MODUL PELATIHAN

Respectful Midwifery Care (RMC) bagi Praktik Mandiri Bidan

Desember 2020

Didukung oleh

YAYASAN Ipas INDONESIA SEHAT AKSES HAK

aliansi Satuvisi

MODUL PELATIHAN *RESPECTFUL MIDWIFERY CARE* (RMC) BAGI PRAKTIK MANDIRI BIDAN

Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia
Jakarta, 2020

Pembina:
Dr. Emi Nurjasmi, M.Kes

Penasehat:
Dr. Ade Jubaedah, SSiT, MM, MKM

Penanggung Jawab:
Dr. Indra Supradewi, MKM

Tim Ahli:
Prof. dr. Meiwita P. Budiharsana, MPA, Ph.D
Ignatius Praptoraharjo, Ph.D
Eka Purni Astiti, SKM

Tim Penyusun dan Kontributor:
Dr. Zulvi Wiyanti, SST, M.Keb **(PPIBI)**; Bintang Petralina, SST, M.Keb **(PPIBI)**; Nunik Endang Sunarsih, SST, SH, MSc **(PPIBI)**; Dr. Heru Herdiawati, SST, SH, MH **(PPIBI)**; Siti Romlah, MKM **(PPIBI)**; Endang Sundari, SSiT **(PPIBI)**; Kusuma Dini, Amd.Keb, SKM, MKM **(PPIBI)**; Ike Kurnia, S.Keb, Bd. **(PPIBI)**; dr. Marcia Soumokil, MPH **(Yayasan IPAS Indonesia)**; Mitra Kadarsih, M.Keb **(Yayasan IPAS Indonesia)**, dr. Alia Hartanti **(Yayasan IPAS Indonesia)**, Nur Jannah, STP, MA **(Yayasan IPAS Indonesia)**; Ayu Aji Asmoro, SIP **(Yayasan IPAS Indonesia)**; Mirawati, AMK **(ASV)**; Elisabet S.A. Widyastuti, SKM, M.Kes **(ASV)**; Ninik Andrias, SKM **(ASV)**; Fita Rizki Utami, SKM, M.Sc **(ASV)**; Ignatia Alfa Gloria, S.I.Kom **(ASV)**; Marthilda Christin Finsae, SST **(ASV)**; Adhityas Putri Utami, S.Pd **(ASV)**.

Tim Desain dan Ilustrasi:
Shera Rindra **(Yayasan IPAS Indonesia)**
Arin Ardani
Suci Rasella
Vina Shintia Dewi

SAMBUTAN KETUA IBI

Respectfully Midwifery Care (RMC) sebuah pendekatan asuhan untuk perempuan dan bayi baru lahir dimana Bidan mengoptimalkan proses biologis, psikologis, sosial dan budaya dari proses persalinan dan awal kehidupan bayi. Bidan sebagai mitra perempuan menghormati latar belakang dan situasi serta pandangan dari setiap perempuan, mempromosikan agar perempuan memiliki kapasitas merawat dirinya dan keluarganya. Bidan menghormati dan melindungi hak perempuan, setiap perempuan dan remaja perempuan punya hak untuk bebas dari bahaya, kekerasan/abuse, diskriminasi, perempuan dan remaja perempuan memiliki hak untuk mengakses layanan kesehatan seksual dan reproduksi.

Pandemi COVID-19 mempengaruhi semua elemen kehidupan termasuk Kesehatan ibu dan anak. Dalam masa-masa penuh tantangan ini, ibu hamil dan ibu seharusnya tidak merasa kurang aman dan putus asa untuk mengambil keputusan bagi diri mereka sendiri dan bayinya. Perempuan dengan COVID-19 mungkin cenderung kurang terlibat untuk pengambilan keputusan dalam persalinan, sementara kekhawatiran dan ketakutan terhadap kelahiran mungkin membuat seorang perempuan meminta sendiri untuk dilakukan operasi Caesar meskipun tidak ada indikasi tindakan.

Bidan sebagai tenaga kesehatan profesional dalam pelayanan kesehatan ibu, anak, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana menghadapi tantangan yang sangat besar. ketakutan terhadap hal-hal yang tidak diketahui tidak hanya memicu stigma tetapi juga menekankan pada konsep manajemen risiko dan kategorisasi, sebagai upaya untuk meminimalisir ketidakpastian. Oleh karena itu, dalam konteks ini, Bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pentingnya berfokus pada perempuan dengan mempertimbangkan hak asasi manusia yang fundamental atas martabat dan penuh hormat, asuhan kebidanan individual, yang menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayi sebagai satu kesatuan *(Respectfully Midwifery Care= RMC)*.

Melalui pendekatan RMC diharapkan bidan mampu mengimplementasi dalam praktik yang terstandar dengan mengembalikan asuhan kebidanan sesuai dengan prinsip dan filosofi bidan. Selain itu, diharapkan mampu menguatkan keberpihakan bidan pada perempuan secara komprehensif.

Salam hangat,

Dr. Emi Nurjasmi, M.Kes.
Ketua Umum Ikatan Bidan Indonesia

DAFTAR ISI

SAMBUTAN KETUA IBI 1

DAFTAR ISI 2

PENGANTAR MODUL 3

JADWAL PELATIHAN 13

BAB 1 : LAYANAN *RESPECTFUL MIDWIFERY CARE* UNTUK MENCEGAH KEMATIAN IBU 15

TOPIK 1 Penyebab dan Pencegahan Kematian Ibu 17

TOPIK 2 Pemenuhan Hak Perempuan dalam Asuhan Kebidanan 24

TOPIK 3 Pendekatan *Respectful Midwifery Care* (RMC) 31

BAB 2 : AKSES PEREMPUAN AKAN LAYANAN KESEHATAN SEKSUAL DAN REPRODUKSI YANG KOMPREHENSIF 39

TOPIK 4 Analisa Sosial Situasi Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan 41

TOPIK 5 Membangun Sistem Rujukan Antar Layanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif 50

BAB 3 : *RESPECTFUL MIDWIFERY CARE* YANG KOMPREHENSIF DI TEMPAT PRAKTIK MANDIRI BIDAN 65

TOPIK 6 Layanan *Respectful Midwifery Care* yang Komprehensif 67

TOPIK 7 Refleksi 72

LAMPIRAN 78

Kasus untuk Topik 79

Asuhan Pasca Keguguran yang Komprehensif 88

Kurikulum Pelatihan 94

PENGANTAR MODUL

PENGANTAR MODUL

A. Latar Belakang

Target capaian Angka Kematian Ibu (AKI) pada Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) 2015 adalah 102/100.000 kelahiran hidup sedangkan posisi Indonesia pada tahun yang sama adalah 305/100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih belum mengalami perubahan yang signifikan pada pertengahan tahun 2020. Tentu saja Indonesia masih berisiko untuk meneruskan catatan kegagalan capaian MDGs pada capaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2030 yang akan datang, dengan target 70/100.000 kelahiran hidup. Kematian Ibu di Indonesia seharusnya dapat dicegah dengan perencanaan kehamilan yang baik dan akses kepada layanan kesehatan reproduksi perempuan yang universal dan merata diseluruh Indonesia.

Kematian ibu tentunya berdampak negatif dan berantai terhadap kesejahteraan, kualitas hidup, dan kesehatan keluarga, masyarakat dan negara. Sebuah penelitian menyatakan, bayi yang lahir dari ibu yang meninggal saat melahirkan, memiliki ketahanan hidup yang rendah.[1] Selain itu, kematian ibu berdampak terhadap kesejahteraan dan kesehatan keluarga sebagai unit terkecil di masyarakat. Sehingga kematian ibu menjadi permasalahan nasional yang harus diselesaikan bersama.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan di suatu negara. AKI menggambarkan status kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, populasi, pembangunan, kesetaraan gender, dan pemberdayaan perempuan di suatu wilayah/negara. Dengan AKI yang masih tinggi menunjukkan gambaran buruknya pembangunan kesehatan di Indonesia.

Bidan merupakan penyedia layanan kesehatan yang mempunyai peran dan posisi strategis bagi perempuan dan masyarakat. Bidan merupakan penolong persalinan (67,7%) dan pemberi pelayanan kontrasepsi (60,42%) utama bagi perempuan di Indonesia (SDKI, 2018).[2]

Dengan fokus kerja memenuhi kebutuhan perempuan sepanjang siklus reproduksi dan seksualitasnya, bidan memberikan layanan asuhan yang berkesinambungan. Dengan kedekatan ini, bidan adalah bagian penting dalam pemberdayaan perempuan dan masyarakat.

Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, Undang-undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan, dan Keputusan Menteri Kesehatan No. 320 tentang Standar Profesi Bidan menegaskan peran bidan dalam upaya kesehatan perempuan. Secara spesifik kedua produk-produk hukum tersebut memberikan jaminan dan kepastian hukum untuk bidan dalam perannya untuk upaya peningkatan kesehatan termasuk di dalamnya adalah pencegahan kematian perempuan akibat kehamilan dan persalinan.

Baik Permenkes maupun undang-undang ini dimaksudkan untuk memberikan jaminan kepastian hukum dan perlindungan kepada bidan, serta jaminan kualitas layanan kepada perempuan, bayi dan anak dalam penyelenggaraan pelayanan asuhan kebidanan.

Namun demikian, dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya, bidan dihadapkan pada kompleksitas situasi kesehatan perempuan.

[1] Finlay, JE, Moucheraud, C, Goshev, S, Levira, F, Mrema, S, Canning, D, Masanja, H, Yamin, AE, 2015, 'The Effects of Maternal Mortality on Infant and Child Survival in Rural Tanzania: A Cohort Study', *Maternal Child Health Journal*, Nov;19(11):2393-402.

[2] Badan Pusat Statistik, 2019. Survei Demografi Kesehatan Indonesia.

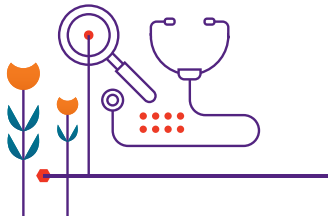
Pada sistem sosial dan budaya, masalah utama yang dihadapi oleh bidan maupun masyarakat adalah kentalnya kultur patriarki (sistem sosial yang menempatkan laki-laki sebagai pemegang kekuasaan utama dan mendominasi dalam seluruh peran sosial) yang secara sistematis mendominasi setiap lapisan kehidupan. Pada area kebijakan dan program turunannya, pemerintah belum secara efektif menyentuh akar persoalan. Dapat dilihat bahwa rencana pembangunan selama ini tidak memberikan cukup akses bagi perempuan untuk berpartisipasi secara bermakna. Akibatnya, kebijakan dan program yang dihasilkan tidak mencerminkan kontribusi bidan secara nyata.

Pemanfaatan peran bidan yang belum maksimal menyebabkan terjadinya keterbatasan infrastruktur dan fasilitas untuk mempermudah bidan dalam menjalankan fungsinya sebagai pemberi layanan kebidanan untuk perempuan dan remaja perempuan di Indonesia. Hal ini terjadi sejak di tingkat nasional. Sementara pada aspek ekonomi, beban biaya dalam mengakses layanan semakin membebani perempuan, khususnya yang bertempat tinggal di wilayah 4T (tertinggal, perbatasan, terpencil, dan terluar). Mekanisme pembayaran jasa pelayanan bidan seperti klaim BPJS membutuhkan proses dan waktu yang lama dan sering tersendat. Dengan tersendatnya proses klaim pembayaran tersebut, tentunya berdampak terhadap pengadaan alat kesehatan yang dibutuhkan dan perawatan fasilitas pelayanan kebidanan, serta kesejahteraan bidan itu sendiri. Di lain pihak, tuntutan atas kualitas pelayanan dengan standar tinggi harus dipenuhi, tidak saja dalam kapasitas tanggung jawab profesi namun juga dalam semangat persaudaraan sesama perempuan.

Filosofi *women- centered care*, sebagaimana tertuang dalam dokumen inti *International Confederation of Midwives* (ICM) tentang Filosofi dan Model Layanan Kebidanan, telah dituangkan dalam Undang-undang Kebidanan, khususnya pada pasal 2 dan 3. Sementara itu *Respectful Midwifery Care* (RMC) telah diadopsi oleh ICM dan diujicobakan di beberapa negara di dunia baik dalam bentuk lokakarya maupun pengembangan serta penyebarluasan pedoman RMC. Dengan mengintegrasikan dengan RMC filosofi *women-centered care* terbukti dapat meningkatkan keinginan perempuan untuk mencari layanan kebidanan. Pada akhirnya hal ini dapat mencegah situasi kesakitan dan kematian perempuan yang terkait dengan kehamilan dan persalinan.

Di Indonesia, filosofi *women-centered care* dan RMC perlu di kontekstualisasi sehingga dapat dipahami dan dipraktikkan seluruh bidan di Indonesia. Dengan mengimplementasi strategi penguatan kapasitas bidan yang terstandar diharapkan dapat mengembalikan asuhan kebidanan sesuai dengan prinsip dan filosofi bidan. Selain itu, diharapkan mampu menguatkan keberpihakan bidan atas situasi kesehatan seksual dan reproduksi perempuan dengan dipraktekkannya keterampilan bidan dalam memberikan Asuhan Kebidanan yang Berpihak pada Perempuan secara Komprehensif. Oleh karena itu, diperlukan metode pendidikan kritis yang bertujuan untuk memahami realitas manusia. Sehingga secara metodologis pelatihan ini bertumpu di atas prinsip-prinsip aksi dan refleksi menyeluruh dan terus menerus untuk menumbuhkan kesadaran akan situasi perempuan melalui sudut pandang yang sistematis. Yakni prinsip bertindak untuk perubahan melalui analisis hingga ke akar permasalahan dengan mengkaji berbagai faktor, baik faktor medis maupun non-medis, yang berkontribusi terhadap kesejahteraan perempuan di Indonesia.

