga faktor yang memiliki hubungan dengan spiritualitas yakni: 1) Diri sendiri (Jiwa seseorang mengeksplor dan mendalami spiritualitas); 2) Sesama (hubungan dengan sesama dengan tingkat kepentingan yang sama dengan diri); 3) Tuhan (daya yang menyatukan, prinsip hidup atau hakikat hidup)

2. Spiritualitas Dalam Kehamilan

Seorang wanita dalam kehamilannya pasti mengalami berbagai macam perubahan, dimana perubahannya dapat meliputi berbagai aspek seperti biologis, psikologis, sosio-kultural, maupun spiritual (Wiknjosastro, 2009).

Aspek spiritualitas pada ibu hamil dapat diwujudkan dengan jalan mengingatkan kembali bahwa apa yang terjadi dalam hidup ini adalah kehendak Allah. Adaptasi spiritual bagi setiap individu dapat berbeda sesuai dengan agama dan keyakinan masing-masing.

Dalam Al-Quran ada beberapa ayat yang menceritakan tentang kehamilan (proses pembuahan, peniupan ruh, hingga persalinan). Fase awal adalah adalah pra embrionik yang disebutkan dalam Surat Al-Mu'minin: 12-13 yang berarti *"Sungguh telah kami ciptakan manusia dari saripati tanah liat; kemudian kami jadikan dia ari mani yang tersimpan di tempat yang kokoh terlindungi (yakni dalam rahim)* (Chomaria, 2014).

Pada fase berikutnya diceritakan tentang perkembangan janin dalam kandungan. Proses ini digambarkan jelas dalam Al-Qur'an surah Al Mu'minin pada setengah bagian pertama ayat 14: *"Kemudian air mani itu kami jadikan segumpal darah, lalu segumpal darah itu kami jadikan segumpal daging, dan segumpal daging itu kami jadikan tulang belulang...."*(Chomaria, 2014).

Fase ketiga adalah fase fetus yang dimulai sejak usia kandungan 2 bulan hingga siap dilahirkan. Dalam Al-Quran telah disebutkan dalam surah Al-Mu'minin pada setengah bagian terakhir ayat 14. *"Lalu tulang belulang itu kami bungkus dengan daging. Kemudian kami jadikan dia makhluk yang berbentuk lain. Maka Mahasucilah Allah, Pencipta terbaik."* (Chomaria, 2014)

Ibu hamil seringkali ingin terbebas dari rasa cemas, tegang, dan rasa waswas. Hal ini dapat diatasi dengan memanjatkan doa memohon kepada Allah agar diberikan ketenangan, kesejahteraan, dan keselamatan dalam kehamilan maupun proses persalinan (Wilson, 2005; Nahar, 2018).

Dalam keadaan hamil, wanita seringkali dihadapkan dengan perubahan-perubahan yang memerlukan adaptasi, sehingga mereka cenderung berusaha mendekatkan diri kepada Allah dengan harapan mendapatkan ketenangan, memohon kesehatan dirinya juga janin yang ada didalam kandungannya, terutama kesehatan spiritual.

Keyakinan dalam diri wanita yang sedang hamil didasari dengan adanya kebutuhan spiritual didukung dengan adanya faktor lain seperti perkembangan keluarga serta adat istiadat yang mungkin berlaku di lingkungannya (Ruslinawati, 2017).

3. Spiritualitas Dalam Persalinan

Mengutip dari Fatma Sylvana Dewi Harahap (2018):

"Merekonstruksi bangunan keseimbangan kesehatan dengan sinergitas fisik, psikis, dan spiritualitas perlu dilakukan melalui pendidikan dan pelayanan kebidanan".

Unsur spiritualitas merupakan kebutuhan dalam masa kehamilan dalam mengurangi kecemasan (Retnowati, 2011; Perwitaningrum, Prabandari and Sulistyarini, 2016; Suwondo, 2016), mengatasi rasa takut pada proses persalinan (Steven M Lucero *et al.*, 2013), membuat ibu dapat menyikapi persalinan dengan tepat (Carver and Ward, 2007), membuat ibu dapat memahami secara mendalam tentang kehamilan dan persalinan (Hall, 2013), mempercepat pemulihan (Benor, 1996), serta meminimalisir resiko depresi pasca persalinan (Dunn and Shelton, 2007; Mann *et al.*, 2008)

Menurut Darwanti, Handoyo dan Kamaludin (2007) bahwa stres baik fisik maupun psikis dapat diatasi dengan nilai-nilai spiritualitas yang diyakini oleh seseorang sehingga dapat memberikan kekuatan atau energi baik dalam dirinya.

a. Sumber dan Bentuk *Spiritual Support*

Bentuk support spiritual yang dibutuhkan oleh ibu hamil bisa didapatkan dari berbagai macam sumber. Sumber spiritual support bagi ibu hamil, bersalin hingga menyusui adalah suami, keluarga terdekat, tenaga kesehatan, rohaniawan, lingkungan serta Tuhan (Roff *et al.*, 2009).

a) Suami dan Anggota Keluarga Lain.

Dukungan keluarga bagi seorang wanita pada saat hamil dan bersalin merupakan unsur yang sangat penting dalam hubungan antar manusia dari sisi spiritualitas. Sedemikian pentingnya dukungan dari keluarga sehingga dapat memberikan suatu pengalaman yang baik selama perjalanan kehamilan maupun saat proses persalinan (Tursilowati and Sulistyorini, 2007)

b) Tenaga Kesehatan

Sebagai bentuk inovasi yang terintegrasi, kebanyakan rumah sakit di negara maju sudah menerapkan *support* spiritual dalam pelayanannya. Tidak hanya itu, layanan kunjungan rumah sebagai bentuk pelayanan yang bersifat *continue* diberikan para tenaga kesehatan berbagai profesi yang difasilitasi oleh rumah sakit berkaitan dengan adanya masalah kesehatan pasien ataupun keluarga. Tujuan dari pelayanan yang dilakukan adalah untuk mengetahui kebutuhan spiritual pada pasien, intervensi

yang tepat, dan sebagai bentuk dorongan pada pasien dan keluarga. Dukungan lain seperti mendatangkan rohaniawan dan juga pemanfaatan berbagai sumber untuk menghindari masalah kesehatan lanjutan merupakan bentuk *support* emosional yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (Roff *et al.*, 2009; Taylor, 2011)

c) Rohaniawan

Pemimpin rohani atau rohaniawan, memiliki peran penting dalam membina masyarakat serta menjadi acuan dan penengah dalam pemecahan suatu masalah (Roff *et al.*, 2009). Rohaniawan juga berperan dalam membantu proses penyembuhan dari sisi psikologis-sosial-spiritual pasien. Berbagai hasil penelitian mengatakan bahwa agama berperan dalam proses pemulihan (Hidayanti *et al.*, 2016).

d) Komunitas Keagamaan

Dalam tulisannya, Roff *et al.*, (2009) mengatakan bahwa komunitas keagamaan memiliki rasa solidaritas terhadap sesama dengan menunjukkan rasa simpati terhadap seseorang ataupun keluarga yang mengalami kesulitan. Hal yang dapat dilakukan adalah dengan mengunjungi dan memberikan dukungan psikologis maupun dukungan material. Berdasarkan dari beberapa penelitian, dukungan yang diberikan oleh

komunitas keagamaan dapat memberikan perasaan nyaman dan merasa diterima di masyarakat.

e) Tuhan

Tuhan ialah sumber utama pada sokongan spiritual. Sokongan dari Tuhan sebab senantiasa terdapat. Tuhan membagikan sokongan lewat 3 metode ialah selaku pemberi perdamaian serta pelindung, selaku pemberi dorongan hendak permasalahan yang dialami oleh orang, serta pula jadi alibi kenapa permasalahan tersebut terjalin. Bisa disimpulkan kalau lewat ketiga metode yang diberikan Tuhan, ada suatu arti serta karunia atas seluruh permasalahan yang dirasakan oleh seorang (Hawari, 2002; Roff *et al.*, 2009).

4. Model Spiritualitas dan Kesejahteraan Psikologis untuk Stres Khusus Kehamilan

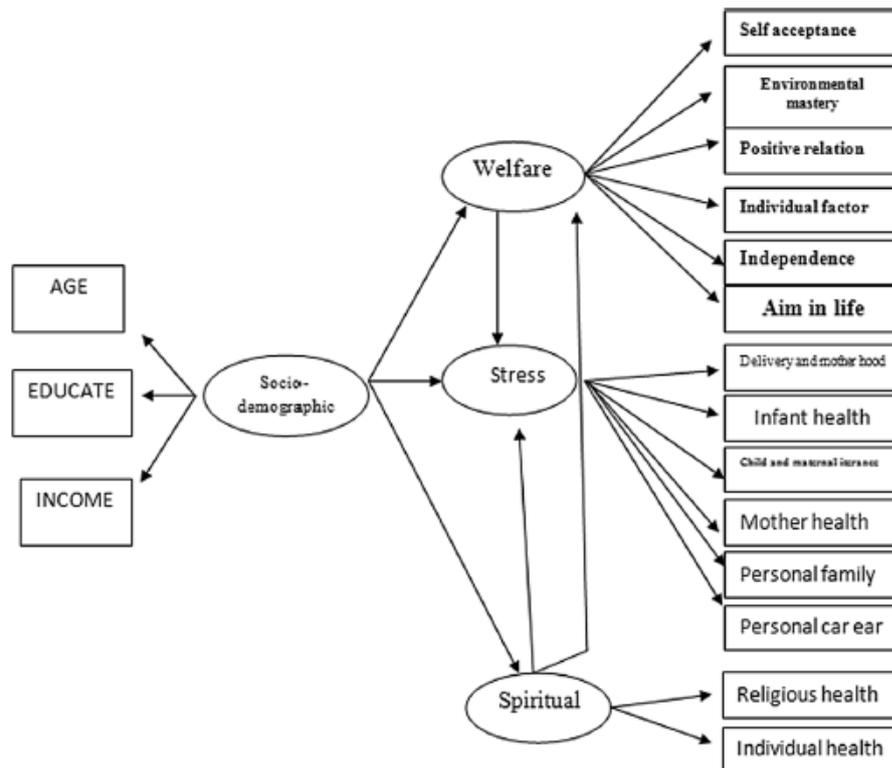


Fig. 1 Theoretical model for effects of socio-demographic, spiritual, welfare on stress during pregnancy

Gambar 2.3 Model Spiritualitas dan Kesejahteraan Psikologis untuk Stres Khusus Kehamilan

Penyusunan model yang dilakukan oleh Dolatian *et al* (2017). Terdiri dari tiga variabel manifes, termasuk pendapatan, tingkat pendidikan, dan usia, yang berkontribusi pada kualitas dan derajat variabel pribadi-sosial laten, dengan pendapatan yang menyumbang efek terbesar. indeks kecocokan model menunjukkan kompatibilitas tinggi model dan hubungan logis antara variabel berdasarkan model konseptual. Menurut model analisis jalur, spiritualitas memiliki efek positif keseluruhan terbesar pada stres khusus kehamilan.

5. Spiritual Care

Asuhan kebidanan yang dilaksanakan dengan menyeluruh pada saat kehamilan berakibat positif pada persalinan. Pengabaian terhadap aspek *spiritual* bisa menimbulkan klien menghadapi tekanan secara *spiritual*. Saat melakukan asuhan kebidanan yang menyeluruh, kebutuhan spiritual klien terpenuhi dengan melakukan pemberian spiritual care. Aspek menghormati, menghargai martabat serta pemberian asuhan dengan kasih sayang ialah bagian dari asuhan ini (Dolofu, 2019).

Spiritual Care Education of Health Care Professionals yang dipublikasikan oleh Donia Baldacchino (2015) menjelaskan pemberian *spiritual care*, tenaga kesehatan khususnya bidan memiliki peran dengan usaha memberikan pengenalan serta pemenuhan kebutuhan spiritual klien dengan memperhatikan penghargaan pada klien. Bidan memiliki peran memfasilitasi klien pada pelaksanaan kegiatan ritual keagamaan serta membangun komunikasi, memberikan perhatian, dukungan, menunjukkan empati, dan membantu klien untuk menemukan makna dan tujuan dari hidup, termasuk berkaitan dengan keadaan yang dihadapi klien. Spiritual care akan membuat ibu agar lebih bersyukur pada kehidupan sehingga memperoleh ketenangan dalam diri, dan strategi ditemukan untuk menghadapi rasa sakit ataupun ketidaknyamanan ibu pada masa kehamilan ataupun saat persalinan. *Spiritual care* juga dapat membantu klien untuk memperbaiki konsep diri bahwa keadaan sakit maupun ketidaknyamanan yang

dihadapi wujud lain dari kasih yang diberikan oleh Tuhan (Dolofu, 2019).