Bidan sangat berperan penting dalam layanan kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia. Peran Bidan di Indonesia digambarkan oleh Data Riskesdas 2013 yang menunjukan bahwa 87% perempuan hamil memilih bidan untuk memeriksakan kehamilannya dan lebih dari 50% diantaranya memilih Bidan Praktik Mandiri (BPM).



Selain itu, 83% dari persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, dimana 63% diantaranya ditolong oleh Bidan Praktik Mandiri. Dan, 76,6% perempuan memilih bidan untuk mendapatkan pelayanan KB, penggunaan KB pasca persalinan salin sebesar 66% dimana 54,6% diantaranya dilayani oleh Praktik Mandiri Bidan (PMB).

Berdasarkan data Riskesdas 2013 tersebut, pengetahuan Rumah Tangga (RT) tentang keberadaan praktek bidan atau rumah bersalin secara nasional adalah 66,3 persen. Waktu tempuh RT menuju fasilitas kesehatan ke RS pemerintah lebih dari 60 menit sebanyak 18,5 persen, sedangkan ke RS swasta sebanyak 12,4 persen. Berbeda dengan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan ke puskesmas atau pustu, praktek dokter atau klinik, praktek bidan atau rumah bersalin, poskesdes atau poskestren, polindes dan posyandu hanya membutuhkan waktu 15 menit atau kurang.

Data-data tersebut menggambarkan secara jelas bahwa bidan, khususnya Praktek Mandiri Bidan. Dengan 40.000 Praktik Mandiri Bidan (PMB) (Kompas, (2016)[3] yang tersebar di seluruh Indonesia hingga perifer area memiliki peran yang sangat penting untuk memberikan akses kesehatan bagi perempuan secara merata ke seluruh Indonesia. Sehingga peran Bidan menjadi sangat vital dalam rangka meningkatkan kesejahteraan perempuan dan menurunkan AKI di Indonesia.

Oleh karena itu, penting bagi layanan PMB untuk terus memahami RMC sehingga dapat mengaplikasikannya dalam asuhan kebidanan yang diberikan. Pelatihan RMC ini diberikan oleh fasilitator-fasilitator profesional yang telah mendapatkan sertifikasi dari IBI dan ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan PMB.

B. Tujuan

Tujuan umum

Setelah mengikuti pelatihan ini, peserta mampu melakukan pendekatan *Respectful Midwifery Care* (RMC) di fasilitas Praktik Mandiri Bidan masing-masing.

Tujuan khusus

Setelah mengikuti pelatihan ini peserta mampu:

1. Memahami penyebab utama kematian perempuan terkait dengan kehamilan;
2. Memahami tentang hak-hak perempuan serta kewajiban dan hak bidan.
3. Memahami prinsip-prinsip *Respectful Midwifery Care* (RMC)
4. Melakukan analisa sosial situasi Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan
5. Mengembangkan strategi mekanisme rujukan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif
6. Melakukan *Respectful Midwifery Care* (RMC) yang komprehensif

[3] Kompas.com (2016). Bidan Praktik Mandiri Bersertifikasi Masih 35 Persen. <https://regional.kompas.com/read/2016/08/08/06275201/bidan.praktik.mandiri.bersertifikasi.masih.35.persen>.

C. Sistematika Modul

Modul pelatihan yang idealnya dilakukan selama tiga (3) hari pelatihan ini terdiri atas tiga (3) bab. Setiap bab terdiri dari dua sampai tiga topik dengan sistematika penyajian sebagai berikut:

Bab 1: Layanan RMC (*Respectful Midwifery Care*) untuk mencegah kematian ibu

- Topik 1: Penyebab dan pencegahan kematian ibu
- Topik 2: Pemenuhan Hak Perempuan dalam Asuhan Kebidanan
- Topik 3: Memahami Pendekatan *Respectful Midwifery Care* (RMC)

Bab 2: Akses Perempuan akan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi yang Komprehensif

- Topik 4: Analisa Sosial situasi Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan
- Topik 5: Membangun Sistem Rujukan Antar Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif

Bab 3: Membangun Asuhan Kebidanan yang Berpihak pada Perempuan yang komprehensif

- Topik 6: *Respectful Midwifery Care* yang komprehensif
- Topik 7: Refleksi dan Rencana Tindak Lanjut

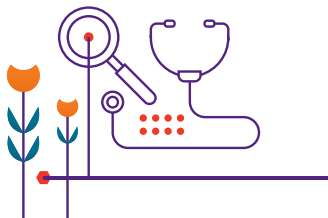
D. Filosofi Pelatihan

Modul Pelatihan *Respectful Midwifery Care* ini diselenggarakan dengan memperhatikan:

1. Prinsip pendidikan kritis, yakni berorientasi pada proses yang:
   a. Membebaskan peserta untuk mengekspresikan dirinya;
   b. Menghargai pengalaman, pendapat dan pandangan peserta;
   c. Mendorong proses diskusi yang dialog dengan cara pandang yang beragam dan mendalam;
   d. Mendorong kolaborasi peserta.

2. Berorientasi kepada peserta, dimana peserta berhak untuk:
   a. Mendapatkan pelatih/fasilitator yang dapat memfasilitasi dengan berbagai metode, melakukan umpan balik, dan menguasai materi pelatihan;
   b. Belajar dengan modal pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki masing-masing;
   c. Melakukan refleksi dan memberikan umpan balik secara terbuka.

3. Berbasis kompetensi, yang memungkinkan peserta untuk:
   a. Mengembangkan keterampilan langkah demi langkah dalam memperoleh kompetensi yang diharapkan dalam pelatihan.



4. *Problem-based learning* yang memungkinkan peserta untuk:
   a. Memperoleh kesempatan melakukan sendiri penerapan teori dalam praktik metode pembelajaran diskusi kelompok, studi kasus, bermain peran dan simulasi.
   b. Melakukan pengulangan maupun perbaikan yang diperlukan.

E. Peran, Fungsi dan Kompetensi Peserta

Peran Peserta

Setelah pelatihan peserta diharapkan dapat mampu mengintegrasikan pendekatan *Respectful Midwifery Care* (RMC) dalam Praktik Mandiri Bidan (PMB) masing-masing.

Fungsi Peserta

Dalam menjalankan perannya sebagai Praktik Mandiri Bidan (PMB), peserta mempunyai fungsi yaitu memberikan asuhan kebidanan yang menerapkan pendekatan *Respectful Midwifery Care* (RMC).

Kompetensi Peserta

Untuk menjalankan perannya, maka setelah pelatihan peserta diharapkan memiliki kompetensi dalam:

1. Memahami pendekatan *Respectful Midwifery Care* (RMC);
2. Melakukan analisis sosial untuk memahami kompleksitas dinamika permasalahan Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR) yang dihadapi perempuan;
3. Melakukan rujukan layanan komprehensif;
4. Mengintegrasikan pendekatan *Respectful Midwifery Care* (RMC) pada Praktik Mandiri Bidan (PMB).

F. Sistematika penggunaan modul

Pembukaan

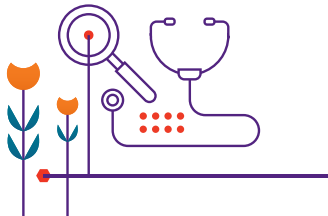
Pembukaan dilakukan untuk mengawali kegiatan pelatihan secara resmi. Proses pembukaan pelatihan meliputi beberapa kegiatan berikut:

1. Sambutan dari Ikatan Bidan Indonesia sekaligus pembukaan;
2. Perkenalan antara peserta dengan para pelatih/fasilitator dan dengan panitia penyelenggara pelatihan, dan juga perkenalan antar sesama peserta. Kegiatan perkenalan dilakukan dengan permainan yang melibatkan seluruh peserta secara aktif.

Membangun Komitmen Belajar

Proses ini ditujukan untuk mempersiapkan peserta dalam mengikuti proses pelatihan. Proses ini meliputi beberapa kegiatan berikut:

1. Penjelasan oleh pelatih/fasilitator tentang tujuan pembelajaran dan kegiatan yang akan dilakukan dalam materi membangun komitmen belajar;
2. Mengemukakan harapan dan kekhawatiran;
3. Klarifikasi harapan dan kekhawatiran;



4. Kesepakatan antara para pelatih/fasilitator, penyelenggara pelatihan dan peserta dalam berinteraksi selama pelatihan berlangsung, meliputi: pengorganisasian kelas, kenyamanan kelas, keamanan kelas, dan lain sebagainya.

Pemberian Wawasan

Kegiatan dilanjutkan dengan memberikan materi sebagai dasar pengetahuan/wawasan yang sebaiknya diketahui peserta dalam pelatihan ini.

Materi tersebut yaitu:

1. Penyebab dan Pencegahan Kematian Ibu (Materi Dasar 1)
2. Pemenuhan Hak Perempuan dalam Asuhan Kebidanan (Materi Dasar 2)
3. Anti Korupsi (Materi Penunjang 3)

Pembekalan Pengetahuan dan Keterampilan

Pemberian materi pengetahuan dan keterampilan dari proses pelatihan mengarah pada kompetensi yang akan dicapai oleh peserta. Penyampaian materi dilakukan dengan menggunakan berbagai metode yang melibatkan semua peserta untuk berperan aktif dalam mencapai kompetensi tersebut, yaitu ceramah tanya jawab, diskusi kelompok, diskusi kasus, dan bermain peran.

Pengetahuan dan keterampilan meliputi materi:

1. Memahami Pendekatan *Respectful Midwifery Care* (Materi Inti 1)
2. Analisa Sosial situasi Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan (Materi Inti 2)
3. Mengembangkan Strategi Mekanisme Sistem Rujukan Antar Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (Materi Inti 3)
4. *Respectful Midwifery Care* (RMC) yang komprehensif (Materi Inti 4)

Refleksi

Setiap hari sebelum proses pembelajaran dimulai, pelatih/fasilitator melakukan kegiatan refleksi. Refleksi dilakukan agar peserta mampu mengidentifikasi perubahan pemahaman, sikap, nilai dan keterampilan dengan RMC pada praktik mandiri bidan.

Pada kegiatan ini pelatih/fasilitator bertugas untuk mengklarifikasi persepsi tentang materi yang sebelumnya diterima sebagai bahan refleksi untuk proses pembelajaran berikutnya. Untuk refleksi akhir, metode yang dilakukan adalah dengan Empat Sudut/*Four Corner* dan menulis surat cinta untuk diri sendiri.

Rencana Tindak Lanjut

Rencana Tindak Lanjut (RTL) dilakukan oleh peserta dengan tujuan untuk merumuskan tindak lanjut peserta di masing-masing Praktik Bidan Mandiri (PMB) setelah mengikuti pelatihan.

Penutup

Acara penutupan adalah sesi terakhir dari semua rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh pejabat yang berwenang dengan susunan acara sebagai berikut:

1. Laporan panitia
2. Pembagian sertifikat
3. Pengarahan dan penutupan oleh pejabat yang berwenang.

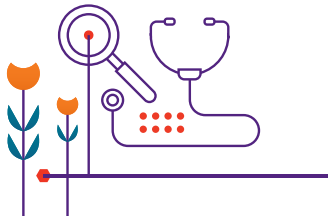


Diagram 1. Proses Pembelajaran

G. Kriteria peserta dan pelatih

Peserta

Kriteria Peserta:

1. Bidan yang memiliki Praktik Mandiri Bidan;
2. Bidan yang bekerja pada Praktik Mandiri Bidan.

Jumlah Peserta:

Jumlah peserta dalam 1 (satu) kelas maksimal 20 orang dengan perbandingan pelatih adalah 1 : 5.

Pelatih

Sebelum menggunakan modul ini, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar modul dapat menjadi alat bantu yang memudahkan pelaksanaan di lapangan, salah satunya adalah prasyarat bagi pelatih yaitu:

1. Menguasai substansi/ materi dan isu-isu yang dibahas dan modul ini serta memiliki nilai-nilai yang terkandung dalam modul ini;
2. Telah mengikuti pelatihan *Training of Trainer* (TOT) *Respectful Midwifery Care* sehingga memiliki keterampilan memfasilitasi dan berkomunikasi dengan peserta;
3. Menguasai kurikulum pelatihan *Respectful Midwifery Care*, terutama GBPP materi yang akan disampaikan;
4. Memiliki sifat terbuka, tidak menghakimi serta memahami hal-hal yang dibahas dalam modul ini;
5. Mampu menggunakan berbagai macam media sebagai alat bantu pembelajaran;
6. Mampu menggunakan berbagai macam metode dalam menyampaikan materi pembelajaran.

H. Penyelenggara dan tempat penyelenggaraan

Penyelenggara

Pelatihan ini diselenggarakan oleh Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia yang bekerja sama dengan Yayasan IPAS Indonesia dan Aliansi Satu Visi (ASV).

Tempat penyelenggaraan

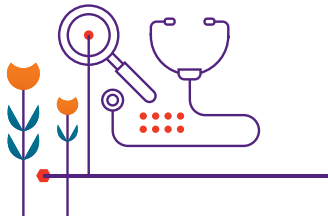
Pelatihan ini diselenggarakan secara tatap muka di tempat yang sarana dan prasarananya mendukung proses pembelajaran.

I. Evaluasi

Pelatih atau Fasilitator

Evaluasi ini dimaksudkan untuk mengetahui seberapa jauh penilaian yang menggambarkan tingkat kepuasan peserta terhadap kemampuan pelatih/fasilitator dalam menyampaikan pengetahuan dan atau keterampilan kepada peserta dengan baik, dapat dipahami dan diserap oleh peserta, meliputi:

1. Penguasaan materi;
2. Penggunaan metode dan alat bantu/ media;
3. Hubungan interpersonal dengan peserta;
4. Pemberian motivasi kepada peserta;
5. Kemampuan komunikasi (kejelasan bicara, sistematika, penggunaan bahasa);



6. Kemampuan menjawab pertanyaan.

Keenam butir tersebut ditanyakan kepada peserta pada saat sesi refleksi dilakukan.

Evaluasi terhadap penyelenggaraan pelatihan

Evaluasi dilakukan oleh peserta terhadap penyelenggaraan pelatihan, yang menunjukkan tingkat kepuasan peserta terhadap penyelenggaraan pelatihan meliputi:

1. Pencapaian tujuan pelatihan;
2. Relevansi program pelatihan dengan tugas;
3. Manfaat setiap materi bagi pelaksanaan tugas peserta di tempat kerja;
4. Bahan pembelajaran yang disediakan;
5. Hubungan peserta dengan pelaksana/ panitia pelatihan;
6. Pelayanan sekretariat terhadap peserta;
7. Pelayanan akomodasi dan lainnya;
8. Pelayanan konsumsi;
9. Pelayanan komunikasi dan informasi.

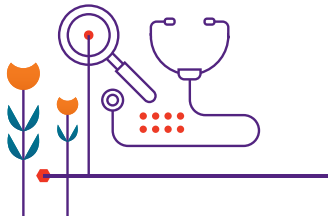
Kesembilan butir tersebut dituangkan dalam bentuk formulir penilaian penyelenggaraan pelatihan, yang dibagikan kepada peserta sebelum pelatihan berakhir.

J. Sertifikasi

Setiap peserta yang telah menyelesaikan proses pembelajaran dengan ketentuan kehadiran 95% dari keseluruhan jumlah jam pelajaran, akan diberikan sertifikat sebagai pelatih atau fasilitator yang dikeluarkan oleh Ikatan Bidan Indonesia dengan angka kredit untuk fasilitator xxx SKP dan peserta xxx SKP

JADWAL PELATIHAN

No	Waktu	Durasi	Sesi
Hari Pertama			
1	**08.00-08.30**	30'	Sambutan Pengurus IBI sekaligus pembukaan
2	**08.30-08.45**	15'	Perkenalan
3	**08.45-09.15**	30'	Membangun komitmen belajar
4	**09.15-11.30**	135'	**Topik 1:** Penyebab dan pencegahan Kematian Ibu
5	**11.30-12.15**	45'	**Topik 2:** Pemenuhan Hak Perempuan dalam Asuhan Kebidanan
6	**12.15-13.15**	120'	Makan siang
7	**13.15-14.45**	90'	**Topik 2:** Pemenuhan Hak Perempuan dalam Asuhan Kebidanan (lanjutan)
8	**14.45-17.00**	135'	**Topik 3**: Memahami Pendekatan RMC
Hari Kedua			
1	**08.00-08.15**	15'	Warming up
2	**08.15-09.00**	45'	Review materi hari pertama
3	**09.00-12.00**	180'	**Topik 4:** Analisa Sosial Situasi Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan
4	**12.00-13.00**	120'	Makan siang
5	**13.00-16.00**	180'	**Topik 5:** Membangun sistem rujukan antar layanan
6	**16.00-17.00**	60'	Pembagian tugas dan persiapan Topik 6



JADWAL PELATIHAN

Hari Ketiga			
1	**08.00-08.15**	15'	Warming up
2	**08.15-09.00**	45'	Review materi hari kedua
3	**09.00-12.00**	180'	**Topik 6:** Membangun Asuhan Kebidanan yang Berpihak pada Perempuan yang komprehensif
4	**12.00-13.00**	120'	Makan siang
5	**13.00-15.45**	135'	**Topik 7:** Refleksi dan Rencana tindak Lanjut
6	**15.45-16.30**	45'	Anti korupsi
7	**16.30-16.50**	20'	Evaluasi penyelenggaraan
8	**16.50-17.00**	10'	Penutupan

01

LAYANAN *RESPECTFUL MIDWIFERY CARE* UNTUK MENCEGAH KEMATIAN IBU

BAB 1

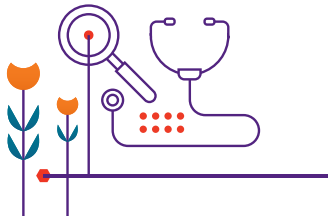
Layanan *Respectful Midwifery Care* untuk Mencegah Kematian Ibu

Pengantar

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) menargetkan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) hingga 183/100.000 kelahiran hidup pada 2024. Sayangnya, berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, tercatat AKI di Indonesia masih jauh dari target yang telah disepakati yakni 305/100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data Sistem Registrasi Sampel (SRS) Litbang 2016, terdapat 3 penyebab utama kematian ibu di Indonesia yaitu gangguan hipertensi (komplikasi yang berhubungan dengan hipertensi) (34%), perdarahan (27%), dan komplikasi non-obstetri (16%).

Kematian ibu disebabkan oleh berbagai faktor. Faktor penyebabnya tidak hanya masalah klinis kebidanan (medis), tetapi juga disebabkan oleh faktor-faktor non-klinis kebidanan yang dipengaruhi faktor sosial, budaya, agama, dan ekonomi. Kematian Ibu di Indonesia seharusnya dapat dicegah dengan perencanaan kehamilan yang baik dan akses layanan kesehatan reproduksi perempuan yang universal dan merata diseluruh Indonesia. Dalam pemenuhan Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR), bidan memiliki peran strategis dan sangat unik dalam posisinya sebagai mitra perempuan. Posisi unik ini membuat bidan mempunyai akses untuk lebih memahami dan melayani kebutuhan perempuan dalam menjalani siklus kehidupan reproduksi dan seksualitasnya melalui asuhan yang berkesinambungan (*continuity of care*).

Oleh karena itu, bab ini akan membahas materi mengenai penyebab dan pencegahan kematian ibu, Hak Perempuan dalam *Respectful Midwifery Care*, serta prinsip layanan *Respectul Midwifery Care* sebagai langkah komprehensif dalam pemenuhan HKSR perempuan.



TOPIK 1 Penyebab dan Pencegahan Kematian Ibu

Jadwal

Sesi	Metode	Waktu
Pembukaan	Ceramah	5 menit
Penyampaian pokok bahasan	• Pemutaran film • Curah pendapat • Ceramah dengan PPT • Diskusi tanya jawab	125 menit
Penutup	Ceramah	5 menit
Total waktu		**135 menit**

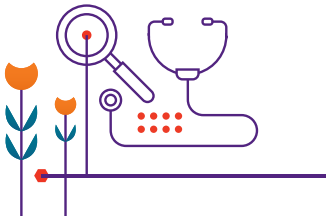
Tujuan

Peserta diharapkan mampu:

1. Menjelaskan penyebab utama kematian ibu;
2. Menjelaskan peran bidan dalam pencegahan kematian ibu.

Pesan kunci

- Peserta memahami tiga (3) penyebab medis kematian ibu yakni: komplikasi yang berhubungan dengan hipertensi, perdarahan, dan komplikasi non-obstetri; dimana ketiga hal ini berhubungan dengan kondisi kesehatan sehari-hari seperti anemia, kondisi rumah, perilaku hidup bersih sehat, dan lain sebagainya.
- Ketiga penyebab medis tersebut sangat erat kaitannya dengan kondisi sosial budaya setempat.



- Fasilitator perlu menekankan bahwa bidan memiliki peran strategis dan sangat unik sebagai mitra perempuan di masyarakat, terutama dalam pemenuhan kebutuhan perempuan dalam menjalani siklus kehidupan reproduksi dan seksualitasnya. Sehingga penting bagi bidan untuk selalu meningkatkan pengetahuan klinis terbaru. Selain itu bidan juga mempunyai akses untuk melakukan analisa yang lebih mendalam tentang penyebab kesakitan dan kematian perempuan terkait kehamilan. Hal ini akan menjadi pengantar kepada sesi-sesi berikutnya mengenai pendalaman nilai-nilai kebidanan dan analisa sosial.

Materi

1. PENYEBAB UTAMA KEMATIAN IBU

Angka Kematian Ibu (AKI) menggambarkan angka kematian ibu karena kehamilan, persalinan dan masa nifas pada tiap 100.000 kelahiran hidup dalam wilayah dan waktu tertentu. AKI merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan di suatu negara karena menggambarkan status kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, kondisi populasi, pembangunan, kesetaraan gender, dan pemberdayaan perempuan di suatu wilayah.

Setiap tahunnya, diperkirakan terdapat 5 juta kehamilan di Indonesia. Dari jumlah tersebut, 2 ibu hamil meninggal setiap jam karena komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas. Data tahun 2012 menyatakan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup (KH). Pada tahun 2015, data Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) menunjukkan penurunan AKI menjadi 305/100.000 KH. Meskipun demikian, penurunan AKI belum signifikan dan masih jauh dari target RPJMN yang menargetkan penurunan hingga 183/100.000 pada 2024. AKI yang masih tinggi menunjukkan gambaran belum maksimalnya pembangunan, khususnya dalam sektor kesehatan di Indonesia.

Berdasarkan data Sistem Registrasi Sampel Penelitian dan Pengembangan (SRS Litbang) 2016, terdapat 3 penyebab utama kematian ibu di Indonesia yaitu **gangguan hipertensi (komplikasi yang berhubungan dengan hipertensi) (34%), perdarahan (27%), dan komplikasi non-obstetri (16%)**. Penyebab kematian lainnya terdiri dari komplikasi obstetri lainnya (12%), infeksi dalam kehamilan (6%), dan lain-lain (5%). Data tersebut menunjukan pergeseran pada penyebab 3 besar, dimana sebelumnya infeksi menduduki peringkat 3 dan digantikan dengan komplikasi non-obstetri.

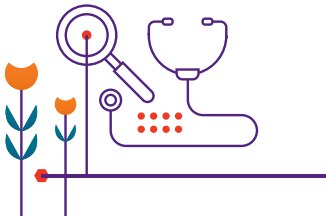
Komplikasi non-obstetri seharusnya tidak banyak berkontribusi terhadap kematian ibu, karena komplikasi non-obstetri sebagian besar dapat dideteksi sebelum terjadinya kehamilan, kecuali beberapa kasus yang terjadi karena kecelakaan dan/atau kekerasan. Bisa jadi pada bagian ini, ada kontribusi keadaan ekonomi, akses kontrasepsi, sosial budaya, dan lainnya, sehingga sangat penting untuk melakukan pengkajian mendalam kontribusi kasus non-obstetri terhadap AKI. Dengan perencanaan kehamilan yang baik sebelum kehamilan, termasuk di dalamnya keterlibatan pasangan, seharusnya dapat mencegah kematian akibat kasus non-obstetri

Selain itu, perdarahan masih menjadi penyebab utama kematian ibu dan belum bergeser dari sejak beberapa dekade. Salah satu penyumbang kematian akibat perdarahan adalah keguguran dan aborsi tidak aman. Menurut data litbangkes 2012, keguguran menyumbang 4,1% penyebab perdarahan yang berujung pada kematian ibu. Meskipun, belum ada data epidemiologis yang akurat untuk menggambarkan kondisi terkini di masyarakat, namun penelitian di tahun 2000 memperkirakan bahwa angkanya mencapai 2 juta per tahun. Lebih lanjut, data Riskesdas tahun 2010 menyebutkan bahwa 49,4% upaya pengguguran kehamilan dilakukan oleh diri sendiri, dan metode yang paling sering digunakan meliputi pil (39,7%), jamu (39%), dan pijat (16,3%).

Penyebab langsung (klinis) kematian ibu di Indonesia tentunya tidak serta merta terjadi begitu saja. Komplikasi klinis kebidanan terjadi karena rentetan cerita yang panjang tentang kehidupan seorang perempuan dalam menjalani siklus hidupnya. Komplikasi klinis kebidanan ini terjadi karena dampak dari beberapa penyebab tidak langsung yakni **3 Terlambat** yaitu terlambat mengambil keputusan di tingkat keluarga, terlambat merujuk/ transportasi dan terlambat menangani dan **4 Terlalu** yaitu melahirkan terlalu muda (dibawah 20 tahun), terlalu tua (diatas 35 tahun), terlalu dekat (jarak melahirkan kurang dari 2 tahun) dan terlalu banyak (lebih dari 4 kali).

Penyebab tidak langsung tersebut merupakan kontribusi dari beberapa faktor seperti keadaan sosial, ekonomi, diskriminasi gender, politik, pendidikan, geografis dan sosial-budaya, serta masih banyak faktor lain yang terdapat di lingkungan masyarakat sehingga berdampak terhadap status kesehatan perempuan. Kesenjangan dalam akses ke perawatan terutama untuk populasi yang rentan, kualitas perawatan yang buruk yang tersedia, kekurangan yang parah dalam infrastruktur sistem kesehatan dan tenaga kerja, dan dampak faktor ekonomi, politik, sosio-demografi dan lingkungan semuanya berkontribusi secara signifikan terhadap risiko hasil kesehatan ibu yang buruk dan menghambat kemajuan menuju pengurangan mortalitas dan morbiditas.

Kematian ibu tentunya berdampak negatif terhadap kesejahteraan, kualitas hidup, serta kesehatan keluarga dan masyarakat karena kematian ibu memberikan dampak berantai terhadap kesejahteraan masyarakat. Tingginya kematian dan morbiditas ibu berdampak terhadap status kesehatan anak di Indonesia. Pada 1000 hari pertama kehidupan anak, peran seorang ibu memiliki peran krusial dalam pemenuhan nutrisi dan kasih sayang. Sehingga tanpa ibu yang sehat dan sejahtera, maka akan sangat berdampak terhadap kualitas pertumbuhan dan perkembangan anak di masa depan.