Perawatan spiritual sama pentingnya dengan perawatan fisik dalam merawat wanita, di fasilitas kesehatan ataupun di masyarakat. Perawatan ini sering diabaikan dan mengakibatkan praktisi diisolasi oleh anggota tim dan manajemen yang tidak percaya bahwa spiritualitas adalah bagian dari setiap manusia. Kurangnya perhatian terhadap topik spiritual dalam literatur kebidanan menunjukkan bahwa ada kebutuhan akan kesadaran spiritual untuk disikapi dalam pendidikan kebidanan. Sebuah pertanyaan tetap, apakah perawatan spiritual adalah sesuatu yang dapat diajarkan atau apakah itu sesuatu yang berkembang dalam diri individu. Namun, pelatihan dapat membantu kita untuk memikirkan tentang masalah-masalah ini dan mengeksplorasi konsep spiritualitas dan penerapannya dalam merawat wanita dan keluarga mereka (Gaskin, 2010b). Gaskin, 2010 berkata:

“Bidan harus terus berupaya untuk tetap welas asih, terbuka dan jelas dalam visinya, karena cinta dan kasih sayang dan visi spiritual adalah alat paling penting dalam perdagangannya. Bidan spiritual membawa kondisi kesadaran pada wanita yang memungkinkan transformasi energi fisik dengan kekuatan yang besar, keindahan yang luar biasa, dan kegunaan yang luar biasa”.

Penyertaan unsur spiritual kedalam praktik pelayanan kebidanan menjadi hal fundamental sehingga baik bidan, klien maupun pendamping dapat menjalankan proses kehamilan, persalinan,

hingga menyusui dengan penuh keyakinan, keikhlasan, dan rasa nyaman.

D. Pengetahuan

1. Pengertian

Notoatmodjo (2007) mendefinisikan pengetahuan sebagai bentuk dari hasil mengetahui setelah seseorang menerima informasi dari suatu objek tertentu, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasaan, dan perabaan. Mayoritas pengetahuan diperoleh dari indera penglihatan dan indera pendengaran. Pentingnya pengetahuan bagi seseorang adalah untuk dapat membangun karakter seseorang. Tingkah laku yang dilandasi pengetahuan akan lebih menetap dibandingkan dengan yang tidak.

2. Tingkat Pengetahuan dalam Domain Kognitif

Tingkatan pengetahuan dalam domain kognitif ada 6 yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu adalah level terendah dari pengetahuan. Kemampuan kognitif yang diharapkan hanya mengingat kembali sesuatu yang khusus dari suatu informasi atau rangsangan yang diberikan.

b. Memahami (*comprehension*)

Paham merupakan kompetensi seseorang untuk dapat mengulang kembali secara benar tentang informasi yang diterima sehingga dapat menjelaskan, memberi contoh, membuat kesimpulan, memprediksi, dan lainnya.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi adalah cara untuk memakai bahan yang sudah diketahui pada keadaan yang sesungguhnya. Contohnya bisa mengolah data penelitian dengan memakai rumus statistik.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis ialah mampu menjelaskan bahan atau informasi yang telah diterima dalam bentuk yang lebih rinci namun dalam satu rangkaian dan saling berhubungan satu dengan yang lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah dapat menyusun komponen-komponen yang telah diketahui menjadi suatu hal yang memiliki sifat kebaruan berdasarkan ide yang dimiliki oleh seseorang tersebut.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan yang dimiliki seseorang yang dapat melakukan penilaian pada suatu bahan atau informasi. Penilaiannya mempunyai indikator yang telah ditetapkan

sebelumnya baik oleh individu itu sendiri ataupun indikator yang telah dibakukan (Notoatmodjo, 2012).

3. Cara Memperoleh Pengetahuan

Wawan dan Dewi (2010) dalam bukunya mengatakan terdapat beberapa cara untuk memperoleh pengetahuan, diantaranya:

- a. Coba lalu salah (*Trial and error*)
- b. Cara kekuasaan atau otoritas
- c. Berdasarkan pengalaman pribadi
- d. Melalui jalan pikiran
- e. Cara modern atau cara ilmiah yang disebut metode penelitian ilmiah

4. Cara Pengukuran Pengetahuan

Mengukur pengetahuan bisa dicoba dengan wawancara ataupun kuesioner yang mengandung pertanyaan tentang variabel yang akan diukur kepada responden atau sasaran penelitian. Kedalaman pengetahuan yang mau dikenal bisa disesuaikan dengan tingkatan pengetahuan itu sendiri. Data kualitatif ditafsirkan dalam bentuk verbal, sebaliknya data kuantitatif bersifat numerik. Hasil ukur bisa diolah dengan metode dijumlahkan kemudian dibanding dengan jumlah yang diharapkan serta diperoleh persentase. Hasil yang sudah

dipersentasekan kemudian ditafsirkan kedalam kalimat kualitatif (Arikunto, 2006; Notoatmodjo, 2012).

- a Kategori baik yakni jawaban benar antara 76%-100%
- b Kategori cukup yakni jawaban benar antara 56%-75%
- c Kategori kurang yakni jawaban benar antara <56%

5. Pengetahuan Tentang Kehamilan Dan Persalinan

Angka kematian dan kesakitan ibu ditentukan dari pengetahuan dan kesadaran yang dimiliki oleh keluarga dan masyarakat tentang kesehatan ibu hamil disamping hal-hal penting lainnya yang perlu diperhatikan dalam menangani masalah tersebut (Utami *et al.*, 2019)

Resiko yang mungkin terjadi selama masa hamil dan bersalin seperti kecemasan, proses bersalin yang berlangsung lama, dan lain-lain dapat dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki ibu yang mengandung serta pasangannya. Selain itu, kecemasan dipengaruhi juga oleh sikap, kepercayaan, adat istiadat, riwayat sebelumnya dari seseorang atau masyarakat yang bersangkutan. Rasa cemas menghadapi persalinan yang lama atau khawatir jika bayinya akan lahir cacat juga bisa berpengaruh terhadap kecemasan ibu hamil (Irianti dan Herlina, 2009; Hernanto, 2016)

a. Kelas kehamilan

Kelas kehamilan yaitu tempat untuk proses pendidikan para ibu hamil. Menurut Depkes RI (2004), sesuatu kesuksesan pelatihan/pendidikan terlihat pada masukan, proses, luaran, akibat, evaluasi serta wilayah. Kelas kehamilan juga diartikan fasilitas belajar bersama bagi ibu tentang kesehatan khususnya selama menjalani proses kehamilan dan persalinan, nifas bahkan sampai perawatan Bayi serta penggunaan KB, kelas dilaksanakan dengan tatap muka pada kelompok sehingga dapat meningkatkan pengetahuan serta keahlian ibu (Depkes, 2011; Fibriana and Azinar, 2016).

Dalam penelitian yang dilakukan Fibriana dan Azinar (2016) didapatkan bahwa kelas kehamilan ini dilakukan secara rutin dapat: 1) meningkatkan pengetahuan para ibu hamil, 2) membuat sikap lebih baik para ibu hamil, 3) membuat ibu hamil dapat berperan lebih baik pada tatalaksana praktik pencegahan risiko serta komplikasi kehamilan, 4) Para ibu hamil menjadi lebih rutin dan rajin melakukan kunjungan ANC perbulan ke bidan diwilayahnya.

b. Pengetahuan tentang persalinan normal

Keterbatasan pengetahuan tentang persalinan normal membatasi ibu hamil dan juga tenaga kesehatan untuk melaksanakan asuhan yang tepat. Persalinan normal adalah

proses yang kompleks melebihi sekadar tindakan mekanis sederhana yang digambarkan oleh buku teks yang menggambarkan *power*, *passanger*, dan *passage*. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa persalinan normal dapat terganggu jika terjadi pada lingkungan yang tidak bersahabat. (Foureur, 2008).

Penelitian yang dilakukan Cheung et al (2011) menemukan bahwa pendekatan perawatan 'dua-ke-satu' dikembangkan sebagian dari ketidakpastian asli bidan MNBU tentang peran mereka relatif terhadap pendamping persalinan. Ketidakpastian ini dikaitkan dengan kebaruan konsep pendamping kelahiran di Tiongkok. Untuk beberapa bidan, ketidakpastian ini mengarah pada asumsi bahwa dia akan menjadi mubazir atau, setidaknya, berlebihan. Ketika bidan menyadari bahwa asumsi mereka salah, mereka dengan cepat belajar untuk mendorong pendamping persalinan untuk menjalankan peran yang pada dasarnya aktif, dan bidan berhenti memberikan semua perawatan 'langsung' untuk wanita dalam persalinan. Sebaliknya, peran bidan menjadi semakin mendidik dan mendukung wanita dan pendamping persalinan.

c. Pengetahuan tentang persalinan *caesar*

Berbagai penelitian menemukan bahwa wanita lebih mungkin menjalani operasi *caesar* jika mereka menerima perawatan pribadi,

memiliki akses terbatas ke bidan sebagai pengasuh utama dan / atau pernah mengalami operasi *caesar* sebelumnya (Murray and Elston, 2005; Laws, Li and Sullivan, 2007; Fenwick *et al.*, 2010; Fernandes *et al.*, 2020). Sistem perawatan kesehatan maternitas Brasil sebagian besar bersifat intervensionis, sebuah contoh dari pendekatan “terlalu banyak, terlalu cepat” di mana persalinan dan persalinan dianggap sebagai peristiwa medis daripada proses fisiologis normal dengan konteks sosial dan budayanya sendiri. Tingkat operasi *caesar* Brasil adalah 55,7% pada tahun 2017 (Reiter *et al.*, 2018; Fernandes *et al.*, 2020)

E. Pengambilan Keputusan

1. Definisi

Morgan, Cerullo dan Michael (1984) memberikan definisi sebagai berikut:

“a desicion is a conclusion reached after consederation, it occurs when one option is selected, to the exclusion of other” (suatu keputusan adalah sebuah kesimpulan yang dipakai sesudah dilakukan pertimbangan, yang terjadi setelah satu kemungkinan dipilih sambil menyampingkan yang lain).

Menurut Stoner (1968) dalam Stiff and Mongeau (2016) pengambilan keputusan adalah proses yang digunakan untuk memilih suatu tindakan sebagai cara pemecahan masalah. Pengambilan keputusan sebagai kelanjutan dari cara pemecahan

masalah memiliki fungsi sebagai pangkal atau permulaan dari semua aktivitas manusia yang sadar dan terarah secara individual dan secara kelompok baik secara institusional maupun secara organisasional. Di samping itu, fungsi pengambilan keputusan merupakan sesuatu yang bersifat futuristik, artinya bersangkutan paut dengan hari depan, masa yang akan datang, dimana efek atau pengaruhnya berlangsung cukup lama.

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa pengambilan keputusan itu adalah suatu cara yang digunakan untuk memberikan suatu pendapat yang dapat menyelesaikan suatu masalah dengan cara / tehnik tertentu agar dapat lebih diterima oleh semua pihak.

2. Pengambilan Keputusan Dalam Pelayanan Kebidanan

Pengambilan keputusan bersama dianggap sebagai landasan perawatan yang berpusat pada orang dan dikaitkan dengan peningkatan hasil kesehatan bahkan ketika pasien memilih untuk tidak berpartisipasi dalam pengambilan keputusan (Reis et al, 2012; Vedam *et al.*, 2017). Baker et al (2005) melaporkan bahwa wanita merasa diperlakukan seperti anak-anak, diintimidasi oleh penyedia layanan, memiliki sedikit kendali atas proses pengambilan keputusan, tidak menerima informasi yang cukup tentang pilihan yang berbeda, dan menerima intervensi. yang bertentangan dengan preferensi mereka. Wanita memiliki keinginan untuk mendapat

informasi yang lebih baik tentang mengapa prosedur tertentu diperlukan dan apa hasilnya.

3. Faktor Pendukung Pengambilan Keputusan

a. Pendidikan

Pendidikan merupakan kebutuhan dasar bagi seorang manusia untuk mendapatkan ilmu dimana prosesnya akan terus berlangsung seumur hidup. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin mudah untuk menerima informasi atau ilmu yang baru.

Pendidikan merupakan suatu usaha tiap individu untuk memperoleh ilmu dan mengembangkan potensi yang dimilikinya. Pendidikan sangat berkaitan dengan pengetahuan tentang masalah kesehatan termasuk kehamilan. Ibu hamil yang tingkat pendidikannya tinggi akan mendapatkan informasi yang cukup mengenai kesehatan/kehamilannya.

Pendidikan tinggi merupakan indikator seseorang memiliki pengetahuan dalam berbagai bidang ilmu. Salah satunya adalah tentang kesehatan. Orang dengan pendidikan tinggi dengan pengetahuan kesehatan yang memadai diharapkan mampu melakukan pencegahan penyakit dan menerapkan pola hidup sehat dengan lebih baik dibandingkan dengan yang memiliki pengetahuan lebih rendah.