Angka Kematian Ibu dalam Rantai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*)

Sustainable Development Goals (SDGs) merupakan upaya pembangunan berkelanjutan yang menjadi acuan dalam kerangka pembangunan negara-negara di dunia sebagai pengganti *Millenium Development Goals* (MDGs) yang telah berakhir di tahun 2015. Seluruh isu kesehatan dalam SDGs diintegrasikan dalam satu tujuan yakni tujuan nomor 3, yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Terdapat 38 target SDGs di sektor kesehatan yang perlu diwujudkan, salah satunya adalah mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) hingga 70 per 100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2030.

Program yang diusung untuk mewujudkan SDGs dalam bidang kesehatan adalah Program Indonesia Sehat dengan 3 pilar yakni paradigma sehat, pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional.

1. Paradigma sehat merupakan sebuah pendekatan yang mengedepankan konsep promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan dan menempatkan kesehatan sebagai input dari sebuah proses pembangunan.
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan dan diarahkan untuk peningkatan Akses dan mutu pelayanan. Dalam hal pelayanan kesehatan primer diarahkan untuk upaya pelayanan promotif dan preventif, melalui pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan baik dalam tatanan tata kelola klinis, tata kelola manajemen dan tata kelola program.
3. Jaminan Kesehatan Nasional, negara bertekad untuk menjamin seluruh penduduk dan warga negara asing yang tinggal di Indonesia dalam pelayanan kesehatannya.

2. STRATEGI UNTUK MENGAKHIRI ANGKA KEMATIAN IBU:

Kematian ibu dapat dicegah dengan 5 strategi besar seperti:

1. Mengatasi ketidaksetaraan dalam akses dan kualitas layanan kesehatan reproduksi, ibu, dan bayi baru lahir;
2. Memastikan cakupan kesehatan secara menyeluruh untuk kesehatan reproduksi, ibu, dan bayi baru lahir yang komprehensif;
3. Mengatasi semua penyebab kematian ibu, reproduksi dan morbiditas ibu, dan kecacatan. Baik penyebab medis maupun non-medis. Termasuk di dalamnya adalah 3 pilar penting untuk menurunkan AKI yang disebabkan karena aborsi tidak aman, yaitu:
    - Pendidikan Seksual yang komprehensif;
    - Akses terhadap kontrasepsi yang universal;

- Layanan aborsi aman. pada negara dengan pembatasan terhadap akses aborsi aman, penguatan asuhan pasca keguguran yang komprehensif dapat menekan kematian dan kesakitan perempuan akibat aborsi tidak aman. Sehingga peran bidan menjadi sangat penting untuk memastikan setiap perempuan dan remaja perempuan yang mengalami keguguran mendapatkan akses APK komprehensif yang berpusat pada perempuan.

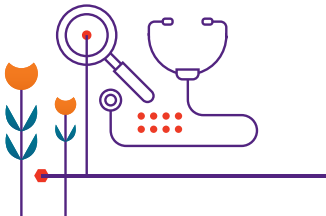
4. Memperkuat sistem kesehatan untuk mengumpulkan data berkualitas tinggi untuk menjawab kebutuhan dan prioritas perempuan dan anak perempuan; dan
5. Memastikan akuntabilitas untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan kesetaraan

3. PERAN BIDAN DALAM PENCEGAHAN KEMATIAN IBU

Diperkirakan 15% kehamilan dan persalinan akan mengalami komplikasi. Sebagian komplikasi ini dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani bila: 1) ibu segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan; 2) tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, antara lain penggunaan partograf untuk memantau perkembangan persalinan, dan pelaksanaan manajemen aktif kala III (MAK III) untuk mencegah perdarahan pasca-salin; 3) tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasi dini komplikasi; 4) apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan pertolongan pertama dan melakukan tindakan stabilisasi pasien sebelum melakukan rujukan; 5) proses rujukan efektif; 6) pelayanan di RS yang cepat dan tepat guna.

Berdasarkan data WHO, bidan dapat memenuhi 87% kebutuhan layanan kesehatan esensial perempuan. Hal ini menunjukan bahwa seorang bidan mampu memberikan pemenuhan kebutuhan perempuan terkait kesehatan seksual dan reproduksinya dan menjaga perempuan tersebut untuk tetap sehat agar dapat menjalankan kehidupan yang berkualitas untuk dirinya maupun keluarganya. Kematian Ibu di Indonesia seharusnya dapat dicegah dengan perencanaan kehamilan yang baik dan akses layanan kesehatan reproduksi perempuan yang universal dan merata diseluruh Indonesia.

Bidan sebagai mitra, menempatkan perempuan sebagai pusat atau subyek layanan kebidanan. Hal ini sesuai dengan prinsip layanan yang berpusat pada perempuan yang mengedepankan hak-hak perempuan. Salah satu implementasinya dalam asuhan kebidanan adalah dengan pemberdayaan perempuan melalui proses komunikasi, informasi dan konseling untuk memastikan perempuan berdaya dan mampu mengambil keputusan atas dirinya sendiri. Oleh sebab itu, seorang bidan akan mampu memberdayakan dan mengubah hidup satu keluarga dalam satu waktu bersamaan. Sehingga, asuhan yang diberikan oleh seorang bidan dapat memberikan efek berantai terhadap unit keluarga, masyarakat dan negara melalui pemberdayaan perempuan.



Salah satu program pemerintah yang menempatkan bidan sebagai aktor penting adalah program PMTCT (pencegahan penularan HIV dari ibu ke janin/bayi) melalui pemeriksaan Antenatal Care terpadu. Selain itu, dalam paket antenatal terdapat kelas ibu hamil sebagai upaya edukasi terhadap ibu hamil. Adapun materi penting yang disampaikan terkait nutrisi seimbang, penyakit menular seksual, tanda bahaya kehamilan, perencanaan kehamilan, menjaga kebersihan tubuh dan vulva, serta masih banyak lainnya. Melalui pemeriksaan kehamilan rutin dalam ANC terpadu tersebut maka terjadi proses edukasi dan pemberdayaan terhadap perempuan.

Peran dan pengabdian bidan tidak hanya memberikan asuhan kebidanan, tetapi juga memberdayakan masyarakat menjadi masyarakat mandiri dari mulai unit terkecil (keluarga) hingga masyarakat luas. Selain itu, bidan juga membantu pencatatan dan pelaporan keadaan kesehatan perempuan (khususnya ibu), bayi, anak dan balita kepada pemerintah Indonesia, sehingga dapat dijadikan data nasional.

Bahan bacaan rujukan:

- WHO Website. Maternal Mortality. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Media dan alat bantu

1. *Que card* berisi pertanyaan pemantik
2. Slide tentang data dan update klinis penanganan medis terkait kematian ibu
3. Video mengenai kasus kematian ibu. Contohnya adalah Mengapa Simbok Meninggal

Langkah-langkah penyampaian sesi

1. Pembukaan (5 menit)

- Fasilitator membuka sesi dengan menjelaskan alur dan tujuan sesi

2. Pemutaran video dan diskusi (60 menit)

- Fasilitator memutarkan video mengenai pengalaman bidan dalam menghadapi kasus yang berhubungan dengan kesakitan perempuan dan kematian ibu, sebagai pemantik diskusi. Salah satu video yang bisa diputar adalah video Mengapa Simbok Meninggal yang merupakan video animasi mengenai berbagai faktor yang menyebabkan perempuan hamil mengalami kematian.
- Fasilitator meminta peserta untuk bercerita mengenai pengalaman dalam menangani situasi darurat medis yang berhubungan dengan kesakitan perempuan dan kematian ibu.

Berikut adalah poin pertanyaan pemantik yang dapat ditanyakan:.

- Apakah situasi yang ditampilkan dalam video masih relevan dengan situasi saat ini?
- Apa kasus nyata yang pernah dialami/ dilihat?
- Mengapa hal tersebut dapat terjadi?
- Apa penanganan yang bisa dilakukan?

3. Pembahasan (65 menit)

- Setelah sesi berbagi pengalaman, fasilitator menampilkan presentasi berisi data terkait penyebab kematian ibu terbanyak saat ini. Presentasi ini akan meliputi:
  - AKI di Indonesia berdasarkan data terbaru
  - Penyebab teratas AKI meliputi komplikasi yang berhubungan dengan hipertensi, perdarahan, dan komplikasi non-obstetri, komplikasi obstetri lainnya, infeksi dalam kehamilan
  - Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan di suatu negara
  - Dampak berantai dari kematian ibu terhadap kesejahteraan keluarga, masyarakat, dan negara
  - Analisa singkat 3 penyebab kematian ibu dan pergeseran penyebab yang terjadi, seperti infeksi digantikan dengan komplikasi non obstetri
- Setelah pemaparan data, fasilitator melanjutkan dengan menyampaikan hal klinis terbaru tentang cara penanganan dan pencegahan 3 penyebab kematian ibu. Presentasi ini akan meliputi:
  - Cara pencegahan dan penanganan komplikasi yang berhubungan dengan hipertensi, perdarahan, dan komplikasi non-obstetri
- Fasilitator mempersilahkan para peserta untuk mengajukan pertanyaan, terkait hal-hal yang perlu diperdalam lebih lanjut.
- Fasilitator menyampaikan kembali, pesan-pesan kunci pada sesi ini.

4. Penutup (5 menit)

TOPIK 2 Pemenuhan Hak Perempuan dalam Asuhan Kebidanan

Jadwal

Sesi	Metode	Waktu
Pembukaan	Ceramah	5 menit
Penyampaian pokok bahasan	• Bermain peran • Curah pendapat • Diskusi Kelas	125 menit
Penutup	Ceramah	5 menit
Total waktu		**135 menit**

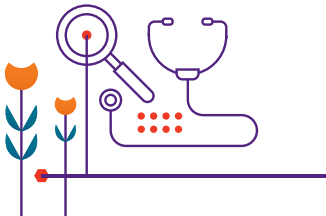
Tujuan

Peserta diharapkan mampu:

1. Menjelaskan hak perempuan berdasarkan kode etik bidan yang sejalan dengan UU Kebidanan dan *Bill of Rights* dalam *International Confederation of Midwives*.
2. Menjelaskan kewajiban dan hak bidan yang sejalan dengan UU Kebidanan dan *International Confederation of Midwives*.

Pesan kunci

- Peserta memahami bahwa dalam memberikan pelayanan, bidan wajib memenuhi hak pasien untuk mendapatkan pelayanan dengan memberikan pilihan, tidak menghakimi, menghargai kerahasiaan dan berdasarkan persetujuan dari perempuan.
- Fasilitator perlu menekankan bahwa Bidan merupakan penyedia layanan kesehatan yang memiliki peran strategis dan sangat unik sebagai mitra perempuan di masyarakat,



terutama dalam pemenuhan kebutuhan perempuan dalam menjalani siklus kehidupan reproduksi dan seksualitasnya melalui asuhan berkesinambungan (*continuity of care*).

- Untuk menjamin tersedianya layanan yang berkualitas, bidan berhak mendapatkan peningkatan kapasitas secara berkala sebagai tanggung jawab dari profesi (IBI).
- Selain Hak Bidan dan Hak Pasien, bidan perlu memahami bahwa berdasarkan dokumen *International Confederation of Midwives* (ICM), bidan memiliki peran unik dalam pemenuhan HKSR perempuan, yakni:

1. Bermitra dengan perempuan untuk mempromosikan kesehatan ibu, bayi, balita dan keluarga, serta mempromosikan sikap sadar kesehatan dan meningkatkan kesadaran pentingnya menjaga kesehatan diri;
2. Menghargai hak asasi manusia dan memandang perempuan sebagai seseorang yang memiliki hak asasi penuh sebagai manusia;
3. Melakukan advokasi untuk perempuan agar mereka dapat mengambil keputusan yang sesuai dengan kebutuhannya;
4. Sensitif terhadap kultur/budaya, termasuk bekerja dengan perempuan dan tenaga kesehatan lainnya untuk menjadi perempuan dan bayi dari budaya-budaya yang dapat membahayakan diri mereka.

Materi

1. HAK-HAK PEREMPUAN SEBAGAI PENERIMA LAYANAN

Berdasarkan *International Confederation of Midwives* (ICM) yang sejalan dengan Undang-undang Kebidanan, perempuan sebagai klien yang menerima layanan dari Bidan memiliki hak, antara lain:

- Hak untuk mendapatkan layanan persalinan dari bidan yang terampil dan kompeten;
- Hak Bayi untuk memiliki Ibu yang sehat dan teredukasi baik;
- Hak untuk dihormati sebagai manusia;
- Hak atas keselamatan tubuhnya;
- Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi;
- Hak untuk mendapatkan informasi kesehatan terkini;

- Hak untuk berpartisipasi aktif dalam pembuatan keputusan atas pelayanan kesehatan yang diterima dan menawarkan informed consent;
- Hak untuk kerahasiaan;
- Hak untuk memilih tempat dimana dia akan bersalin.

Selain hak perempuan dalam mengakses layanan dari bidan yang sudah dijamin oleh Bill of Rights di ICM, secara lebih mendasar Hak perempuan atas kesehatan reproduksi juga dijamin dalam Pasal 12 Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development*/ICPD) tahun 1994 di Kairo. ICPD merumuskan kesehatan reproduksi meliputi "keadaan sehat dan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan fungsi, sistem, dan proses-prosesnya." Indonesia merupakan salah satu negara peserta dalam konferensi ICPD dan berkomitmen untuk melaksanakan hasil konferensi. Pada tahun 1996, *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) merumuskan **12 Hak Kesehatan Reproduksi** berdasarkan ICPD 1994, yang meliputi:

1. Hak untuk hidup;
2. Hak atas kebebasan dan keamanan;
3. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi, termasuk kehidupan keluarga dan reproduksinya;
4. Hak atas kerahasiaan pribadi;
5. Hak untuk kebebasan berpikir;
6. Hak untuk mendapatkan informasi dan pendidikan;
7. Hak untuk memilih bentuk keluarga, dan hak untuk membangun dan merencanakan berkeluarga;
8. Hak untuk memutuskan kapankan dan akankah punya anak;
9. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan;
10. Hak untuk mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi;
11. Hak kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam hal berpolitik;
12. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk.