Berdasarkan UU No. 22 Tahun 2003, pendidikan dibedakan menjadi pendidikan formal dan informal. Pendidikan formal dikategorikan menjadi tiga tingkatan, yaitu tingkat dasar, menengah, dan tinggi (Keppres, 2003)

Tabel 2.1 Klasifikasi Tingkat Pendidikan

Jenjang pendidikan	Bentuk pendidikan
Pendidikan dasar	SD, SMP/ sederajat
Pendidikan menengah	SMA/ sederajat
Pendidikan tinggi	Diploma, Sarjana, Magister, Doktor/sederajat

Sumber : (Keppres, 2003)

b. Pekerjaan

Pengalaman bekerja dapat menjadi pembelajaran sehingga seseorang dapat bertambah ilmu pengetahuan dan keterampilan sehingga mampu mengambil keputusan.

c. Umur

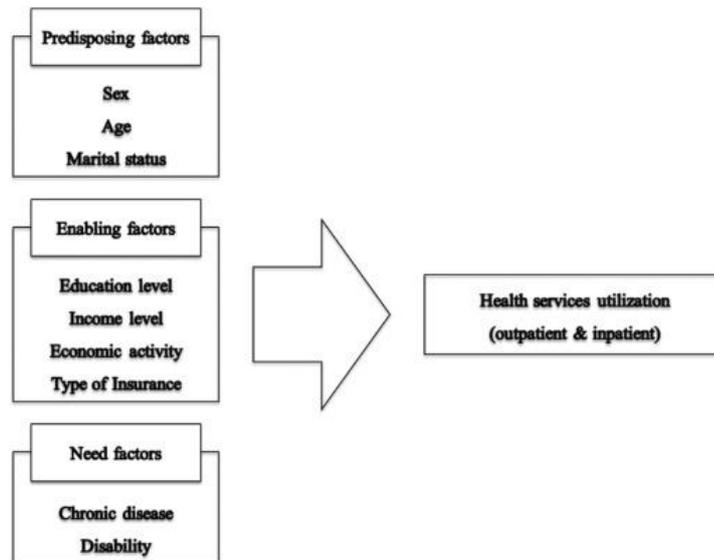
Umur yang bertambah dapat menjadikan seseorang lebih bijaksana seiring dengan banyaknya pengalaman sehingga bertambah pengetahuan yang didapatkan. Usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan) (Hoetomo, 2005). Sedangkan usia ibu hamil adalah usia ibu yang diperoleh saat menjadi responden melalui pengisian kuesioner.

Berdasarkan RISKESDAS (2013), masih didapatkan kehamilan pada usia sangat muda (<15 tahun), meskipun dengan proporsi yang sangat kecil (0,02%). Pembagian usia ibu menurut SDKI (2012) < 20 tahun, 20-29 tahun, 30-39 tahun, dan 40-49 tahun (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Kemenkes RI dalam PMK REPUBLIK INDONESIA NOMOR 97 TAHUN 2014 menyatakan bahwa kehamilan yang terbaik dan risiko paling rendah risikonya adalah antara 20 – 35 tahun. Kehamilan remaja berdampak negatif pada kesehatan remaja dan bayinya, juga berdampak sosial dan ekonomi. Kehamilan pada usia muda atau remaja antara lain beresiko kelahiran prematur, berat badan bayi lahir rendah (BBLR), perdarahan persalinan, yang dapat meningkatkan kematian ibu dan bayi. Kehamilan pada remaja juga berkaitan dengan kehamilan yang tidak dikehendaki dan aborsi tidak aman (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Ibu muda mungkin lebih cenderung memberikan tanggal yang tidak tepat untuk periode menstruasi terakhir daripada yang lebih tua sebagai perkiraan usia kehamilan yang sedang berlangsung (Lee *et al.*, 1988).

4. Model Anderson (*Health Service Utilization*)



Gambar 2.4 Model Anderson (*Health Service Utilization*)

Penelitian yang dilakukan Anderson (1973) mencoba untuk mengembangkan model perilaku pemanfaatan layanan kesehatan yang lebih umum dengan memasukkan unsur-unsur dari semua penelitian yang dikutip di atas. Pilihan di antara layanan kesehatan alternatif setelah seseorang memutuskan untuk mencari bantuan profesional dianggap dipengaruhi oleh penilaiannya sendiri atas kecukupan perawatan yang diberikan oleh berbagai penyedia layanan kesehatan.

Penilaian juga dipandang dipengaruhi oleh persepsi individu tentang penilaian teman-temannya tentang kecukupan relatif dari layanan alternatif. Faktor penting lainnya dalam model umum pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah persepsi individu tentang

gejala medis dan orientasinya terhadap tindakan. Kebutuhan jelas merupakan faktor lain yang harus dimasukkan dalam model perilaku apa pun yang mencoba menjelaskan perbedaan penggunaan layanan kesehatan (Anderson, 1973).

Model yang disusun menghubungkan keputusan mengenai pilihan layanan kesehatan alternatif untuk faktor-faktor yang ada dalam model. Model ini merupakan seperangkat persamaan yang saling bergantung yang memperhitungkan variasi nilai satu set variabel endogen dalam hal variasi nilai satu set variabel eksogen. Model membuat eksplisit hubungan timbal balik di antara faktor-faktor ini dan urutan sebab-akibatnya (Anderson, 1973).

F. Layanan Kesehatan Primer

1. Definisi

Pelayanan kesehatan umumnya dibagi dalam dua kelompok, yaitu: Layanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*), Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (*Secondary and Tertiary Health Care*). Layanan Kesehatan Primer ialah layanan kesehatan paling awal dimana masyarakat mendapatkan layanan pertama kali pada saat mengalami masalah Kesehatan maupun kecelakaan (Juanita, 2002).

Pelayanan kesehatan masyarakat memiliki prinsip utama pada pelayanan kesehatan promotif serta preventif. Pelayanan promotif untuk meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik

sedangkan pelayanan preventif untuk mencegah agar masyarakat tidak jatuh sakit sehingga terhindar dari penyakit. Oleh karena itu pelayanan kesehatan masyarakat tidak selalu tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, namun terpenting ialah pencegahan (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif) (Juanita, 2002).

Pelayanan Kesehatan Dasar (*Primary Health Care*) merupakan layanan kesehatan pokok yang diselenggarakan bersumber pada tata cara serta teknologi instan, cocok dengan asas ilmu pengetahuan dan dapat diterima oleh masyarakat, dapat dicapai oleh individu serta keluarga dalam masyarakat melalui peran aktif secara menyeluruh dengan anggaran baik dari masyarakat maupun negara untuk memelihara tiap sesi perkembangan dan didukung oleh semangat kemandirian.

Layanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*) identik dengan pelayanan kesehatan dasar (*Basic Health Care*): 1) Pelayanan kesehatan dasar individu; 2) Pelayanan kesehatan dasar masyarakat (WHO, 1978).

2. Tujuan PHC menurut Sulaeman (2016)

a. Tujuan umum

Menciptakan serta mengidentifikasi kebutuhan masyarakat pada layanan kesehatan yang dibutuhkan dan dilaksanakan, maka tercapailah rasa puas masyarakat setelah mendapatkan layanan.

b. Tujuan khusus pelayanan Kesehatan yakni:

- 1) Wajib menggapai totalitas penduduk yang dilayani
- 2) Wajib bisa diterima oleh penduduk yang dilayani
- 3) Wajib bersumber pada kebutuhan penduduk yang dilayani
- 4) Wajib Optimal dengan memakai tenaga dan sumber daya yang sesuai

3. Prinsip Layanan Kesehatan Primer (Depkes RI, 2001; Sulaeman, 2016)

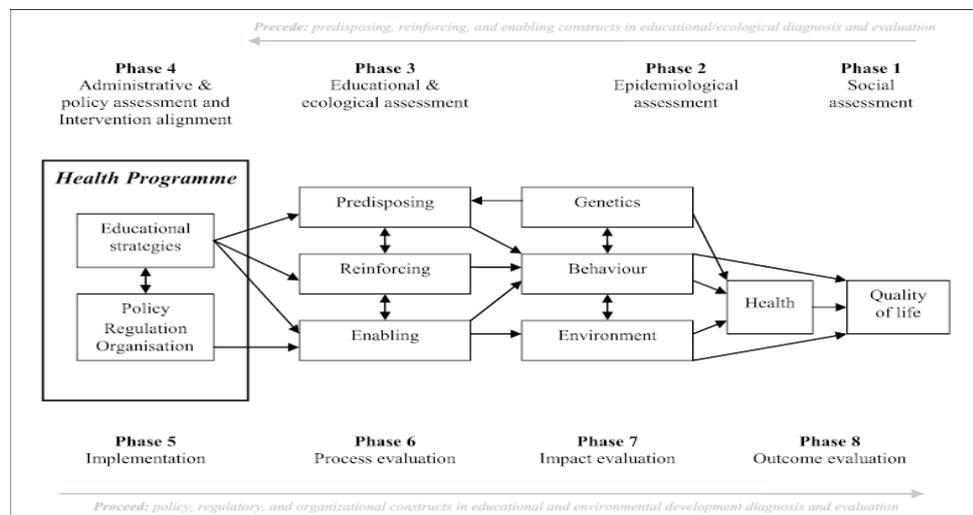
- a. Memberikan pembelajaran tentang problematika kesehatan serta cara pencegahan dan penanganannya
- b. Memperbaiki dan meningkatkan gizi masyarakat
- c. menyediakan air bersih serta sanitasi dasar yang cukup
- d. memberikan layanan kesehatan ibu dan anak meliputi keluarga berencana
- e. memberikan Imunisasi pada penyakit infeksi utama

- f. melakukan Pencegahan serta penanganan penyakit *endemic*
- g. melakukan penyembuhan yang tepat pada penyakit umum serta ruda paksa
- h. Penyediaan obat-obat esensial

4. Ciri-ciri Layanan Kesehatan Primer

Ciri-ciri Layanan Kesehatan Primer menurut Sulaeman (2016) antara lain yaitu utama dan dekat dengan masyarakat; menyeluruh dan komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif); terorganisasi; mementingkan individu maupun masyarakat; berorientasi kepada keluarga; berkesinambungan; progresif; tidak berpandangan pada salah satu aspek saja.

5. Model PRECEDE-PROCEED



Gambar 2.5 Model PRECEDE-PROCEED

Model PRECEDE-PROCEED adalah struktur komprehensif untuk menilai kebutuhan kesehatan untuk merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi promosi kesehatan dan program kesehatan masyarakat lainnya untuk memenuhi kebutuhan tersebut. PRECEDE menyediakan struktur untuk merencanakan program kesehatan masyarakat yang ditargetkan dan terfokus. PROCEED menyediakan struktur untuk melaksanakan dan mengevaluasi program kesehatan masyarakat. PRECEDE adalah singkatan dari Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation. Ini melibatkan penilaian faktor-faktor komunitas berikut:

- a. Penilaian sosial: Menentukan masalah dan kebutuhan sosial dari populasi tertentu dan mengidentifikasi hasil yang diinginkan.
- b. Penilaian epidemiologi: Mengidentifikasi faktor penentu kesehatan dari masalah yang diidentifikasi dan menetapkan prioritas dan tujuan.
- c. Penilaian ekologis: Menganalisis determinan perilaku dan lingkungan yang mempengaruhi, memperkuat, dan memungkinkan perilaku dan gaya hidup untuk diidentifikasi.
- d. Mengidentifikasi faktor administratif dan kebijakan yang mempengaruhi implementasi dan mencocokkan intervensi yang tepat yang mendorong perubahan yang diinginkan dan diharapkan.
- e. Implementasi intervensi.

PROCEED adalah singkatan dari Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Education and Environmental Development. Ini melibatkan identifikasi hasil yang diinginkan dan implementasi program:

- a. Implementasi: Merancang intervensi, menilai ketersediaan sumber daya, dan mengimplementasikan program.
- b. Evaluasi Proses: Menentukan apakah program mencapai populasi yang ditargetkan dan mencapai tujuan yang diinginkan.
- c. Evaluasi Dampak: Mengevaluasi perubahan perilaku.
- d. Evaluasi Hasil: Identifikasi apakah ada penurunan insiden atau prevalensi perilaku negatif yang teridentifikasi atau peningkatan perilaku positif yang teridentifikasi.
- e. Pertimbangan Implementasi

Model PRECEDE-PROCEED menyediakan struktur yang mendukung perencanaan dan pelaksanaan program promosi kesehatan atau pencegahan penyakit. Model ini telah bekerja dengan baik untuk banyak topik promosi kesehatan, dan dapat secara efektif mendukung intervensi satu kali atau program jangka panjang. Seperti Model Kesiapan Komunitas, PRECEDE-PROCEED mengundang partisipasi dari anggota komunitas dan berpotensi meningkatkan kepemilikan komunitas terhadap program. Saat menentukan apakah akan menggunakan PRECEDE-PROCEED sebagai model untuk program promosi kesehatan atau pencegahan penyakit, penting untuk

mempertimbangkan apakah semua bagian dari model tersebut sesuai untuk program dan sumber daya yang tersedia untuk mendukung implementasi. Penting juga untuk diingat bahwa komponen rencana dapat disesuaikan dari waktu ke waktu, sesuai kebutuhan.

6. FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)

a. Pengertian FKTP

Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non-spesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah fasilitas kesehatan yang berperan sebagai gatekeeper. Petugas kesehatan di FKTP mampu menangani 144 diagnosa penyakit yang diderita peserta JKN-KIS (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

b. Jenis FKTP

Menurut Menkes RI (2016) Fasilitas Kesehatan Fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah:

- 1) Rawat Jalan Tingkat Pertama
- 2) Puskesmas atau yang setara
- 3) Praktik dokter
- 4) Praktik dokter gigi
- 5) Klinik Pratama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/ POLRI:
- 6) Rumah sakit Kelas D Pratama atau yang setara
- 7) Rawat Inap Tingkat Pertama Fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan fasilitas rawat inap.

c. Cakupan Pelayanan

- 1) Rawat Jalan Tingkat Pertama
- 2) Pelayanan promotif preventif, meliputi:
 - a) Kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan
 - b) Imunisasi dasar
 - c) Keluarga berencana

- d) Skrining Kesehatan
- e) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- f) Tindakan medis non-spesialistik, baik operatif maupun non-operatif
- g) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- h) Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
- i) Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui dan bayi
- j) Upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi termasuk penanganan komplikasi KB paska persalinan
- k) Rehabilitasi medik dasar.
- l) Pelayanan Gigi
- m)Administrasi pelayanan,
- n) Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- o) Premedikasi
- p) Kegawatdaruratan oro-dental
- q) Pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)
- r) Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit
- s) Obat pasca ekstraksi

- t) Tumpatan komposit/GIC
- u) Skeling gigi (1x dalam setahun)
- v) Rawat Inap Tingkat Pertama Cakupan pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai dengan cakupan pelayanan rawat jalan tingkat pertama dengan tambahan akomodasi bagi pasien sesuai indikasi medis.
- w) Pelayanan darah sesuai indikasi medis

Pelayanan transfusi darah di fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan pada kasus:

- (1) Kegawatdaruratan maternal dalam proses persalinan
- (2) Kegawatdaruratan lain untuk kepentingan keselamatan pasien
- (3) Penyakit thalasemia, hemofilia dan penyakit lain setelah mendapat rekomendasi dari dokter Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan

Jumlah FKTP yang telah bekerjasama dengan JKN-BPJS dari tahun ke tahun mengalami kenaikan. Tahun 2014 - 18.437 fasilitas kesehatan, tahun 2015 19.969 fasilitas kesehatan, tahun 2016 – 20.708 fasilitas kesehatan, tahun 2017 21.763 fasilitas kesehatan dan tahun 2018 sebanyak 2.455 Fasilitas Kesehatan. Untuk FKTP di Provinsi Banten yang telah bekerjasama dengan BPJS 680

Fasilitas Kesehatan, terdiri dari: 13 Praktek dokter perorangan, 14 Klinik Polri, 401 Klinik Pratama, 7 Klinik TNI, 242 Puskesmas, 3 Praktek gigi perorangan. Adapun jumlah FKTP di kota Tangerang berjumlah 103 fasilitas kesehatan, 28 klinik diantaranya memiliki bidan jejaring untuk melakukan pelayanan KIA.

Dasar Hukum pelaksanaan JKN diantaranya ; Undang Undang No.40 Tahun 2014 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Undang undang No.24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Perpres No.82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan perubahannya, Permenkes 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada JKN, Permenkes No.28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN, Permenkes 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan dan Perubahannya.

7. Midwifery Service

Midwifery service atau pelayanan kebidanan merupakan bagian yang melekat pada sistem Layanan kesehatan dilaksanakan oleh seorang bidan yang teregistrasi, Bidan melakukan pelayanan secara mandiri, kolaborasi ataupun rujukan. Target Layanan kebidanan ialah individu, keluarga, serta masyarakat meliputi upaya pencegahan, penyembuhan, pemulihan serta peningkatan. Menurut Astuti (2016),

Pelayanan kebidanan yang dilakukan pada layanan Kesehatan primer adalah ANC.

a. “A”ntenatal Care

1) Definisi

Pemeriksaan antenatal (ante: sebelum; natal: kelahiran) merupakan suatu metode pemeriksaan yang dilakukan terhadap ibu hamil. Pemeriksaan ini mempunyai tujuan untuk menghindari kemungkinan kurang baik sepanjang proses kehamilan. Selain itu, untuk memastikan jika kemungkinan buruk tersebut terjadi dapat dilakukan upaya pencegahan sedini mungkin sebelum hal lain yang lebih buruk dan mengancam jiwa. Pemeriksaan antenatal juga bertujuan untuk mengupayakan kehamilan yang sehat dan persiapan bersalin yang aman (Azhar, 2013)

2) Tujuan

Tujuan ANC menurut Wagiyono *et al.* (2016) yakni:

- a) Pemantauan kemajuan kehamilan sehingga kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin terkontrol.
- b) Peningkatan dan menjaga pertahanan kesehatan raga, mental, serta sosial ibu dan janin yang dikandung.
- c) Mengidentifikasi secara dini apabila terdapat komplikasi atau ketidak normalan yang dapat terjalin selama hamil, yang didalamnya terdapat riwayat obstetric, penyakit secara umum maupun operasi.

- d) Menjadikan ibu agar siap pada masa nifas berjalan normal serta saat pemberian ASI Eksklusif.
- e) Membuat ibu dan keluarga siap berperan pada proses menerima kelahiran bayi sehingga dapat tumbuh dan berkembang lebih optimal.

3) Jadwal ANC

Menurut WHO dan Depkes RI 2015, kunjungan ANC sebaiknya dilakukan 4 kali selama kehamilan:

- a) Satu kali pada trimester pertama (K1) dengan usia kehamilan 1-12 minggu untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan, perencanaan persalinan dan pelayanan kesehatan trimester pertama.
- b) Satu kali pada trimester kedua (K2) dengan usia kehamilan 13-24 minggu untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar selama satu periode berlangsung.
- c) Dua kali pada trimester ketiga (K3 & K4) dengan usia kehamilan >24 minggu untuk mendapatkan rencana persalinan dan mengenali tanda-tanda persalinan.
- d) Pemeriksaan pertama sebaiknya dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid dan pemeriksaan khusus dilakukan jika terdapat keluhan-keluhan tertentu.

4) Standar Pelayanan ANC 14 T

Standar Pelayanan ANC terdapat 14 T menurut (Prawirohardjo, 2007), yaitu : Pengukuran Tinggi dan Berat Badan (T1); Pengukuran Tekanan Darah (T2); Pengukuran tinggi fundus uteri (T3); Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4); Pemberian imunisasi TT (T5); Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*) (T6); Perawatan Payudara (T7); Pelaksanaan Senam Hamil (T8); Pemberian Obat Malaria (T9); Pemberian Kapsul Minyak Yodim (T10); Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLa) (T11); Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (T12); Pemeriksaan Laboratorium (rutin dan khusus: golongan darah; Hemoglobin; Protein dalam urine; Kadar gula dalam darah; darah malaria; tes *syphilis*; HIV) (T13); tatalaksana/penanganan kasus (T14).

Standar pelayanan tersebut diterapkan pada sebagian besar fasilitas Kesehatan pertama baik Praktik Mandiri Bidan, puskesmas maupun klinik pratama. Fokus layanan yang diberikan lebih ke arah keluhan fisik maupun hasil dari pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, sehingga untuk aspek psikologis ibu hamil kurang mendapatkan sentuhan. Walaupun pada pelaksanaannya tenaga Kesehatan khususnya bidan itu sendiri selalu memberikan layanan berupa konseling untuk psikologis ibu hamil tetapi tidak terstandar.

Pelayanan Kebidanan merupakan bentuk pelayanan yang melibatkan unsur berupa:

b. Komunikasi

1) Definisi

Dalam kehidupan sehari-hari kita tidak pernah luput dari kata komunikasi. Secara umum, komunikasi dapat diartikan sebagai proses pengutaraan pesan kepada pihak lain. Kata kunci dalam komunikasi adalah pesan itu sendiri. Dari pesan itulah, proses komunikasi dilakukan. Komunikasi dapat berlangsung karena ada amanat yang ingin atau harus diberikan kepada individu lain. Amanat di sini tidak hanya berupa informasi, akan tetapi juga simbol atau lambang. Simbol adalah hal yang dapat dimanfaatkan untuk menunjuk sesuatu lainnya, berdasarkan persetujuan sekelompok individu. Simbol dapat berupa kata-kata (pesan verbal), perilaku nonverbal, dan objek yang maknanya disetujui bersama. Kemampuan daya manusia dalam menggunakan simbol memungkinkan perkembangan bahasa dan menangani hubungan antara manusia dan objek (baik nyata maupun abstrak) tanpa keberadaan individu dan objek tersebut. Oleh karena itu, komunikasi juga disebut dengan proses simbolik (Mulyana, 2005).

Menurut Taufik (2010) Komunikasi merupakan sesuatu proses pemberian makna maupun pertukaran data antara dua

orang atau lebih serta lingkungannya dengan melalui symbol, tanda atau Tindakan universal, umumnya terjalin dua arah.

Menurut (Liliweri, 2010), komunikasi merupakan pengalihan sesuatu pesan dari pemberi pesan sebagai sumber kepada penerima agar dapat dimengerti. Proses komunikasi umumnya mengaitkan 2 pihak, yang berhubungan dengan aturan yang disetujui bersama.

Komunikasi kesehatan ialah sebuah bagian dari komunikasi antar manusia yang mempunyai fokus bagaimana seseorang manusia dalam sesuatu kelompok untuk menghadapi isu yang terkait dengan kesehatan dan berusaha dalam memelihara kesehatannya (Notoatmodjo, 2012; Northouse, 2021). Paling penting dalam komunikasi kesehatan ialah terjadinya transaksi yang khusus yang memiliki hubungan dengan isu kesehatan serta faktor yang pengaruhi transaksi. Pertukaran yang berjalan antar tenaga kesehatan, antara tenaga kesehatan dengan klien dan antara klien dengan keluarganya ialah fokus utama pada komunikasi kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (2007), komunikasi kesehatan merupakan suatu usaha untuk mempengaruhi secara baik kondisi kesehatan manusia, dengan menggunakan berbagai prinsip dan cara komunikasi, baik itu dengan komunikasi *interpersonal*, maupun komunikasi massa. Komunikasi

kesehatan dapat berupa informasi mengenai pencegahan penyakit, promosi kesehatan, kebijakan dan kebijaksanaan pemeliharaan kesehatan, ordinası bisnis dalam pelayanan kesehatan, yang mana barangkali dapat mengubah dan memperbaiki kualitas masyarakat dalam suatu komunitas atau individu dengan meninjau aspek ilmu pengetahuan dan etika (Maxfield, 2004).

Suatu usaha sistematis yang dapat mempengaruhi positif baik perilaku kesehatan seorang manusia serta kumpulan masyarakat, yang menggunakan bermacam-macam prinsip serta metode komunikasi secara komunikasi interpersonal ataupun komunikasi massa merupakan pengertian dari komunikasi kesehatan. Hal ini juga dipahami sebagai pembelajaran mengenai bagaimana teknik yang digunakan pada strategi komunikasi sehingga penyebaran informasi kesehatan bisa memberikan pengaruh manusia itu sendiri serta kelompok dengan hasil akhir yang diinginkan ialah pembuatan keputusan yang tepat terkait pengelolaan Kesehatan (Liliweri, 2010).

Dalam dunia kesehatan, komunikasi memiliki peran dalam memberikan layanan dan promosi kesehatan. Penelitian ekstensif menunjukkan bahwa tidak peduli seberapa mahir seorang tenaga kesehatan, jika dia tidak mampu membuka

komunikasi yang baik dengan klien maka ia tidak akan membantu apapun. Kesehatan saat ini adalah isu penting dalam kehidupan masyarakat global. Aktivitas masyarakat yang diharuskan untuk serba cepat dan faktor lingkungan yang menyediakan kemudahan dalam makanan yang dikonsumsi banyak mempengaruhi kesehatan. Sementara itu, konsep kesehatan masyarakat global visi utamanya yaitu dapat merubah sistem atau mempunyai pengaruh besar dalam memengaruhi kesehatan faktor lingkungan diantara faktor-faktor perilaku dan pelayanan kesehatan (Asnani, 2009).

Komunikasi kebidanan adalah gambaran terjadinya hubungan antara bidan dengan klien dalam upaya pemenuhan kepentingan klien; sebagai aspek pendukung pelayanan profesional oleh bidan. Kemampuan daya komunikasi dalam pelayanan kebidanan akan melandasi upaya penyelesaian masalah klien, dan memudahkan dalam memberi pertolongan kepada klien. Komunikasi kebidanan bukan hanya mendasari pelayanan kebidanan pada perempuan, tetapi juga pelayanan keluarga, kelompok atau masyarakat. Dalam menerapkan perannya, bidan diwajibkan mampu untuk berpikir, bersikap dan bertindak cakap atau profesional. Bidan diharuskan untuk selalu meningkatkan kemampuannya melalui berbagai cara pembelajaran; termasuk dengan memperbarui ilmu, *skill*, serta keterbukaan dalam

bekerjasama dengan profesi lain. Untuk itu, kemampuan yang terbaik dalam berkomunikasi secara aktif maupun pasif, lisan maupun tertulis, merupakan tuntutan profesionalisme bidan saat menjalankan pelayanan kebidanan (Christina, Untung dan Tatik, 2003)

Usaha agar tidak terjadinya mutu layanan rendah oleh ahli kesehatan pada komunikasi kesehatan oleh seorang bidan dan berpindahnya klien ke tempat layanan kesehatan lain, maka salah satu bentuk langkah bijaksana dalam meningkatkan kualitas pelayanan adalah meningkatkan kemampuan komunikasi yang baik serta tepat bagi bidan (Taufik, 2010).

2) Fungsi Komunikasi

Fungsi komunikasi yakni untuk: 1) Penyampaian pesan atau Penyebarluasan informasi untuk orang lain sehingga penerima informasi dapat mengetahui apa yang ingin diketahui. 2) Penyampaian pesan atau penyebarluasan informasi yang mendidik orang lain sehingga penerima informasi dapat menambah pengetahuan. 3) Pemberian perintah kepada penerima pesan. 4) memberikan pengaruh serta perubahan sikap penerima pesan

c. Bersifat Kemanusiaan

Dalam aliran psikologi humanistik pengertian manusia ialah makhluk hidup alam semesta yang merumuskan rencana hal ihwal

yang yang melibatkan transaksi Bersama dengan lingkungannya (Purwoastuti and Walyani, 2015). *Humanity* dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia berarti perikemanusiaan. Perikemanusiaan merupakan watak, perilaku yang pantas dari manusia, namun tidak semua manusia itu berperikemanusiaan yang menyayangi sesamanya (Mashudi, 1995).