Selain Hak Kesehatan Reproduksi, IPPF juga merumuskan **10 Hak Kesehatan Seksual** untuk menjamin pemenuhan HKSR yang bermakna, yakni:

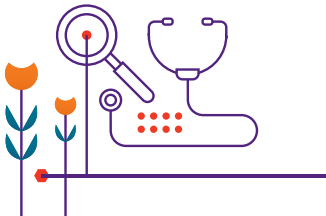
1. Hak kesetaraan, perlindungan yang sama dimuka hukum dan bebas dari semua bentuk diskriminasi yang berbasis seks, seksualitas dan gender;
2. Hak untuk berpartisipasi bagi semua orang tanpa memandang jenis kelamin, seksualitas dan gender;
3. Hak untuk hidup, kebebasan, keamanan seseorang dan kebertubuhan;

4. Hak untuk keleluasaan pribadi;
5. Hak untuk otonomi pribadi dan pengakuan di muka hukum;
6. Hak untuk kebebasan berpikir, berpendapat dan berekspresi dan berserikat;
7. Hak untuk sehat dan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan;
8. Hak untuk pendidikan dan informasi;
9. Hak untuk memilih ya atau tidak menikah, mencari dan merencanakan berkeluarga, hak untuk memutuskan ya atau tidak, bagaimana dan kapan mempunyai anak;
10. Hak untuk akuntabilitas dan pemulihan.

2. HAK DAN KEWAJIBAN BIDAN BERDASARKAN UNDANG-UNDANG KEBIDANAN YANG SEJALAN DENGAN BILL OF RIGHTS DALAM *INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES* (ICM)

Bidan dalam melaksanakan praktik kebidanan **berkewajiban** untuk:

1. Memberikan Pelayanan Kebidanan sesuai dengan kompetensi, kewenangan, dan mematuhi kode etik profesi, standar profesi, standar pelayanan profesi, standar prosedur operasional;
2. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan lengkap mengenai asuhan Kebidanan kepada Klien/Pasien dan/atau keluarganya sesuai kewenangannya;
3. Memperoleh persetujuan dari Klien/Pasien atau keluarganya atas asuhan yang akan diberikan;
4. Merujuk Klien/Pasien yang tidak dapat ditangani ke dokter atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
5. Mendokumentasikan Asuhan Kebidanan sesuai dengan standar;
6. Menjaga kerahasiaan Klien/Pasien;
7. Menghormati hak Klien/Pasien;
8. Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari dokter sesuai dengan Kompetensi Bidan;
9. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat;
10. Meningkatkan mutu Pelayanan Kebidanan;
11. Mempertahankan dan meningkatkan pengetahuan dan kompetensi melalui pendidikan formal dan informal dan/atau pelatihan; dan/atau
12. Melakukan pertolongan awal kegawatdaruratan, stabilisasi dan rujukan.



Selain kewajiban, dalam menjalankan tugasnya bidan juga memiliki **Hak-hak** berdasarkan Undang-undang Kebidanan:

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi, kewenangan, dan mematuhi kode etik, standar profesi, standar pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional;
2. Memperoleh informasi yang benar, jelas, jujur, dan lengkap dari Klien dan/atau keluarganya;
3. Menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
4. Menerima imbalan jasa atas Pelayanan Kebidanan yang telah diberikan;
5. Memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar;
6. Mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesi.

Bahan bacaan fasilitator

- ICM. International Code of Ethics for Midwives.
- ICM. Bill of Rights.

Media dan alat bantu

1. Pemeran pasien dalam role play yang berasal dari pihak eksternal (non peserta);
2. Instruksi dan kasus untuk menjalankan bermain peran;
3. Poin pertanyaan untuk refleksi;
4. Kertas plano, metaplan, spidol.

Langkah-langkah penyampaian sesi

1. **Pembukaan (5 menit)**
   - Fasilitator membuka sesi dengan menjelaskan alur dan tujuan sesi
2. **Persiapan Bermain Peran (10 menit)**

   Fasilitator menjelaskan tata cara mengenai bermain peran dan meminta 1-2 volunteer dari peserta untuk menjadi bidan di dalam bermain peran yang akan dimainkan
   - Bermain peran ini bertujuan untuk melihat sejauh mana pemahaman bidan akan pemenuhan hak perempuan sebagai klien, sekaligus melihat bagaimana gambaran umum bidan dalam menjalankan perannya sehari-hari

- Bermain peran akan dimainkan dalam durasi 15 menit. Jika dirasa proses bermain peran masih belum memenuhi tujuan maka dapat dilakukan 1 proses bermain peran lagi dengan skenario yang berbeda
- Pemeran klien dalam bermain peran akan diperankan oleh pihak dari luar peserta yang sudah diberikan informasi mengenai skenario yang akan dimainkan. Pemeran klien wajib diberikan pengarahan minimal 1 hari sebelum pelatihan
- Di dalam modul ini terdapat beberapa skenario untuk bermain peran, jika dirasa perlu maka fasilitator dapat mempersiapkan skenario lain yang lebih relevan
- Peserta yang diminta menjadi bidan tidak diberi informasi mengenai skenario bermain peran. Peserta hanya diberi informasi mengenai setting lokasi Praktek Mandiri Bidan (desa/kota/pegunungan/pesisir)

3. Bermain Peran (60 menit)

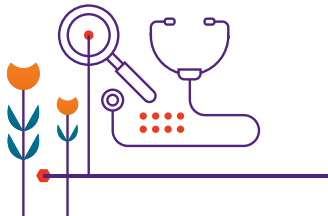
- Jika para pemeran bermain peran sudah siap, maka fasilitator dapat mempersilahkan para pemeran untuk memulai bermain peran dalam latar di Praktik Mandiri Bidan.

4. Refleksi dan pembahasan (30 menit)

- Setelah sesi bermain peran, fasilitator mengajak peserta untuk refleksi dari bermain peran yang disaksikan. Sebelum menanyakan kepada peserta, fasilitator menanyakan terlebih dahulu kepada pemeran roleplay mengenai:
  - Apa yang dirasakan setelah *role play*?
  - Dari sisi pemeran pasien, apakah merasa haknya sudah terpenuhi?
  - Dari sisi pemeran bidan, apakah yang menjadi penghambat dalam memberikan asuhan kebidanan?
- Setelah bertanya kepada pemeran *role play*, fasilitator membagikan metaplan kepada peserta dan meminta peserta untuk berefleksi dari proses role play terkait:
  - Apa saja hak perempuan yang sudah dan belum terpenuhi dilihat dari proses anamnesa, diagnosa pasien, analisa, penanganan?
  - Apa yang harus dilakukan jika pada realita di lapangan ada hak yang berbenturan?
- Fasilitator meminta peserta untuk menuliskan jawaban dalam metaplan yang telah dibagikan;
- Setelah peserta selesai menulis, fasilitator meminta peserta untuk menempelkan metaplan dalam plano yang sudah disediakan;
- Sebelum fasilitator membacakan jawaban dari peserta, fasilitator dapat memantik diskusi dengan menanyakan apakah situasi yang ditampilkan relevan dengan situasi sehari-sehari saat memberikan pelayanan dan meminta peserta untuk bercerita;
- Fasilitator membahas jawaban peserta yang sudah ditempelkan dalam metaplan dan mengajak peserta berefleksi apa yang menjadi penghambat dalam pemenuhan hak perempuan yang mengakses asuhan kebidanan.

5. Pendalaman materi dan kesimpulan (25 menit)

- Setelah refleksi, fasilitator mengajak peserta untuk mengingat kembali apa saja yang menjadi hak bidan dan hak perempuan sebagai penerima layanan. Fasilitator dapat menggunakan metaplan untuk mencatat jawaban peserta dan menempelkannya pada plano;



- Fasilitator menyampaikan presentasi berisi paparan mengenai hak bidan dan hak perempuan sebagai penerima layanan;
- Fasilitator mempersilahkan para peserta untuk mengajukan pertanyaan, terkait hal-hal yang perlu diperdalam lebih lanjut;
- Fasilitator menyampaikan kembali, pesan-pesan kunci pada sesi ini.

6. Penutup (5 menit)

TOPIK 3 Pendekatan *Respectful Midwifery Care* (RMC)

Jadwal

Sesi	Metode	Waktu
Pembukaan	Ceramah	5 menit
Penyampaian pokok bahasan	• Diskusi kelompok • Presentasi Kelompok • Diskusi Kelas	125 menit
Penutup	Ceramah	5 menit
Total waktu		**135 menit**

Tujuan

Peserta diharapkan mampu:

1. Menjelaskan *Respectful Midwifery Care*

Pesan kunci

- Peserta memahami bahwa dalam memberikan pelayanan, bidan memiliki tanggung jawab untuk memberikan layanan yang berpihak pada perempuan karena perempuan mempercayakan nyawanya pada bidan.
- Bidan merupakan agen pembaharu yang sangat dekat dengan masyarakat yang salah satu peran pentingnya adalah memberdayakan perempuan dan masyarakat. Untuk itu, penting bagi bidan agar selalu menghormati dan menghargai pasien yang datang.

Materi

1. SEJARAH GLOBAL PENDEKATAN "*RESPECTFUL MIDWIFERY CARE*"

Setiap perempuan di seluruh dunia memiliki hak untuk menerima *Respectful Midwifery Care* (RMC). Pendekatan "*Respectful Midwifery Care*" telah berkembang sejak beberapa dekade terakhir yang mencakup berbagai perspektif dan kerangka kerja. Pada November 2000, *International Conference on the Humanization of Childbirth* di Brasil menyoroti maraknya persalinan dengan tindakan operasi caesar, serta meningkatnya kekhawatiran atas tindakan kekerasan pada pelayanan obstetri dan ginekologi. Para advokat menekankan perlunya memanusiakan proses kehamilan dan kelahiran, dengan mengambil pendekatan yang berpusat pada perempuan (*women-centered approach*).

Konsep "kekerasan pada layanan obstetrik dan ginekologi" mendapatkan momentum dalam gerakan kesehatan maternal global semenjak menguatnya gerakan aktivisme persalinan di Amerika Latin pada 1990-an yang dimotori oleh Jaringan Humanisasi Persalinan dan Kelahiran (ReHuNa) di Brasil, diikuti oleh Jaringan Kemanusiaan Amerika Latin dan Karibia (RELACAHUPAN). Pada tahun 2007, Venezuela secara formal mendefinisikan "kekerasan layanan kebidanan" sebagai perampasan tubuh perempuan dan proses reproduksi oleh tenaga kesehatan, yang diekspresikan dengan perlakuan yang tidak manusiawi, penyalahgunaan medikalisasi dan patologisasi proses alam, yang mengakibatkan hilangnya otonomi dan kemampuan perempuan untuk memutuskan secara bebas tentang tubuh dan seksualitas mereka, yang berdampak negatif pada kualitas hidup mereka.

Disrespect and abuse (D&A)

Disrespect and abuse (disingkat D&A), sebuah konsep yang terkait erat dengan kekerasan dalam pelayanan obstetri dan ginekologi, telah didokumentasikan di banyak negara di seluruh dunia. Penelitian membuktikan bahwa perempuan yang pernah mengalami D&A oleh petugas kesehatan lebih kecil kemungkinannya untuk melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam analisisnya, Bowser dan Hill (2010) menggambarkan 7 kategori layanan kebidanan yang termasuk dalam D&A selama persalinan: pelecehan fisik, perawatan klinis tanpa persetujuan, perawatan non-rahasia, perawatan tidak bermartabat, diskriminasi, pengabaian dan penahanan di fasilitas kesehatan. Kajian sistematis tahun 2015 memperbarui definisi D&A sebagai berikut:

- Pelecehan fisik
- Pelecehan seksual
- Pelecehan verbal
- Stigma dan diskriminasi
- Malpraktik
- Hubungan yang buruk antara perempuan dan penyedia layanan kesehatan
- Kondisi dan kendala sistem kesehatan

2. DEFINISI RMC

RMC didefinisikan sebagai pelayanan kebidanan yang berpihak pada perempuan, adalah suatu filosofi dasar dan pendekatan praktis yang secara sadar dipilih dalam pemberian layanan pada perempuan yang dibangun melalui interaksi yang baik dan saling terbuka untuk menciptakan Hubungan yang kolaboratif antara perempuan dan bidan. Filosofi ini mengakui dan saling menghormati keahlian, kekuatan, dan kelebihan perempuan maupun bidan, dan Memiliki fokus yang seimbang antara pengalaman perempuan dan juga kesehatan/ kesejahteraan dari ibu dan bayinya.

3. PRINSIP RMC

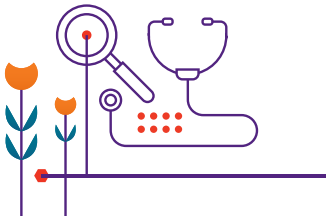
Prinsip-prinsip RMC yakni:

- Bersifat emansipatoris;
- Memberdayakan perempuan;
- Kemitraan perempuan - Bidan;
- Layanan holistik untuk perempuan;
- Hubungan kolaboratif perempuan – Bidan - profesi kesehatan

4. PENTINGNYA RMC

RMC bukan hanya komponen penting dari kualitas asuhan; melainkan hak asasi manusia. Pada tahun 2014, WHO merilis pernyataan yang menyerukan pencegahan dan penghapusan D&A selama persalinan, yang menyatakan bahwa "setiap perempuan memiliki hak untuk mencapai standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai, termasuk hak atas asuhan yang bermartabat dan terhormat selama kehamilan dan persalinan." WHO juga menyerukan mobilisasi pemerintah, penentu kebijakan, peneliti, advokat, dan komunitas untuk mendukung RMC. Pada tahun 2016, WHO menerbitkan pedoman baru untuk meningkatkan kualitas asuhan ibu dan bayi baru lahir di fasilitas kesehatan, yang mencakup peningkatan fokus pada penjaminan penghormatan dan martabat perempuan hamil dan melahirkan.

Penelitian di berbagai negara menunjukkan bahwa persepsi dan pengalaman perempuan terhadap sikap dari penyedia layanan kebidanan menentukan akses perempuan ke layanan tersebut. Bahkan persepsi ini jauh lebih kuat daripada pertimbangan jarak, biaya, sarana dan fasilitas yang tersedia.



5. KARAKTERISTIK PELAYANAN KEBIDANAN YANG MENERAPKAN RMC

1) Perempuan terlindung dari cedera fisik atau perlakuan buruk

Contoh:

- Tidak menggunakan kekerasan terhadap perempuan, termasuk menampar, memukul, mencubit;
- Menyentuh perempuan untuk menunjukkan perhatian dengan cara yang sesuai konteks masing-masing;
- Memberikan kata-kata yang menenangkan

2) Perempuan mendapatkan haknya atas informasi, *informed consent*, dan pilihan

Contoh:

- Mengenalkan diri kepada perempuan dan pendamping
- Mendorong pendamping untuk selalu bersama perempuan jika diinginkan
- Memfokuskan diri kepada perempuan, bukan pendamping
- Mendorong perempuan dan pendamping untuk bertanya
- Merespon pertanyaan secara jelas, sopan dan jujur
- Menjelaskan prosedur apa yang akan dan sedang dilakukan
- Memberikan informasi tentang temuan pemeriksaan
- Pada persalinan, membolehkan perempuan memilih posisi yang diinginkan
- Mendapatkan persetujuan sebelum melakukan segala tindakan

3) Kerahasiaan dan privasi terlindungi

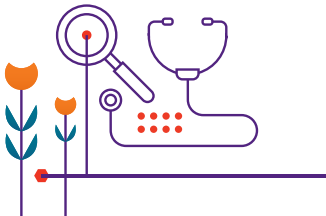
Contoh:

- Tidak memberikan informasi tentang klien/pasien kepada orang lain tanpa persetujuan
- Menyimpan catatan medis klien/pasien di tempat yang aman
- Menggunakan ruangan yang terpisah selama tindakan berlangsung
- Menutupi bagian tubuh perempuan selama tindakan berlangsung

4) Perempuan diperlakukan dengan martabat dan rasa hormat

Contoh:

- Berbicara dengan sopan kepada perempuan dan pendamping
- Tidak menghina, mengintimidasi, mengancam atau memaksa perempuan atau pendamping



5) Perempuan diperlakukan secara adil dan tanpa disrkiminasi

Contoh:

- Berbicara dengan bahasa yang dipahami oleh perempuan
- Menghormati perempuan dengan atribut (penampilan, pekerjaan, pendidikan, suku, status sosial ekonomi, disabilitas, identitas gender dan orientasi seksual) yang dimiliki

6) Perempuan diberikan asuhan yang terbaik sesuai kebutuhan

Contoh:

- Memberikan pilihan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan perempuan
- Merujuk perempuan ke fasilitas kesehatan lain untuk kebutuhan rujukan medis atau institusi lain untuk kebutuhan rujukan psikososial dan legal

7) Perempuan tidak pernah diabaikan atau ditahan

Contoh:

- Tidak memiliki kebijakan menahan perempuan atau bayi karena tidak sanggup membayar
- Mendorong perempuan untuk memanggil bidan jika dibutuhkan
- Merespon panggilan perempuan secara cepat
- Tidak meninggalkan perempuan sendirian atau tanpa pendampingan

6. LAYANAN YANG BERPUSAT PADA PEREMPUAN

Dalam pendekatan RMC juga harus memenuhi prinsip layanan yang berpusat pada perempuan (*women-centered care*) yang mengedepankan hak perempuan dengan 3 prinsip penting, yaitu:

Diagram 2. Prinsip-prinsip layanan yang berpusat pada perempuan

1) Ketersediaan berbagai macam pilihan untuk perempuan

- Informasi lengkap

  Perempuan harus mendapatkan informasi lengkap dan akuran tentang pilihan terhadap obat-obatan atau tindakan medis untuk dirinya.

- Metode yang aman

  Perempuan harus diberikan pilihan berbagai jenis prosedur atau tindakan medis sesuai kebutuhannya dan menggunakan teknologi tepat guna, serta aman.

- Pilihan

  Perempuan berhak diberikan beberapa pilihan terkait obat-obatan, tindakan medis yang aman, dan memilih tenaga kesehatan yang akan menanganinya. Selain itu, perempuan juga berhak untuk mendapatkan kesempatan untuk berdiskusi dengan tenaga kesehatan, pasangan, atau keluarga.

2) Akses layanan yang mudah dijangkau Keterjangkauan bagi semua perempuan

- Akses layanan harus mudah dijangkau oleh perempuan yang memerlukan layanan
- Obat-obatan harus tersedia dengan lengkap
- Menawarkan banyak layanan yang menguntungkan
- Memungut biaya yang terjangkau
- Memberikan layanan yang tepat waktu

3) Layanan yang berkualitas seperti:

- Memberikan pelayanan yang menghargai perempuan, tidak menstigma, tidak mendiskriminasi, serta menjaga kerahasiaan.
- Seluruh perempuan berhak mendapatkan layanan kesehatan tanpa membedakan status ekonomi atau status perkawinannya, usia, latar belakang pendidikan dan sosial, pandangan agama atau politik, ras atau kelompok etnis atau preferensi seksual.
- Selain itu, layanan yang berkualitas mampu memberikan layanan dengan teknologi tepat guna dan aman untuk perempuan.

Contohnya:

- Memberikan asuhan kebidanan sesuai dengan SOP dan bukti ilmiah terbaru.
- untuk pembersihan sisa konsepsi pada perempuan yang mengalami keguguran, menggunakan aspirasi vakum manual atau obat-obatan bukan kuret tajam.

Bahan bacaan fasilitator

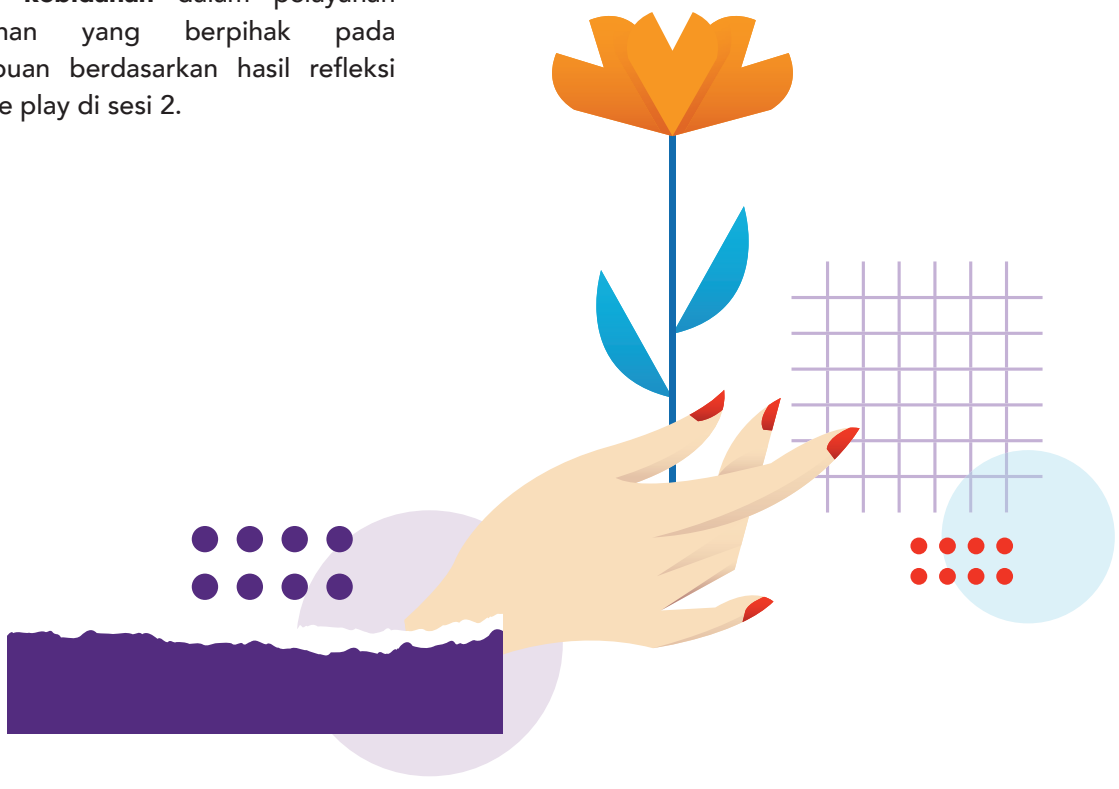
- Ipas. Women-centered post abortion care: reference manual. Ipas; 2014.
- Population Council. Promoting Respectful Maternity Care: Training Guide for Community-Based Workshops.
- USAID. Respectful Maternity Care Workshop Learning Resource Package.
- WHO. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbreaing Women.

Media dan alat bantu

1. Daftar pertanyaan untuk diskusi kelompok;
2. Slide presentasi terkait pelayanan kebidanan yang berpihak pada perempuan;
3. Kertas plano, metaplan, spidol

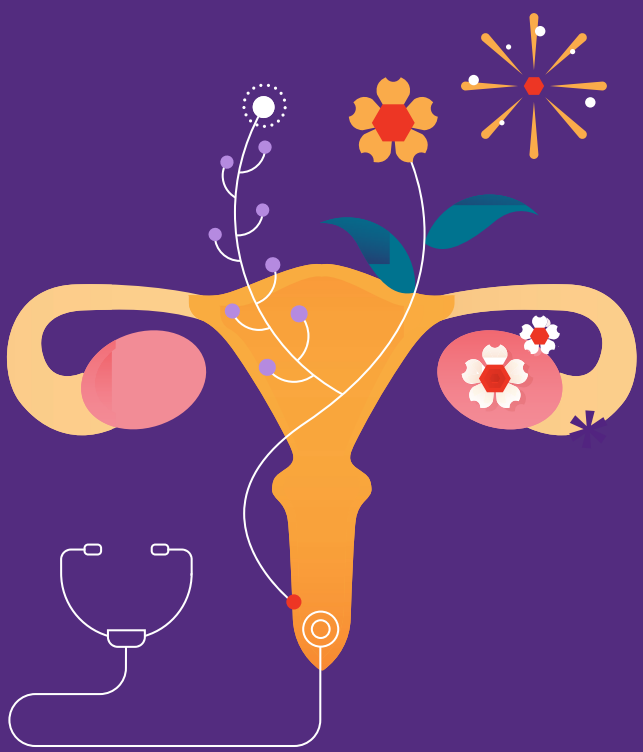
Langkah-langkah penyampaian sesi

1. **Pembukaan (5 menit)**
   - Fasilitator membuka sesi dengan menjelaskan alur dan tujuan sesi
2. **Diskusi kelompok (15 menit)**
   - Fasilitator memberikan 2 metaplan kepada tiap peserta;
   - Fasilitator meminta peserta untuk menuliskan definisi dan prinsip-prinsip kunci RMC dalam metaplan yang telah dibagikan;
   - Setelah peserta selesai menulis, fasilitator meminta peserta untuk menempelkan metaplan dalam plano yang sudah disediakan;
   - Fasilitator membacakan jawaban dari peserta dan menyimpulkan definisi dan prinsip kunci RMC.
3. **Persiapan diskusi kelompok (5 menit)**
   - Fasilitator menyebutkan 5 prinsip dasar RMC yang telah ditulis dalam kertas plano;
   - Fasilitator membagi peserta ke dalam 3 kelompok secara random dan meminta peserta untuk mendiskusikan **contoh penerapan 5 prinsip dasar RMC dalam asuhan kebidanan** dalam pelayanan kebidanan yang berpihak pada perempuan berdasarkan hasil refleksi dari role play di sesi 2.
4. **Diskusi kelompok (25 menit)**
5. **Diskusi pleno dan pembahasan (50 menit)**
   - Setelah diskusi kelompok selesai, fasilitator meminta perwakilan dari setiap kelompok untuk mempresentasikan hasil diskusinya.
   - Fasilitator mempersilahkan para peserta untuk menyampaikan pertanyaan, baik kepada kelompok yang sedang presentasi, maupun kepada fasilitator
6. **Pendalaman materi dan kesimpulan (30 menit)**
   - Fasilitator memperdalam jawaban dari peserta dan mengajak peserta berefleksi mengenai situasi asuhan kebidanan saat ini dengan prinsip RMC.
7. **Penutup (5 menit)**



02

AKSES PEREMPUAN AKAN LAYANAN KESEHATAN SEKSUAL DAN REPRODUKSI YANG KOMPREHENSIF



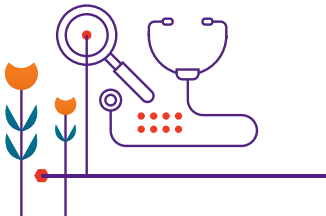
BAB 2

Akses Perempuan akan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi yang Komprehensif

Pengantar

Persoalan kesakitan dan kematian perempuan merupakan persoalan yang kompleks yang perlu ditinjau tidak saja dari sudut pandang diri perempuan, namun juga sistem yang mempengaruhinya seperti keluarga, masyarakat, agama, sosial, budaya, ekonomi, dan politik. Karena situasi dan kondisi perempuan dipengaruhi oleh interaksi antar aspek yang ada di dalam sistem tersebut. Untuk bisa memahami, meresapi, serta menjalankan prinsip-prinsip kebidanan yang berpihak pada perempuan, seorang bidan harus mampu melihat persoalan perempuan secara menyeluruh dan kritis menggunakan kacamata sistem dengan alat bantu metode analisis sosial.