Menurut Umar (2020) Orang arif pernah menyadarkan kita kalau "*Humanity is only one*", kemanusiaan itu cuma satu, tanpa melihat jenis kelamin, etnik, agama, kewarganegaraan, warna kulit, dan status sosialnya, manusia memiliki nilai dan harkat dan hak asasi yang sama. Manusia berkeinginan untuk dimuliakan dan tidak menginginkan dirinya dihina dan didhalimi. Seluruh manusia mempunyai perasaan yang senang, bahagia, serta tertawa. Selain itu manusia juga bisa sedih, menderita, serta menangis. Rasa kemanusiaan itu bersifat universal, lintas geografis, etnik, kultural, agama, dan status sosial.

Allah SWT dari awal telah mengingatkan kita yakni diri-Nya juga muliakan anak manusia, seperti halnya yang disebutkan dalam ayat: *Walaqad karramna Bani Adam* (Dan sesungguhnya telah Kami muliakan anak-anak Adam). (Q.S. Al-Isra'/17:70). Ayat di atas gunakan istilah *karramna* (muliakan), bukan menggunakan kata *faddlalna* (hormati). Yang pertama menekankan aspek kesakralan manusia dan yang kedua menekankan aspek provanitas manusia.

Itu artinya Allah Swt menempatkan manusia sebagai makhluk utama, konsisten dan sejalan dengan pernyataannya yang mengatakan manusia diciptakan dalam ciptaan terbaik (ahsan taqwim/Q.S. al-Tin/95:4).

e Mandiri Atau Independen

Independen berarti tidak terkait, bebas maupun diperintah ataupun dikekang orang lain atau suatu benda. Independen juga memiliki arti tidak menyandarkan dirinya pada orang lain, berasumsi maupun Tindakan yang dilakukan sesuai keinginan hati, tidak terikat dari pengekangan orang lain, serta tidak terpengaruh orang lain (Silmi and Galuh, 2020).

Istilah *independence* atau mandiri diartikan sebagai daya upaya untuk mengelola semua yang dimiliki, tahu bagaimana mengatur waktu, berjalan dan berpikir secara mandiri disertai dengan kemampuan mengambil risiko dan memecahkan suatu masalah. Individu yang mandiri tidak memerlukan petunjuk yang detail dan terus – menerus tentang bagaimana mencapai penerapan akhir, ia dapat bersandar pada diri sendiri. Mandiri berhubungan dengan tugas dan keterampilan bagaimanamengerjakan sesuatu mencapai objek dan bagaimana mengendalikan sesuatu (Parker, 2005).

Parker (2005) juga mengemukakan bahwa kemandirian juga berarti adanya kepercayaan terhadap ide diri sendiri. Kemandirian berhubungan dengan kemampuan menuntaskan suatu hal sampai

selesai. Kemandirian berhubungan dengan dimilikinya tingkat keterampilan fisik tertentu sehingga hilangnya kekuatan atau koordinasi tidak akan pernah terjadi ditengah upaya seseorang mencapai tujuan. Kemandirian berarti tidak adanya keragu – ragu dalam menetapkan tujuan dan tidak dibatasi oleh kekuatan akan kegagalan.

Begitu pula sebagai tenaga kesehatan dalam hal menjalankan tugasnya harus didasari dengan sifat kemandirian dan tidak bergantung pada orang lain, dimana bidan dalam menjalankan tugasnya dilakukan secara mandiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar individu khususnya pada ibu diantaranya pemenuhan kebutuhan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, perawatan bayi baru lahir dan lain-lain.

Independen yang dimaksudkan pada layanan kebidanan ini merupakan kebijakan yang dibuat dan dilaksanakan dengan bebas tanpa dipengaruhi oleh kebijakan dari luar. Bukan merupakan turunan dari instansi pemerintah karena dilaksanakan di layanan Kesehatan pratama swasta bukan puskesmas.

d. Akuntabel

Accountability (Akuntabilitas) kaitannya dengan kebijakan yakni semua proses formulasi yang berlangsung secara terbuka dan

mengidentifikasi harapan semua pengelola kepentingan (Ayuningtyas, 2014).

Aspek akuntabilitas pada pelayanan kesehatan dengan dapat dipertanggungjawabkannya mutu pelayanan kepada publik baik secara medis dan ilmiah (akademik). Keduanya sering dikaitkan dengan istilah *evidence-based medicine*. Pihak manajemen memberikan kewenangan kepada komite *medic* untuk mengembangkan upaya peningkatan mutu pelayanan Kesehatan (Muninjaya, 2019).

Menurut Halim dan Kusufi (2012) akuntabilitas merupakan kewajiban dalam memberikan pertanggungjawaban atau menjawab dan menerangkan kinerja dan tindakan seseorang kepada pihak yang mempunyai hak atau berkewenangan untuk meminta keterangan atau pertanggungjawaban.

Istilah akuntabilitas publik adalah suatu laporan yang dilakukan oleh instansi untuk menyampaikan informasi, pertanggungjawaban, menyajikan, melaporkan dan mengungkapkan segala aktivitas kegiatan yang menjadi tanggungjawabnya kepada pihak pemberi amanah yang memiliki hak dan kewenangan untuk meminta pertanggungjawaban tersebut. Akuntabilitas publik adalah kewajiban-kewajiban dari individu atau penguasa yang dipercayakan untuk mengelola sumber daya publik dan yang bersangkutan dengannya untuk dapat menjawab hal-hal yang

menyangkut pertanggungjawaban pegawai pemerintah kepada publik yang menjadi konsumen layanannya (Basri, Nabiha dan Majid, 2016)

Dalam konteks pelayanan kesehatan, secara singkat akuntabilitas merupakan salah satu bentuk upaya yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat. Akuntabilitas dalam pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan secara sistematis dan utuh yang dilaksanakan dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Klinik Pratama sebagai salah satu wujud fasilitas pelayanan kesehatan harus mengedepankan pelayanan yang optimal dan berkualitas. Manajemen klinik pratama harus berusaha memuaskan pasiennya, dalam situasi ini kelompok masyarakat dengan berbagai tingkat kebutuhannya.

e. Komprehensif atau Menyeluruh (Holistik)

Holistik yakni salah satu elemen yang diresmikan *World Health Organization* mencakup serta memastikan mutu dari suatu kebijakan kesehatan. Holistik kaitannya dengan kesehatan hendaknya diartikan suatu yang dinamis serta lengkap dari beberapa aspek mental, fisik, sosial, serta spiritual. Kebijakan kesehatan yang holistik bukan hanya mengandalkan usaha kuratif,

namun wajib lebih memikirkan usaha promotif, preventif, serta rehabilitative (Ayuningtyas, 2014).

Holistik yang mempunyai arti 'menyeluruh', terdiri dari kata *holy and healthy*. Pandangan holistik yakni membangun manusia yang utuh dan sehat, serta seimbang terkait dengan seluruh aspek dalam pembelajaran; seperti spiritual, moral, imajinasi, intelektual, budaya, estetika, emosi, dan fisik. Jadi *healthy* yang dimaksud bukan hanya *physically*, tetapi lebih pada aspek sinergitas spiritual (Hawari, 2004).

Han-Lim dan Leong-Ng (1996) mendefinisikan pelayanan sebagai proses atas pelayanan khusus yang terdiri atas sejumlah kegiatan tahap sebelumnya (*backstage*) dan tahap yang akan datang (*front stage*) dimana konsumen berinteraksi dengan organisasi jasa pelayanan. Pelayanan holistik adalah suatu metode pengobatan secara menyeluruh yang memperhatikan hal-hal yang muncul dari dalam diri pasien saat menghadapi masalah kesehatan.

Pelayanan holistik sangat penting diterapkan dalam dunia kesehatan. Pasien cenderung lebih puas apabila tenaga medis mengambil pendekatan holistik, merasa bahwa tenaga medis mereka memiliki waktu untuk mereka dan masalah mereka. Hal tersebut sesuai dengan tujuan pelayanan holistik yaitu pemberian

layanan yang menyeluruh dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan pasien selama proses pengobatan penyakit.

Inilah yang dinamakan konsep holistik dalam ilmu kesehatan, salah satu konsep yang mendasari asuhan kebidanan. Karena holistik merupakan salah satu pendekatan dalam kegiatan praktik kebidanan. Oleh sebab itu, holistik sangat terkait dalam usaha untuk mewujudkan kesejahteraan kesehatan individu dari segala aspek kebutuhan baik; spiritual, moral, imajinasi, intelektual, budaya, estetika, emosi, dan fisik (Ismail, 2016).

Asuhan antenatal pun menggunakan prinsip *holistic* yaitu mencermati semua aspek yang berpengaruh pada wanita khususnya ibu hamil untuk mendapatkan hak Kesehatan secara *holistic*/menyeluruh (Bayu, 2015).

f. *Support System*

1) Definisi *Support*

Seorang ibu yang memiliki dukungan dari pasangan serta anggota keluarga yang lain, lebih luasnya lingkungan tempat tinggal dapat memberikan pengaruh terhadap perkembangan janin di dalam kandungan ibu. Komitmen dari suami maupun dukungan mental dari orangtua dan keluarga menjadikan perpaduan yang sangat tepat dalam membantu psikologis ibu dan bayi yang dikandungannya sehingga ibu hamil memperoleh ketenangan batin tercapai karena lingkungan dan suasana yang

sangat *supportif* serta juga akan membuat perkembangan bayi optimal (Harijanto, Moestopo, dan Indah, 2014)

Perasaan aman dan nyaman seorang ibu saat melalui proses kehamilan serta persalinan didapatkan oleh adanya dukungan moral dari suami. Namun tidak hanya psikologis yang diperlukan ibu hal yang dapat memberikan pengaruh besar dalam penentuan pemilihan metode persalinan ialah dukungan materi. Dukungan suami secara nyata saat ibu tersebut hamil yakni memberikan dorongan ibu untuk pemeriksaan kehamilan secara terjadwal (Cherawaty, 2004).

Menurut Ferrer (2001) dalam Santoso (2020), dorongan fisik maupun moral bagi ibu yang akan melahirkan didapatkan dari suami atau orang terdekat, oleh karena itu ibu menjadi lebih tenang dan aman. Untuk penentuan persalinan yang akan dilalui ibu tersebut terutama yang sangat berperan dalam keputusan persalinan normal adalah suami.

Penelitian yang menjelaskan tentang dukungan suami pada kecemasan ibu hamil juga dilakukan oleh Gladieux (1975) terhadap 26 pasangan suami istri. Didapatkan hasil ialah seorang perempuan mendapat *support* emosional dari suaminya lebih cepat penyesuaian diri selama kehamilannya (Dagun, 1990; Diponegoro and Hastuti, 2012). Penelitian sejenis juga dilakukan oleh Diponegoro dan Hastuti (2012) tentang Pengaruh

Dukungan Suami Terhadap Lama Persalinan Kala II Pada Ibu Primipara, yang didapatkan hasil yakni seorang ibu yang memiliki dukungan dari suami lebih mudah melewati persalinan kala II. Sedangkan ibu yang tidak ada dukungan dari suami lebih lama pada saat menjalani persalinan kala II sebab ibu lebih cemas dan merasa kurang nyaman selama proses persalinan.

Selain dukungan dari suami yang tidak kalah penting yakni dukungan keluarga, yaitu suatu sikap, perilaku keluarga menerima pada anggota keluarganya, seperti dukungan informasi, penilaian, instrumental serta emosional sehingga seluruh anggota keluarga merasakan perhatian satu sama lain (Byatt *et al.*, 2013).

2) Fungsi serta Bentuk Dukungan Keluarga

fungsi serta bentuk dukungan keluarga menurut Byatt *et al.*, (2013) dalam 4 aspek yaitu :

- a) Dukungan Emosional yakni keluarga sebagai tempat membuat anggotanya nyaman, aman istirahat dan pemulihan sehingga anggota keluarga terbantu dalam penguasaan emosi. Dimensi dari dukungan emosional yakni berupa bentuk afeksi, terdapat kepercayaan, perhatian, mendengarkan serta didengarkan dimana juga melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional.

- b) Dukungan instrumental yakni keluarga sebagai pemberi pertolongan cepat mudah dan nyata, seperti pada kebutuhan keuangan, makan, minum, tempat tinggal.
- c) Dukungan Informasional ialah keluarga memiliki fungsi untuk memberi informasi, memberikan penjelasan maupun saran, sugesti, informasi sehingga masalah dapat terungkap. Dimensi dalam dukungan informasi yakni pemberian informasi, nasehat, usulan, pendapat, serta pedoman.
- d) Dukungan Penilaian atau penghargaan ialah keluarga memberikan bimbingan dan menjadi penengah pada pemecahan masalah, serta sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga.

Dukungan keluarga menurut Puspitasari *et al* (2020) terdapat 3 jenis, yakni:

- a) Dukungan Fisiologis ialah *support* yang di berikan dengan wujud pertolongan pada kegiatan mendasar sehari-hari, antara lain mandi, penyiapan makanan serta kandungan gizi, BAK/BAB, penyediaan ruangan tersendiri, perawatan apabila ada yang sakit, penciptaan lingkungan yang nyaman, dan sebagainya.
- b) Dukungan Psikologis ialah di wujudkan dalam bentuk perhatian, kasih sayang sesama keluarga, rasa aman dengan keluarga, membantu untuk sadar dan paham pada

identitasnya. Keluarga juga tempat meminta saran dan berdiskusi dimana anggota keluarga memiliki waktu bersama untuk menjalin komunikasi dengan baik, dan sebagainya.

- c) Dukungan Sosial ialah *support* keluarga dalam hal pemberian saran kepada anggota keluarga mengenai keikutsertaan aktivitas *spiritual* contoh pengajian, serta dalam kegiatan lainnya seperti perkumpulan arisan, pemilihan fasilitas layanan kesehatan sesuai dengan keinginan masing-masing, terus menjalin diskusi dan komunikasi dengan individu ataupun masyarakat lainnya, serta selalu sesuai dengan norma yang telah ditetapkan.

3) Pendampingan Oleh Suami

Seringkali peran pendamping pada saat bersalin tidak dianggap penting baik oleh para tenaga kesehatan ataupun keluarga pasien. Bahkan di beberapa fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan bersalin, tidak memperkenankan pendamping hadir dalam ruangan bersalin saat proses persalinan berlangsung, jadi ibu yang melahirkan hanya didampingi bidan atau tenaga kesehatan lain. Tentu hal ini sangat mempengaruhi sisi psikologis ibu bersalin itu sendiri (Febriani, Fatonah dan Erlyta, 2013). Hasil studi yang dilakukan oleh Noack dan Atai, (1976) dengan judul "*Presence of the Husband in The Delivery Room*" pada responden sebanyak 650

ibu bersalin dan pasangannya di Jerman didapatkan persentase 90% ibu ditemani oleh suaminya mengatakan lebih nyaman dan persalinan pun berlangsung lancar (Utami, 2009).

4) Dukungan dari Bidan

Dahlberg *et al.*, (2016) menyimpulkan bahwa para wanita menyoroti pentingnya bidan meluangkan cukup waktu bersama mereka selama perawatan antenatal dan persalinan, sehingga mereka dapat mengajukan pertanyaan dan mendiskusikan beberapa topik dalam suasana tanpa stres. Para wanita dapat menghargai umpan balik dan informasi yang mereka terima dari bidan. Dan ini merupakan faktor penting yang memungkinkan mereka merasa aman, percaya diri, dan lebih santai.

Ibu di Unit Kelahiran Normal yang didampingi oleh bidan lebih kecil kemungkinannya untuk menjalani *sectio caesarea* dibandingkan dengan ibu di unit perawatan standar. Dua ratus sepuluh dari 226 perempuan (92,9%) yang menjadi peserta Unit Kelahiran Normal dan menghadiri kelas antenatal dengan pendamping kelahiran mereka, dan semuanya didampingi selama persalinan dan kelahiran. Dan tak satu pun dari wanita yang melahirkan di unit perawatan standar memiliki pendamping persalinan. Terbukti bahwa kesinambungan asuhan kebidanan dengan fokus pada persalinan normal dalam lingkungan

persalinan suportif yang ramah membuat perbedaan yang signifikan (Cheung *et al.*, 2011).

5) Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Byatt *et al* (2013) Aspek yang dapat memberikan pengaruh Dukungan Keluarga memiliki fakta kuat dari hasil riset yang menjelaskan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman berbeda. Anak yang tumbuh dalam keluarga kecil memperoleh perhatian yang lebih dibandingkan anak yang tumbuh dalam keluarga yang besar. Selain itu, Usia juga memberikan pengaruh terhadap dukungan keluarga oleh orang tua (khususnya ibu). Ibu yang muda lebih egosentris daripada yang lebih tua dan kurang mengenali kebutuhan anaknya.

Selain usia faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga ialah kelas sosial ekonomi didalamnya terdapat tingkat pendapatan atau pekerjaan dan tingkat pendidikan. Terdapat perbedaan hubungan antara keluarga kelas menengah dan bawah, dimana keluarga kelas bawah cenderung lebih otoritas sedangkan keluarga kelas menengah lebih demokratis dan adil. Hal ini terjadi karena orang tua kelas menengah memiliki afeksi serta keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah. Faktor lain yang mempengaruhi dukungan

keluarga ialah tingkat pendidikan, kepedulian antara Pendidikan yang tinggi dan rendah berbeda terhadap keluarga yang sakit.

Hal yang tidak kalah penting yakni hubungan antara keluarga dan status kesehatan anggota keluarga. Peran utama keluarga dalam aspek perawatan kesehatan, yang dimulai dari strategi sampai tahap rehabilitasi (Mubarak, 2007; Misgiyanto & Susilawati, 2014). Oleh karena itu dukungan keluarga yakni sikap, tindakan serta penerimaan keluarga pada penderita sakit ialah salah satu peran dan fungsi keluarga dengan fungsi afektif dalam pemenuhan kebutuhan psikososial dengan bentuk pemberian kasih sayang (Byatt *et al.*, 2013).

6) Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan (Andarmoyo, 2012)

Tugas kesehatan keluarga yakni:

- a) Pengenalan masalah- masalah kesehatan.
- b) Pembuat keputusan yang tepat terhadap tindakan kesehatan pada keluarga.
- c) Merawat anggota keluarga yang mengalami sakit.
- d) Membuat serta Mempertahankan lingkungan rumah sehat.
- e) fasilitas kesehatan masyarakat digunakan untuk menjaga hubungan.

(Khotijah, Nurjanah dan Donsu, 2015) juga menjabarkan beberapa tugas keluarga yakni: memelihara fisik keluarga, memelihara sumber daya dalam keluarga tersebut, membagikan

penugasan kepada anggota keluarga sesuai dengan kedudukannya, Sosialisasi antar anggota keluarga, mengatur jumlah anggota keluarga, memelihara ketertiban seluruh anggota keluarga, menempatkan anggota keluarga pada kehidupan bersosial yang lebih luas, serta memberika dorongan dan semangat kepada anggota keluarga.

F. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.2 Matriks Jurnal Tentang Pelayanan Kebidanan

Persalinan Normal					
No	Peneliti	Judul	Analisis	Hasil Penelitian	Sumber
1	Maria Iliadou	Supporting women in labour	Literature Review	Dukungan emosional, berwujud, dan informasi berhubungan secara positif dengan kesehatan mental dan fisik ibu sekitar saat melahirkan. Pentingnya berbagai jenis dukungan berubah seiring dengan perubahan kebutuhan wanita saat mereka beralih dari kehamilan ke persalinan dan melahirkan, dan kemudian ke masa nifas. Selama kehamilan, dukungan emosional dan nyata yang diberikan oleh pasangan dan orang lain terkait dengan kesehatan mental calon ibu. Selain itu, dukungan informasional dalam bentuk kelas prenatal terkait dengan penurunan komplikasi fisik ibu selama persalinan dan persalinan, serta peningkatan kesehatan fisik dan mental pasca melahirkan. Ibu yang mendapat dukungan pendamping selama persalinan dan persalinan mengalami lebih sedikit komplikasi persalinan dan lebih sedikit depresi <i>pascapartum</i> . Kesehatan mental pascapersalinan ibu terkait dengan dukungan emosional dan bantuan praktis (misalnya,	Health Science Journal

				pekerjaan rumah tangga dan kegiatan penitipan anak) yang diberikan oleh suami dan orang lain. Penyedia layanan kesehatan berada dalam posisi unik untuk mendidik calon orang tua tentang pentingnya dukungan sosial sekitar waktu persalinan dan mungkin memainkan peran penting dalam memobilisasi sistem dukungan untuk ibu baru.	
2	Meghan A. Bohren, Joshua P. Vogel, Erin C. Hunter, Olha Lutsiv, Suprita K. Makh, João Paulo Souza, Carolina Aguiar, Fernando Saraiva Coneglian, Alex Luiz Araújo Diniz, Özge Tunçalp, Dena Javadi ³ , Olufemi T. Oladapo, Rajat Khosla, Michelle J. Hindin, A. Metin Gülmezoglu (2015)	The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review	A Mixed-Methods Systematic Review	Kita harus mencari proses di mana perempuan dan penyedia layanan kesehatan terlibat untuk mempromosikan dan melindungi partisipasi perempuan dalam pengalaman melahirkan yang aman dan positif. Otonomi dan martabat seorang wanita selama persalinan harus dihormati, dan penyedia layanan kesehatannya harus mempromosikan pengalaman kelahiran yang positif melalui perawatan yang penuh hormat, bermartabat, dan suportif, serta dengan memastikan perawatan klinis yang berkualitas tinggi. Pengembangan alat yang tervalidasi dan andal untuk mengukur penganiayaan terhadap wanita selama persalinan, serta intervensi untuk mencegah penganiayaan dan mempromosikan perawatan dengan hormat, merupakan langkah penting berikutnya.	Plos One (Q1)
3	Hans Peter Dietz, PhD; Stuart Campbell, DSc (Med) (2016)	Toward normal birth but at what cost?	Literature Review	Wanita yang datang kepada kami untuk perawatan antenatal dan intrapartum layak diperlakukan seperti orang dewasa. Mereka berhak atas informasi terbaru, tidak bias, dan akurat. Ini termasuk informasi tentang risiko kelahiran alami, termasuk trauma kebidanan ibu, dan informasi tersebut harus disediakan oleh mereka yang terlatih untuk mendapatkan persetujuan. Kepentingan pejabat pemerintah,	AJOG (Q1)

				<p>administrator, dan kelompok penekan dalam menurunkan angka persalinan <i>Caesar</i> sama-sama tidak relevan dari sudut pandang medis, etika, dan hukum. Dokter sangat disarankan untuk mengabaikan tekanan seperti itu. Kegagalan untuk melakukannya membuat pasien terpapar kemungkinan hasil negatif yang lebih tinggi dan dokter kandungan terhadap risiko medikolegal yang semakin besar.</p>	
Spiritual					
No	Peneliti	Judul	Analisis	Hasil Penelitian	Sumber
1	Sharon Moloney, Susan Gair (2015)	Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences	Qualitative study: Indepth Interview and analysis data using women description	Ketika empati dan perawatan spiritual bidan terbukti, pengalaman melahirkan wanita tampak meningkat, memberikan dasar yang kokoh untuk menjadi ibu yang percaya diri. Sebaliknya, peserta tampaknya menghubungkan kurangnya empati pengasuh, kasih sayang atau perawatan spiritual dengan konsekuensi yang lebih bertahan lama, trauma kelahiran, dan kesulitan menjalin ikatan dengan bayi mereka.	Women and Birth (Q1)
2	Jenny Hall (2016)	Facilitating learning of spirituality in midwifery	Literature Review	Dari <i>literatur</i> dan praktik saat ini subjek spiritualitas masih kurang dari pembelajaran dan mengajar dalam banyak pendidikan formal untuk siswa bidan dan bidan.	De Gruyter (Q2)
3	Mahrokh Dolatian ¹ • Zohreh Mahmoodi ² • Taibeh Dilgony ^{3,4} • Jamal Shams ⁵ • Farid Zaeri ⁶ (2017)	The Structural Model of Spirituality and Psychological Well-Being for Pregnancy-Specific Stress	Descriptive Study	Hasil yang diperoleh melalui model mengkonfirmasi pengaruh spiritualitas dan kesejahteraan psikologis dalam mengurangi stres khusus kehamilan. Mengingat bahwa penanganan stres memiliki peran utama dalam kualitas kehidupan sehari-hari ibu hamil, keterampilan manajemen stres dianjurkan untuk dikembangkan di kalangan ibu hamil untuk mengurangi stres dan akibat negatifnya.	Springer (Q1)
Layanan Kesehatan Primer					