Setelah mempelajari materi-materi dalam bab ini, peserta diharapkan memahami manfaat penggunaan analisa sosial dalam menjalankan tugas-tugas dan kewenangan bidan. Selain itu diharapkan bidan terampil melakukan tahapan-tahapan analisis sosial yang terdiri atas mengumpulkan data dan informasi, pemetaan aspek-aspek sistem dan keterkaitannya, serta mengembangkan persepsi kritis akan masalah yang dikaji sehingga muncul kesimpulan akar masalah, pihak yang terlibat, pihak yang diuntungkan maupun dirugikan, serta akibat-akibat yang muncul, baik secara politik, sosial maupun ekonomi.



TOPIK 4 Analisa Sosial Situasi Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan

Jadwal

Sesi	Metode	Waktu
Pembukaan	Ceramah	5 menit
Penyampaian pokok bahasan	• Studi Kasus • Simulasi Kasus • Presentasi • Curah Pendapat	170 menit
Penutup	Ceramah	5 menit
Total waktu		**180 menit**

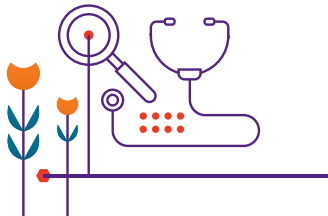
Tujuan

Peserta diharapkan mampu:

1. Menjelaskan layanan kesehatan reproduksi komprehensif;
2. Melakukan praktik analisis sosial dalam mengenali akar persoalan kesehatan seksual dan reproduksi perempuan.

Pesan kunci

1. Analisa sosial adalah sebuah metode untuk menemukan akar persoalan, berdasarkan hubungan antar sistem di masyarakat serta dampaknya terhadap posisi individu atau kelompok di masyarakat. Sistem yang dimaksud meliputi sistem sosial, budaya, hukum, ekonomi, agama dan politik (kebijakan).



2. Sebagai contoh adalah budaya patriarki. Nilai dalam budaya ini menempatkan laki-laki menjadi superior dan perempuan menjadi inferior di dalam tatanan sosial. Di dalam budaya patriarki, laki-laki akan diatur agar maskulin, menjadi pemimpin, bekerja/pencari nafkah, mengatur, dominan, tidak boleh menangis, kasar, tidak sabar dan sebagainya. Adapun perempuan akan diatur agar feminin, menjadi ibu rumah tangga, dipimpin, cengeng, lemah, diatur, sabar, pasrah, dan sebagainya. Pengaturan oleh "budaya patriarki" ini telah menempatkan laki-laki dan perempuan sebagai sesama korban dalam bermasyarakat. Sebab, pada dasarnya, persoalannya tidak saja terletak pada apa yang dilakukan oleh laki-laki dan perempuan, namun lebih jauh adalah menemukan apa yang menyebabkan laki-laki dan perempuan "bertindak". Analisa sosial bertujuan untuk melihat persoalan mendasar atau akar sistem yang menindas tersebut, baik pada laki-laki maupun perempuan.

3. Sistem yang menindas yang dimaksud di dalam siklus reproduksi perempuan adalah resiko-resiko kesakitan dan kematian yang sesungguhnya dapat dicegah oleh masyarakat dan negara, namun tetap harus dialami oleh perempuan atas dasar aturan/tatanan/standar sistem-sistem yang berlaku dan telah mengakar, khususnya sistem dan nilai-nilai yang lahir dari pola pikir patriarki (sistem sosial yang menempatkan laki-laki sebagai pemegang kekuasaan utama dan mendominasi dalam seluruh peran sosial).

4. Jika peserta masih kesulitan dalam mendapatkan gambaran tentang Analisa sosial, maka fasilitator dapat mengajak para peserta untuk melakukan analisa kasus tertentu.

Materi

1. LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF

1) Definisi layanan kesehatan seksual dan reproduksi komprehensif

Kesehatan reproduksi mendapat perhatian khusus secara global sejak dikemukakannya isu tersebut dalam Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development - ICPD*) di Kairo, Mesir pada tahun 1994. Hal penting dalam konferensi tersebut adalah disepakatinya perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan, yaitu dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas/keluarga berencana menjadi pendekatan yang berfokus pada pemenuhan hak kesehatan reproduksi.

Adapun inti dari rekomendasi ICPD mencakup:

1. Menghargai, melindungi, memenuhi hak seksual dan reproduksi individu melalui pendidikan masyarakat serta penyesuaian kebijakan dan peraturan.
2. Pencapaian akses universal terkait dengan pelayanan kesehatan reproduksi, pendidikan dan informasi kesehatan seksual dan reproduksi yang berkualitas, komprehensif, dan terintegrasi.
3. Menjamin akses universal dalam pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif bagi kaum muda.
4. Penghapusan kekerasan terhadap perempuan dan anak serta menjamin akses universal pelayanan kesehatan reproduksi yang dibutuhkan bagi semua penyintas kekerasan berbasis gender.

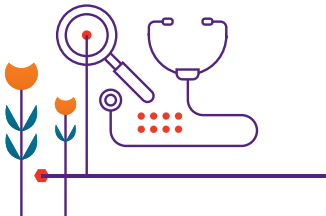
Indonesia telah menindaklanjuti pertemuan tersebut dengan mengintegrasikan setiap komponen program terkait kesehatan reproduksi yang menekankan pentingnya keadilan dan kesetaraan gender serta pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan.

Keterpaduan dalam pelayanan kesehatan reproduksi, merupakan upaya untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi kepada individu pada siklus hidupnya. Kesehatan reproduksi telah tercantum di dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009, yaitu pasal 71, yang menyebutkan bahwa kesehatan reproduksi sebagai suatu keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh, semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada perempuan dan laki-laki. Dengan pengertian tersebut, maka kesehatan reproduksi mempunyai ruang lingkup yang sangat luas yang mencakup keseluruhan siklus hidup manusia mulai sejak lahir sampai lanjut usia.

Selanjutnya untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi yang terjangkau dan berkualitas ditetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.

Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif meliputi komponen (Kemkes, 2015):

1. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA);
2. Keluarga Berencana (KB);
3. Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR);
4. Infeksi Menular Seksual (IMS), Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV dan AIDS);
5. Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia (Kespro Lansia);



6. Kesehatan Reproduksi lainnya seperti: kanker payudara dan kanker leher rahim (kanker serviks), pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak (PP-KtP/A), aborsi, infertilitas, fistula vesiko-vaginal, prolapsus uteri, kanker prostat dan benign prostatic hyperplasia.

2) Peran bidan dalam pemberian layanan kesehatan seksual dan reproduksi komprehensif

Merujuk Undang-undang Kebidanan No.4 Tahun 2019, sebagai pemberi pelayanan, bidan berperan sebagai: pengelola pelayanan kebidanan, penyuluh dan konselor bagi klien, pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik, penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan, serta peneliti.

Pelayanan kebidanan sendiri diartikan sebagai bentuk pelayanan (sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, pasca persalinan, masa nifas, bayi baru lahir, balita, dan anak prasekolah, termasuk kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana) yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan yang diberikan oleh bidan, baik secara mandiri, kolaborasi dan/atau rujukan.

Berdasarkan Undang-undang Kebidanan, kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi, khususnya bagi perempuan mencakup:

1. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;
2. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
3. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
4. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
5. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
6. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pasca persalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Dalam kekhususan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, bidan memiliki kewenangan untuk berkomunikasi, memberikan informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Namun demikian, dalam situasi kegawatdaruratan, bidan diperbolehkan memberikan pelayanan kesehatan diluar kewenangan sesuai dengan kompetensinya dengan tujuan untuk menyelamatkan nyawa klien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam hal ini, bidan memiliki peran penting dalam memberikan layanan khusus seperti penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak (PP-KtP/A) dan layanan paska aborsi.

2. ANALISIS SOSIAL

1) Pengertian analisis sosial

- Analisa sosial adalah sebuah usaha untuk menganalisa suatu keadaan atau masalah sosial yang berorientasi keadilan bagi komunitas rentan dan terpinggirkan;
- Ansos diarahkan untuk memperoleh gambaran lengkap mengenai situasi sosial dengan menelaah kaitan-kaitan historis, struktur sosial, mendalami fenomena-fenomena sosial, kaitan-kaitan aspek politik, ekonomi, budaya dan agama;
- Ansos adalah sebuah metode yang digunakan melihat dan mendalami sebuah realitas sosial secara kritis.

2) Unsur-unsur yang perlu diperhatikan dalam Ansos adalah sebagai berikut:

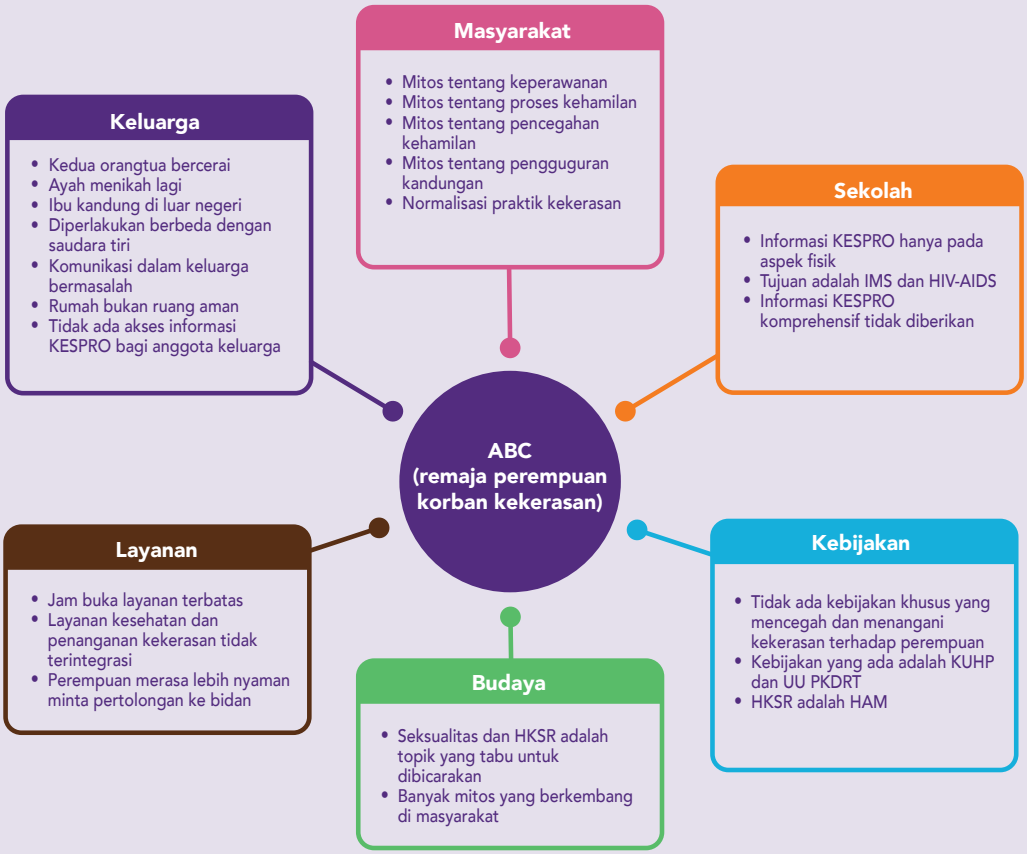
- Berpihak pada korban atau kelompok yang mengalami stigma dan diskriminasi (dalam hal ini adalah perempuan dan anak);
- Mampu mendorong kesadaran kritis akan masalah dan struktur sosial yang berhubungan dan melakukan perubahan;
- Adanya kesadaran bahwa terjadi relasi sosial yang tidak adil sehingga berdampak pada korban.

3) Tahapan tahapan dalam proses Ansos adalah sebagai berikut:

- Kumpulkan data dan informasi yang lengkap (dokumen media massa, observasi, investigasi langsung, recek data informasi, dll).
- Pemetaan beberapa variabel seperti keterkaitan aspek politik, ekonomi, budaya dan agama secara komprehensif agar bisa memahami substansi masalah dan menemukan saling keterkaitan antar aspek.
- Mengembangkan persepsi atas masalah yang ada, dengan begitu akan muncul beberapa kemungkinan implikasi, konsekuensi dari objek masalah serta pengembangan beberapa alternatif sebagai langkah tindak lanjut.
- Tarik kesimpulan akar masalah, pihak mana yang terlibat, pihak yang diuntungkan dan dirugikan, akibat yang dimunculkan secara politik, sosial dan ekonomi.

Contoh analisis sosial

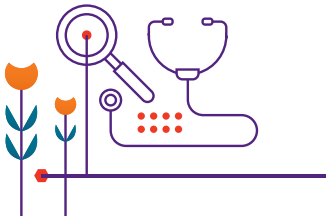
Diagram 3. Analisis Sosial



- Berdasarkan kasus ABC pada lembar lampiran Kasus 3 untuk Topik 4 dan 5, didapatkan data-data berupa:
  - ABC adalah remaja perempuan, pelajar SMK di Kota Kupang. Datang ke praktek Bidan dalam kondisi pucat, wajah sembab, gemetaran dan terlihat ketakutan.
  - Dari hasil pemeriksaan didapatkan kondisi korban sulit berkata-kata, lebih banyak menangis dan gemetaran. Siklus haid biasanya 28 hari, dan hari pemeriksaan merupakan hari ke-17 setelah hari pertama haid terakhir.
  - Korban berulang kali menyatakan tidak mau hamil, tidak mau putus sekolah, tidak mau mengecewakan orang tua, ketakutan dan bingung.
  - 2 hari yang lalu mengalami perkosaan secara berulang disertai kekerasan fisik, kemudian setelahnya dipaksa minum campuran Coca-cola dan CTM.
  - Latar belakang kedua orangtua bercerai, dimana ayah kandung menikah lagi dan ibu kandung menjadi tenaga migran di luar negeri. Selama ini tinggal bersama ayah kandung, ibu tiri dan saudara tiri.