No	Peneliti	Judul	Analisis	Hasil Penelitian	Sumber
1	Aida Budrevičiūtė ^{ID*} , Ramunė Kalėdienė, Jadvyga Petrauskienė	Priorities in effective management of primary health care institutions in Lithuania: Perspectives of managers of public and private primary health care institutions	Qualitative study	prioritas manajemen institusi Layanan Kesehatan Primer adalah manajemen kerja organisasi; manajemen Sumber Daya Manusia; manajemen pasien; dan pengambilan keputusan kebijakan kesehatan. Para peserta kelompok fokus menunjukkan bahwa kerja efektif dari institusi perawatan kesehatan primer adalah untuk memastikan model manajemen, komunikasi dokter-pasien, penyampaian layanan kesehatan yang berkualitas dan tepat waktu, dan sumber daya keuangan. Keputusan utama yang melibatkan manajemen pasien adalah sebagai berikut: memenuhi harapan pasien, kualitas dan kepuasan tepat waktu kebutuhan pasien, solusi efektif masalah pasien, layanan yang berpusat pada pasien, kepuasan pasien, dan komunikasi dengan pasien. Aksesibilitas layanan, kualitas, aksesibilitas geografis, pencegahan penyakit, penguatan kesehatan pasien, dan pendanaan yang memadai disebutkan sebagai prioritas kebijakan kesehatan.	Plos One (Q1)
2	Miriam E. Levi, CNM, FNP-BC, WHNP-BC, IBCLC (2019)	Midwives as Primary Care Providers: Complex Considerations	Literature Review	Praktik kebidanan dalam cakupan penuh dengan layanan perawatan primer dapat memberikan perawatan holistik, individual, dan komprehensif yang mempromosikan kesehatan, kebugaran, dan pemberdayaan bagi wanita yang mereka layani. Bidan telah memberikan layanan perawatan primer kepada pasien mereka sejak dimulainya profesi kebidanan. Dengan pengetahuan dan keterampilan klinis yang tepat, bidan dapat mengelola perawatan pencegahan primer, manajemen perawatan kronis dasar, dan perawatan episodik akut bila diperlukan,	Journal of Midwifery & Women's Health (Q1)

				memungkinkan wanita untuk dirawat oleh bidan yang mengenal mereka sebanyak mungkin untuk perawatan kesehatan mereka. Seiring waktu, bidan dapat terus meningkatkan dan mengembangkan peran mereka sebagai perawatan primer dan pemimpin kesehatan wanita, yang sepenuhnya mewujudkan posisi penyedia Layanan Kesehatan Primer bagi wanita. Melalui penggabungan lebih lanjut layanan perawatan primer dalam ruang lingkup praktik kebidanan, bidan dapat membantu memberikan solusi untuk akses ke perawatan primer sekaligus meningkatkan pengalaman pasien bagi wanita yang mereka layani.	
Pelayanan Kebidanan					
No	Peneliti	Judul	Analisis	Hasil Penelitian	Sumber
1	Suman Choudhary ¹ , Prasuna Jelly ¹ , Prakash Mahala ^{2*} (2020)	Models of maternity care: a continuity of midwifery care	Literature Review	Bidan bekerja dalam model asuhan yang berbeda mampu memberikan peran kebidanan melalui kehidupan kerja yang seimbang, otonomi praktik dan pedoman praktik yang wajar dan perawatan berkelanjutan. Ada kebutuhan yang sangat besar atas asuhan kebidanan bagi ibu dan keluarga untuk meningkatkan status asuhan maternitas dan untuk mempromosikan praktik persalinan normal yang aman. Model asuhan kebidanan akan membantu memenuhi tujuan tersebut.	International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology (Q1)
2	Declan Devane, Nora Barrett, Anne Gallen, Mary Frances O'Reilly, Margaret Nadin, Gillian Conway, Linda Biesty and Valerie Smith	Identifying and prioritising midwifery care process metrics and indicators: a Delphi survey and stakeholder consensus process	Systematic Review and Delphi Survey Concensus	Mengetahui apa yang dilakukan bidan, dan bagaimana mereka melakukannya, merupakan komponen fundamental untuk mencapai asuhan maternitas yang berkualitas tinggi. Hasil penelitian ini (yaitu rangkaian metrik dan indikator) menawarkan dasar untuk menanamkan konsep pengukuran untuk	BMC Pregnancy and Childbirth (Q1)

				perbaikan dalam praktik kebidanan untuk menjamin pemberian asuhan maternitas yang berkualitas tinggi dan aman. Penggunaan rangkaian QCM juga akan memfasilitasi pengukuran dan akuntabilitas dalam penyediaan perawatan, dan pada akhirnya akan membantu dalam mencapai tujuan peningkatan hasil ibu, janin dan neonatal.	
3	Kim Clark, PhD (Evaluation Consultant) ^a , Shelley Beatty, PhD (Senior Lecturer) ^{b,n} , Tracy Reibel, PhD (Senior Researcher) ^a	Maternity care: A narrative overview of what women expect across their care continuum	Qualitative study	Berkenaan dengan tujuan untuk mengembangkan ukuran yang valid dan dapat diandalkan dari perspektif konsumen asuhan maternitas yang disediakan untuk umum, penelitian ini memperkuat ketidaksesuaian dalam mencari ukuran global atau 'keseluruhan' dari kepuasan asuhan maternitas. Penelitian yang dilakukan hingga saat ini untuk Proyek memberikan dukungan pada proposisi bahwa perempuan memiliki skema atau 'gambar' yang terdiri dari nilai-nilai panduan dan harapan terkait perawatan mereka yang spesifik untuk setiap episode. Karena masing-masing episode ini memiliki campuran penyedia sendiri-sendiri, tindakan tunggal tampaknya tidak cukup jika tujuannya adalah untuk menanggapi masalah khusus wanita. Sebagai ganti ukuran tunggal, skala yang menilai kepatuhan pada nilai-nilai yang umumnya dipegang perempuan untuk setiap episode tampaknya merupakan tujuan yang tepat. Bidang pekerjaan ini sedang dikembangkan dan akan dilaporkan dalam tahap berikutnya dari Proyek Pandangan Wanita tentang Pengalaman Bersalin.	Midwifery, Elsevier (Q1)
4	Régine Goemaes ^{a,*} , Dimitri Beeckman ^b , Sofie	Sustaining the quality of midwifery	Qualitative study	Karena angkatan kerja kebidanan semakin ditantang oleh ketajaman pasien dan	Midwifery, Elsevier (Q1)

	Verhaeghec , Ann Van Hecke (2020)	practice in Belgium: Challenges and opportunities for advanced midwife practitioners		meningkatnya tuntutan sistem perawatan kesehatan, penerapan peran AMP harus dieksplorasi sebagai jawaban yang mungkin untuk tantangan ini. Meskipun dasar hukum untuk penerapan peran tersebut dan peluang remunerasi untuk bagian non-klinis peran AMP saat ini kurang di Belgia, sumber daya potensial yang cukup tersedia untuk mengisi posisi AMP di masa depan. Selain itu, program master khusus AMP dengan banyak waktu studi untuk pengalaman praktik klinis khusus sedang direncanakan dalam waktu dekat. Oleh karena itu, perlu diadakan diskusi antara bidan di bidang akademik, manajerial, dan kebijakan tentang peluang penerapan peran AMP.	
Inovasi					
No	Peneliti	Judul	Analisis	Hasil Penelitian	Sumber
1	Sara Bayes* , Elaine Juggins, Lisa Whitehead, Annemarie De Leo (2019)	Australian midwives' experiences of implementing practice change	Qualitative Study: Glaserian Grounded Theory Methodology	Meskipun beberapa peserta didorong, didukung dan dimungkinkan untuk melakukan perubahan sampai taraf tertentu, bahkan ketika perubahan itu diprakarsai oleh tempat latihan, semua peserta mengalami sejumlah kendala di berbagai tingkatan dalam upaya pelaksanaannya. Bagi sebagian besar, ini berarti bahwa upaya mereka untuk menerapkan bukti terbaik yang tersedia ke dalam praktik membutuhkan waktu bertahun-tahun atau tidak berkembang sama sekali. Implikasi untuk praktik: Temuan dari penelitian ini akan menarik minat bidan, pemimpin kebidanan dan pendidik kebidanan. Memahami faktor-faktor dalam lingkungan asuhan kebidanan yang mendukung atau membatasi penggunaan bukti terbaik ke dalam praktik akan membantu menginformasikan dan mengembangkan	Midwifery, Elsevier (Q1)

				mekanisme khusus konteks kebidanan untuk mempercepat inovasi praktik berkelanjutan	
2	Jill Alliman, CNM, DNP, Diana Jolles, CNM, MS, Lisa Summers, CNM, DrPH (2015)	The Innovation Imperative: Scaling Freestanding Birth Centers, CenteringPregnancy, and Midwifery-Led Maternity Health Homes	Literature Review	Inovasi yang mengandalkan pendanaan baru atau terpisah berisiko tidak dapat diskalakan. Ketiga inovasi tersebut telah berkembang sebagian karena mereka berada dalam sistem pembayaran yang ada. Karena bidan, dokter, atau praktisi perawat melakukan penilaian prenatal rutin di ruang kelompok, perawatan <i>Centering Pregnancy</i> ditagih seperti kunjungan prenatal lainnya. Namun, sistem pembayaran yang merugikan saat ini, yang menekankan pada pembayaran untuk prosedur, tidak dibangun untuk mempertahankan perawatan pencegahan, menekankan perubahan perilaku, atau memberikan intervensi untuk mengurangi faktor risiko sosial. ³ Ketiga model akan mendapatkan keuntungan dari peningkatan tingkat pembayaran untuk perawatan intensif waktu yang mengarah pada hasil yang lebih baik. Misalnya, pembayaran dapat dinaikkan per kunjungan Medicaid untuk perawatan pusat kelahiran yang mengarah pada tingkat inisiasi dan kelanjutan menyusui yang tinggi.	Journal of Midwifery & Women's Health (Q1)
3	Gina Novick, Julie A. Womack, Jessica Lewis, Emily C. Stasko, Sharon S. Rising, Lois S. Sadler, Shayna C. Cunningham, Jonathan N. Tobin, Jeannette R. Ickovics (2015)	Perceptions of Barriers and Facilitators During Implementation of a Complex Model of Group Prenatal Care in Six Urban Sites	RCT	Menerapkan CPP menempatkan tuntutan besar di lokasi, yang sangat bervariasi dalam kapasitas mereka untuk mengantisipasi dan memenuhi permintaan ini. Fitur khusus dari situs berfungsi sebagai penghalang atau fasilitator, yang memoderasi keberhasilan implementasi, memungkinkan tiga situs untuk berkembang dan memberikan perawatan prenatal kelompok yang kuat, sedangkan tiga situs berjuang untuk menerapkan atau mempertahankan model. Situs	Research in Nursing and Health (Q1)

				yang berkembang memiliki budaya organisasi yang mendukung inovasi, juara program yang secara aktif mengadvokasi CPp, dan staf yang memandang tuntutan logistik sebagai rintangan kecil yang harus mereka "atasi". Situs-situs yang bermasalah memiliki struktur organisasi yang birokratis, tidak memiliki dukungan dan sumber daya keuangan untuk implementasi, dan memiliki staf yang kewalahan dengan tantangan model	
Pengambilan Keputusan					
No	Peneliti	Judul	Analisis	Hasil Penelitian	Sumber
1	Michael J. Barry, M.D., and Susan Edgman-Levitan, P.A. (1998)	Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care	Literature Review	Meskipun pembicaraan tentang perawatan yang berpusat pada pasien ada di mana-mana dalam perawatan kesehatan modern, salah satu tantangan terbesar dalam mengubah retorika menjadi kenyataan adalah terus melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan. Untuk berhasil mengatasi komponen kritis kualitas dan keamanan ini, kita harus mendobrak hambatan kritis antara dokter dan pasien. Pasien harus dididik tentang peran penting yang mereka mainkan dalam pengambilan keputusan dan diberikan alat yang efektif untuk membantu mereka memahami pilihan mereka dan konsekuensi dari keputusan mereka. Mereka juga harus menerima dukungan emosional yang mereka butuhkan untuk mengekspresikan nilai dan preferensi mereka dan dapat mengajukan pertanyaan tanpa kecaman dari dokter mereka.	The New England Journal of Medicine
2	Lucia D'Ambruoso*1, Mercy Abbey2 and Julia Hussein1 (2005)	Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services	Qualitative Study	Temuan kami menunjukkan bahwa sikap profesional kesehatan terhadap pasien merupakan elemen penting dari perawatan - seperti hasil persalinan yang berhasil dan faktor non-medis seperti biaya, kualitas perawatan	BMC Public Health (Q1)

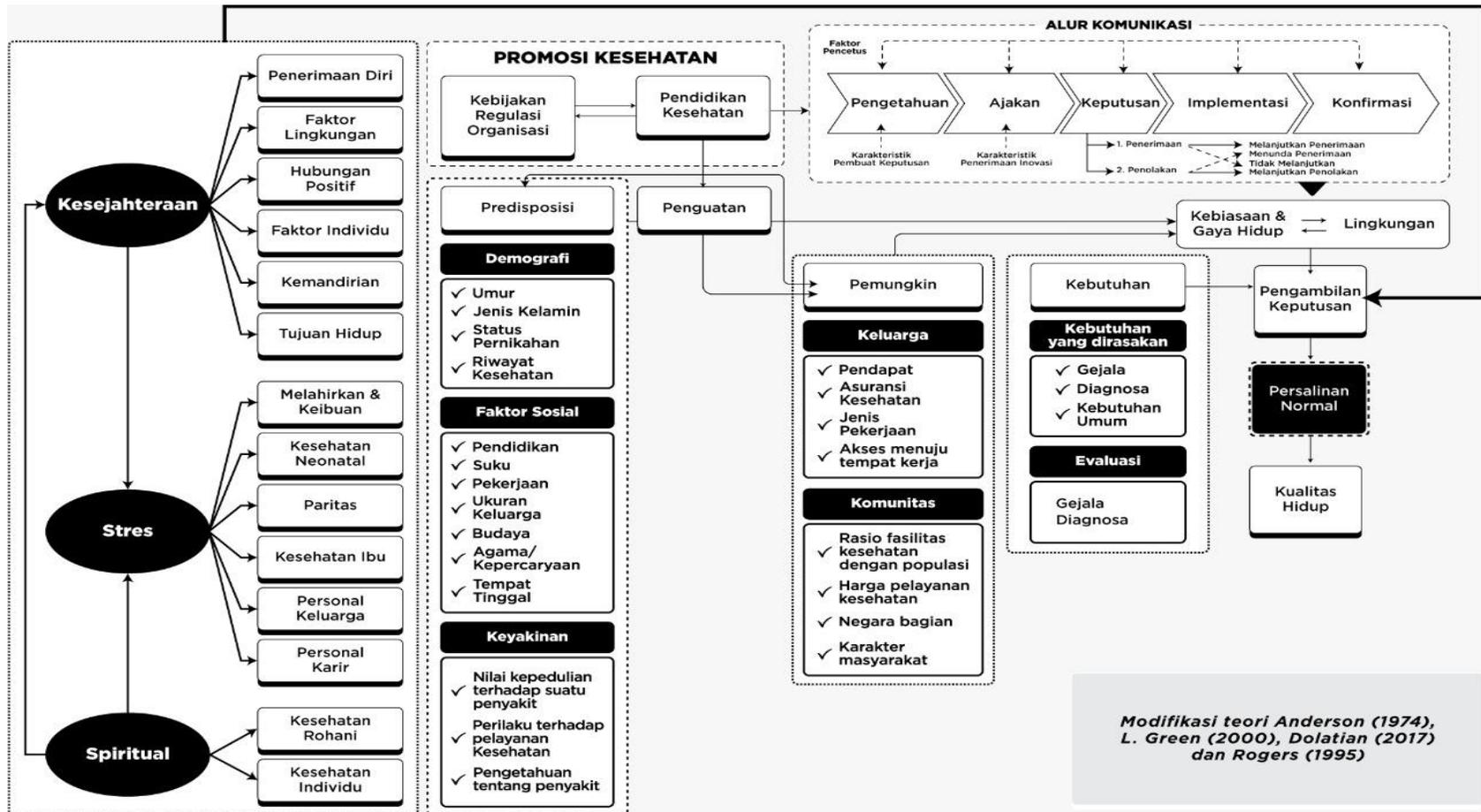
		during labour and delivery in Ghana		yang dirasakan, dan kedekatan dengan layanan. Komponen perawatan ini berpengaruh pada harapan perempuan yang pada gilirannya mempengaruhi penerimaan dan penggunaan layanan. Rekomendasi yang muncul dari studi ini memperkuat pentingnya kesadaran provider tentang sikap, dan kebutuhan untuk pengembangan keterampilan komunikasi interpersonal ke dalam pendidikan dan pelatihan, di samping mendukung mekanisme pengawasan. Persepsi penyedia juga merupakan area penting untuk diselidiki untuk memfasilitasi perubahan dalam praktik klinis. Intervensi yang direkomendasikan harus dilengkapi dengan perbaikan sistem kesehatan yang lebih luas, termasuk pemahaman tentang faktor-faktor 'pendorong permintaan' yang mempengaruhi pengambilan keputusan perempuan untuk perawatan persalinan mereka.	
3	Amy Michelle DeBaets, PhD (2016)	From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth	Literature Review	Rencana kelahiran dikembangkan sebagai alat yang digunakan wanita untuk mengkomunikasikan keinginan, tujuan, dan pilihan mereka dalam proses kelahiran, tetapi seringkali tidak berfungsi secara efektif, karena dapat mencerminkan pilihan yang tidak konsisten, ketinggalan jaman, atau sepele. Mereka dapat mengasingkan staf medis dan menyebabkan gangguan dalam komunikasi, bukan peningkatan. Alternatif yang lebih baik, persekutuan persalinan, dapat membangun kepercayaan dan komunikasi yang efektif antara pasien dan penyedia melalui proses pendidikan bersama. Penyedia perawatan kebidanan yang bersedia berbicara dengan pasien mereka,	AJOG (Q1)

				mendidik mereka tentang pilihan apa yang tersedia dan konsisten satu sama lain, dan meluangkan waktu untuk mendengarkan nilai-nilai dan perhatian pasien dapat mempraktekkan pencegahan yang efektif dari banyak konflik yang muncul.	
--	--	--	--	---	--

G. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori penelitian ini merupakan hasil gabungan dari beberapa teori: model spiritual dan psikologi kesejahteraan ibu hamil milik Dolatian et al (2017). PRECEDE-PROCEED Framework oleh Green dan Ottoson (2006), model *Healthcare Utilization* milik Anderson (1973), dan Model Inovasi milik Rogers (2003) dimana gabungan dari keempat teori tersebut merupakan landasan yang digunakan dalam Penelitian ini.

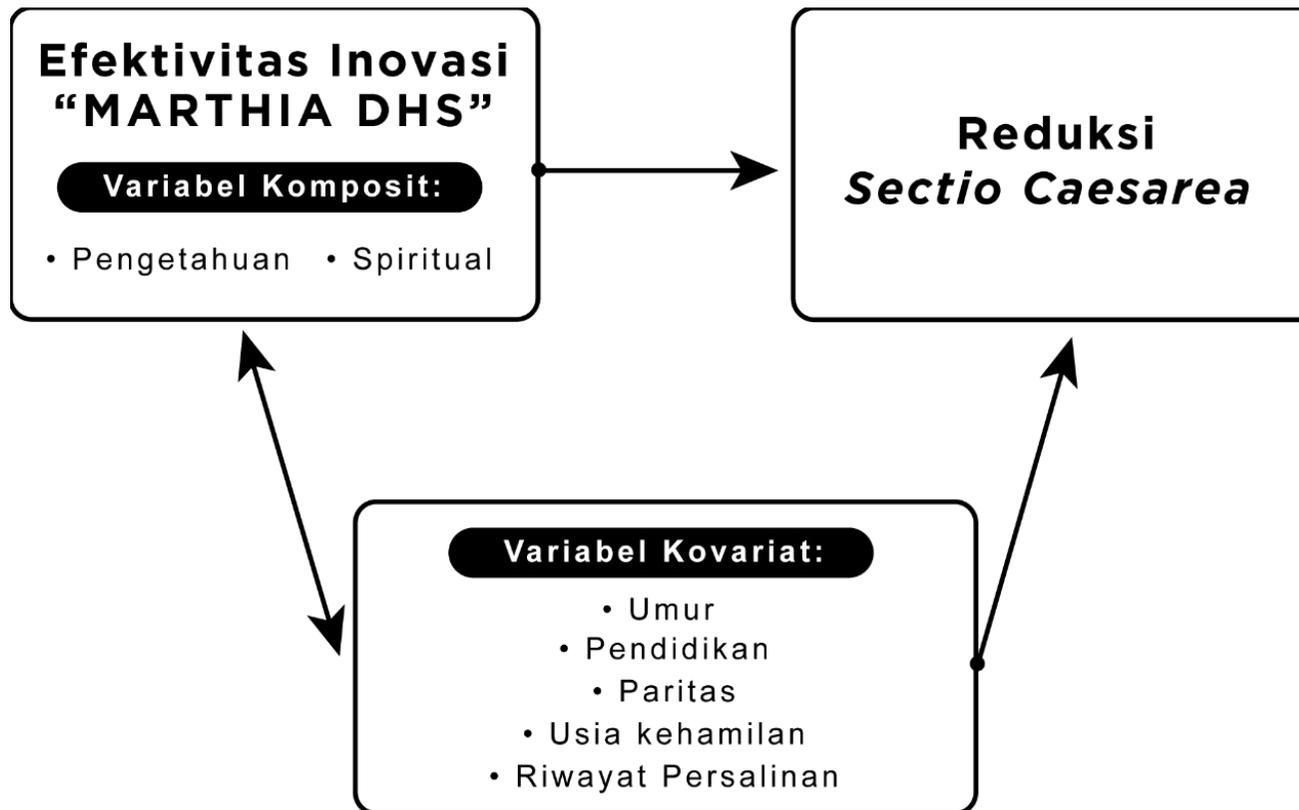
Konsep spiritual dalam pelayanan, cara mempromosikan pelayanan Kesehatan kepada masyarakat dimana dengan tujuan akhir dari gabungan teori tersebut adalah terwujudnya kualitas hidup yang lebih baik. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam gambar 2.3 Kerangka Teori Penelitian.



Gambar 2.6 Kerangka Teori Penelitian

H. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka teori penelitian ini merupakan hasil gabungan dari beberapa teori: model spiritual dan psikologi kesejahteraan ibu hamil milik Dolatian et al (2017). PRECEDE-PROCEED Framework oleh Green dan Ottoson (2006), model *Healthcare Utilization* milik Anderson (1973), dan Model Inovasi milik Rogers (2003) dimana gabungan dari keempat teori tersebut merupakan landasan yang digunakan dalam penelitian ini. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar 2.4 Kerangka konsep penelitian



Gambar 2.7 Kerangka Konsep

I. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 2.3 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
1	Umur	Kehamilan yang terbaik dan risiko paling rendah risikonya adalah antara 20 – 35 tahun (Kemenkes RI, 2014)	Lembar Ceklist	0= beresiko 1= tidak beresiko	Ordinal
2	Pendidikan	Berdasarkan UU No. 22 Tahun 2003, pendidikan dibedakan menjadi pendidikan formal dan informal. Pendidikan formal dikategorikan menjadi tiga tingkatan, yaitu tingkat dasar, menengah, dan tinggi (Keppres, 2003)	Lembar Ceklist	0= pendidikan rendah 1= pendidikan menengah 2=pendidikan tinggi	Ordinal
3	Paritas	Paritas/ para adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (Depkes R.I, 2001)	Lembar Ceklist	0= multipara seorang wanita yang telah melahirkan bayi <i>viable</i> sebanyak dua kali atau lebih. 1= nullipara seorang wanita yang belum pernah	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
				melahirkan bayi viable	
4	Usia kehamilan	Usia kehamilan dihitung sejak hari pertama haid terakhir. Pembagian usia kehamilan (WHO, 2012): <ul style="list-style-type: none"> • Usia kehamilan preterm (\leq 36 minggu 6 hari) • Usia kehamilan early term (antara 37 minggu awal sampai 38 minggu 6 hari) Usia kehamilan full term (antara 39 minggu awal sampai 40 minggu 6 hari)	Lembar Ceklist	2= trimester 2 3= trimester 3	Nominal
5	Riwayat persalinan		Lembar Ceklist	0= SC 1= Persalinan normal	Ordinal
6	Persalinan SC	Persalinan bayi melalui perut dan rahim ibu yang dibuat sayatan (ACOG, 2018)	Lembar checklist	0= yang melahirkan SC 1= yang melahirkan pervaginam	Ordinal
7	Efektivitas Inovasi MARTHIA DHS	Pelayanan Kebidanan di Layanan Kesehatan Primer swasta dimana inovasi ini di buat dengan pendekatan <i>spiritual</i> ,	Kuesioner gabungan dari beberapa instrumen yang menilai pengetahuan dan aspek spiritual, nilai yang keluar merupakan perhitungan dari	0 = efektivitas rendah 0-50 1 = efektivitas tinggi 51-100	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
		komunikatif lewat modul yang dibuat dengan menarik dan mudah dimengerti, mengusung kemanusiaan meningkatkan motivasi baik itu ibu dan keluarga juga tenaga kesehatan, bersifat independent pemberdayaan ibu keluarga, bertanggung jawab atas pilihan persalinan yang dibuat, berbeda dengan yang lain dengan memiliki SOP dan SAP tersendiri, menyeluruh kesatuan dari fisik psikologis, dan mengutamakan dukungan dari lingkungan yang berada didekat ibu yaitu keluarga lingkungan dan tenaga kesehatan sebagai pemberi pelayanan.	penjumlahan total 3 instrumen dibagi 129 (angka maksimal seluruh instrumen) dikali 100		
8	Aspek spiritual	Aspek spiritualitas merupakan hal yang utama	Kuesioner Pengukuran Spiritual menggunakan	0 = nilai rendah 14-42	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
		dari bagi kesehatan dan kesejahteraan seseorang. Spiritualitas dapat membangkitkan diri dalam mencapai tujuan dan makna hidup. Memiliki spiritualitas dalam diri berarti memiliki kepercayaan dalam hal kerohaniawan dan kejiwaan dalam diri seseorang (Hasan and Aliah, 2008).	Daily Spiritual Experience Scale (DSES) yang telah dimodifikasi dengan penilaian "Sering kali dalam sehari (>1 kali/hari)", "Setiap hari (1 kali/hari)", "Hampir setiap hari (5- 6 kali/minggu) ", "kadangkadang (3-4 kali/minggu)", "jarang (1 - 2 kali/minggu)", "hampir tidak pernah (< 1 kali/minggu)" dalam distribusi frekuensi.	1 = nilai tinggi 43 - 84	
9	Pengetahuan	Pengetahuan sebagai bentuk dari hasil mengetahui setelah seseorang menerima informasi dari suatu objek tertentu, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasaan, dan perabaan (Notoatmodjo, 2007).	Kuesioner terstruktur yang disusun dan diuji validitas dan reliabilitas. Terdapat 45 pertanyaan menggunakan Skala Guttman dengan kategori penilaian benar: 1 dan salah: 0	0 = nilai rendah 0-23 1 = nilai tinggi 24-45	Interval
10	Pengambilan Keputusan	Pasien harus dididik tentang peran penting	Kuesioner MADM (Mother Autonomy in	0 = nilai rendah 0-17	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
		yang mereka mainkan dalam pengambilan keputusan dan diberikan alat yang efektif untuk membantu mereka memahami pilihan mereka dan konsekuensi dari keputusan mereka (Dang, 2018).	Decision Making) (Vedam <i>et al.</i> , 2017) yang diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia. Penilaian menggunakan skala Likert yang dikategorikan kedalam: 1 (Sangat Tidak Setuju); 2 (Tidak Setuju); 3 (Kurang Setuju); 4 (Setuju); 5 (Sangat Setuju)	1 = nilai tinggi 18-35	