  - Sering mengalami kekerasan fisik di keluarga dan diperlakukan berbeda dengan saudara tirinya, sehingga tidak betah di rumah dan sering menginap di rumah temannya.
  - Pernah melakukan hubungan seksual sebelumnya, sehingga khawatir hal tersebut diketahui orang lain dan dipermalukan

- Data-data tersebut kemudian di pilah dan dikelompokkan menjadi enam (6), yaitu: 1). Keluarga; 2). Masyarakat; 3). Sekolah; 4). Layanan Kesehatan; 5). Budaya; 6). Kebijakan.
- Pada setiap kelompok, Bidan kemudian menambahkan data-data lain yang diketahui dan disadarinya, tidak hanya dalam kapasitas sebagai tenaga kesehatan, namun juga sebagai seorang perempuan, warga masyarakat, dan warga negara. Hal tersebut dilakukan guna menemukan akar persoalan dari kasus yang dialami oleh ABC, serta menentukan langkah-langkah berikutnya yang dapat diambil guna memberikan pertolongan kepada ABC.
- Pada bagian keluarga, ditemukan bahwa rumah tidak menjadi ruang aman bagi remaja perempuan, karena tidak ada akses informasi Kespro komprehensif, termasuk bentuk-bentuk kekerasan dan membangun nilai anti kekerasan.
- Pada level masyarakat, ketiadaan informasi Kespro komprehensif, termasuk didalamnya adalah kekerasan, menyebabkan mitos-mitos banyak berkembang dan pada akhirnya terbangun "sikap" dan "pemahaman" bahwa sebuah perlakuan tertentu bukanlah bentuk kekerasan dan juga kekerasan adalah hal yang biasa-biasa saja.
- Pada sektor pendidikan, sekolah hanya memberikan informasi Kespro secara parsial, yaitu hanya pada aspek fisik (biologis) semata dan bertujuan untuk mencegah IMS dan HIV-AIDS. Pendidikan Kespro komprehensif tidak diberikan di dalam kurikulum pendidikan, sebagaimana standar *International Technical Guidance on Sexuality Education* (ITGSE) dari UNESCO.
- Pada aspek budaya, seksualitas dan HKSR adalah sebuah tema yang dianggap tabu untuk dibicarakan. Sehingga akses informasi Kespro komprehensif menjadi terbatas, atau bahkan tidak ada.
- Pada wilayah kebijakan, isu kekerasan hanya diatur pada KUHP dan UU PKDRT yang tidak cukup memberikan jaminan perlindungan dan penanganan kekerasan pada remaja perempuan. Sementara pada sisi yang lain, Bidan menyadari bahwa HKSR adalah sebuah bentuk Hak Asasi Manusia, sebagaimana diatur dalam DUHAM, CEDAW dan Dokumen Rencana Aksi ICPD 1994.
- Pada bidang layanan kesehatan, Bidan menyadari bahwa seorang Bidan adalah tenaga penyedia layanan kesehatan yang dirasa nyaman bagi perempuan untuk mendapatkan pertolongan. Sementara pada sisi yang lain, layanan penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan belum terintegrasi dengan layanan kesehatan secara umum, maupun praktik mandiri bidan.



- Dari pemahaman ini, kemudian Bidan dapat merumuskan kebutuhan layanan prioritas bagi ABC, misalnya adalah: 1). Melakukan pemeriksaan kehamilan bagi ABC; 2). Membuat catatan hasil pemeriksaan fisik; 3). Memberikan informasi kepada ABC bahwa dia adalah korban perkosaan, yang memiliki hak untuk mendapatkan layanan psikologis, kesehatan, rumah aman dan perlindungan hukum; 4). Memberikan informasi dan dukungan psikologis kepada ABC, agar dapat mengakses P2TP2A guna mendapatkan pertolongan pertama, dan menentukan langkah berikutnya.
- Dengan menggunakan metode Analisa Sosial seperti ini, maka Bidan dapat menemukan akar persoalan yang dihadapi oleh korban, serta dapat memberikan rujukan antar pelayanan sesuai dengan kebutuhan korban pada saat itu.
- Dalam hal ini, Bidan tidak hanya memberikan layanan kesehatan sebagaimana kewenangan Bidan, namun juga menjadi seorang advokat bagi perempuan korban.
- Analisa sosial harus menjadi landasan bagi seorang Bidan dalam merespon pasien-pasien dengan indikasi tertentu yang datang mengakses layanan, sebab tidak jarang keluhan-keluhan yang disampaikan oleh perempuan merupakan sebuah gejala dari persoalan besar di masyarakat.

Bahan bacaan fasilitator

- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman pelayanan kesehatan reproduksi terpadu di tingkat pelayanan dasar. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan
- Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009
- Undang-undang Kebidanan No.4 Tahun 2019
- Peraturan Pemerintah tentang Kesehatan Reproduksi No.61 Tahun 2014
- 12 Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi
- Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM)
- *International Technical Guidance on Sexuality Education* (ITGSE) - UNICEF

Media dan alat bantu

1. Cerita kasus;
2. Kertas Plano;
3. Spidol;
4. Selotip kertas;
5. Metaplan;
6. Sticky note;
7. Gunting;
8. Flipchart

Langkah-langkah penyampaian sesi

1. Pembukaan (5 menit)

- Fasilitator membuka sesi dengan menjelaskan alur dan tujuan sesi

2. Persiapan diskusi kelompok (5 menit)

- Bagi peserta menjadi kelompok-kelompok kecil yang beranggotakan 3-5 orang pada setiap kelompok.
- Berikan masing-masing kelompok naskah kasus untuk didiskusikan selama 30 menit. Berikan juga panduan pertanyaan diskusi kelompok (naskah kasus lihat lampiran).
- Berikan plano dan spidol pada masing-masing kelompok untuk menuliskan hasil diskusi

3. Diskusi kelompok (30 menit)

Pertanyaan pemantik dalam diskusi kelompok:

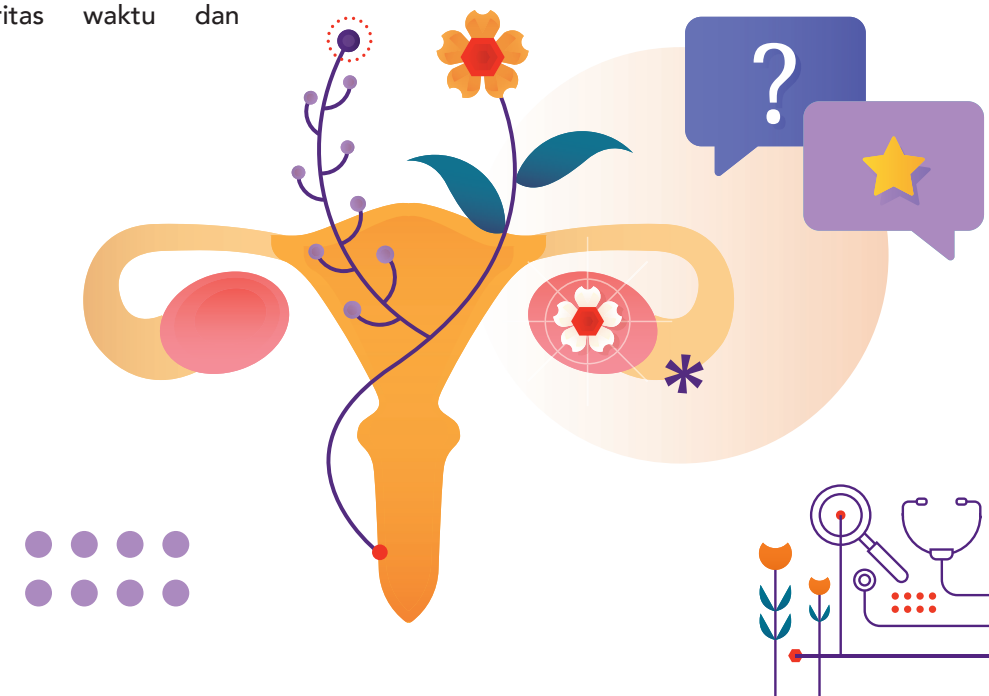
- Apa saja persoalan yang dialami oleh korban? Jelaskan.
- Kategorikan masalah-masalah yang dihadapi oleh korban berdasarkan aspek Klinis, Ekonomi, Sosial, Budaya dan Hukum.
- Apa sesungguhnya akar persoalan yang menjadi penyebab masalah bagi korban?
- Apa saja penanganan yang harus diberikan kepada korban? Urutkan berdasarkan prioritas waktu dan kegawatdaruratan

4. Diskusi pleno dan pembahasan (90 menit)

- Setiap kelompok diminta untuk mempresentasikan hasil diskusi kelompoknya, kemudian persilahkan anggota kelompok lain untuk mengajukan pertanyaan-pertanyaan.
- Fasilitator mencatat kata-kata kunci yang muncul sepanjang proses diskusi pleno, dan menuliskannya pada kertas metaplan. Kata kunci yang dimaksud adalah kata-kata kunci yang berkaitan dengan materi dan pesan yang disampaikan dalam materi, ataupun temuan-temuan istilah yang menggambarkan nilai pribadi peserta terkait dengan isu HKSR.
- Kemudian fasilitator merangkai seluruh hasil diskusi dan melontarkan pertanyaan kritis/reflektif, sebagai penghantar pada sesi penyampaian materi

5. Pendalaman materi dan kesimpulan (45 menit)

6. Penutup (5 menit)



TOPIK 5 Membangun Sistem Rujukan Antar Layanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif

Jadwal

Sesi	Metode	Waktu
Pembukaan	Ceramah	5 menit
Penyampaian pokok bahasan	• Studi Kasus • Presentasi • Curah Pendapat	170 menit
Penutup	Ceramah	5 menit
Total waktu		**180 menit**

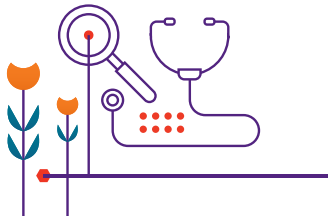
Tujuan

Peserta diharapkan mampu:

1. Mengenali pihak strategis dan mekanisme dalam pemberian pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif;
2. Mengenali hambatan-hambatan struktural yang ada, terkait proses rujukan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif;
3. Merumuskan strategi rujukan layanan berbasis kebutuhan perempuan.

Pesan kunci

- Sistem rujukan yang dimaksud dalam sesi ini adalah rujukan antar layanan. Misalnya rujukan bagi pasien perempuan korban kekerasan yang datang ke Bidan, kepada lembaga-lembaga penyedia layanan setempat, dan sebagainya.



- Rujukan berorientasi pada kebutuhan dan hak klien (berdasarkan ICM), bukan moral atau kepantasan atau pengalihan tanggung jawab;
- Dalam merujuk, harus dipastikan bahwasanya klien mendapatkan layanan rujukan (rujukan balik);
- Persoalan HKSR mencakup aspek klinis, psikologis dan sosial, maka rujukan layanan juga harus mempertimbangkan kebutuhan pasien pada aspek psikologis dan sosial;
- Hak-hak klien berdasarkan dokumen ICM; hak-hak perempuan berdasarkan HKSR dan ICM; hak bidan berdasarkan ICM.

Materi

1. FILOSOFI ASUHAN KEBIDANAN

Berdasarkan Undang-undang Kebidanan, pelayanan kebidanan adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau **rujukan**. Sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan.

Pelayanan kebidanan dapat dibedakan menjadi:

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

Dalam menjalankan perannya sebagai pelaksana, maka salah satu tugas bidan adalah melakukan rujukan, yang mencakup:

1. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga;

2. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan resiko tinggi serta kegawatdaruratan;
3. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga;
4. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga;
5. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga;
6. Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien/ keluarga.

Dalam filosofi tersebut, sistem rujukan yang diharapkan untuk dilaksanakan oleh bidan hanya mencakup aspek kesehatan medis dari pasien/klien. Namun demikian, dalam kenyataannya, saat pasien/klien datang ke pelayanan kebidanan di PMB, seringkali pasien/ klien datang dengan keluhan ataupun kebutuhan medis maupun psikososial dan hukum yang di luar kemampuan atau kewenangan bidan.

Untuk itulah PMB diharapkan memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi bentuk-bentuk layanan yang mungkin dibutuhkan oleh pasien/klien serta strategi membangun sistem rujukan ke berbagai penyedia layanan tersebut.

2. DEFINISI SISTEM RUJUKAN KESEHATAN SEKSUAL DAN REPRODUKSI

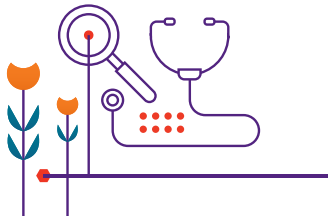
Diartikan sebagai pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap suatu kasus atau masalah kesehatan seksual dan reproduksi secara vertikal dalam arti dari unit berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu, atau secara horizontal dalam artian antar unti yang setingkat kemampuannya, atau pun diagonal kepada unit lain yang berbeda jenis layanannya yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien/klien.

3. PRINSIP-PRINSIP DALAM MERUJUK PASIEN/KLIEN DENGAN KEBUTUHAN LANJUTAN

Secara umum sistem rujukan harus mengacu pada prinsip mengutamakan kebutuhan klien, kecepatan dan ketepatan tindakan, efisiensi, efektifitas, serta kesesuaian kemampuan dan kewenangan penyedia layanan. Selain itu, ada beberapa rincian prinsip lain yang juga perlu dipertimbangkan oleh bidan dalam merujuk, yakni:

1. *Tidak melakukan hal yang membahayakan pasien/klien*

   Artinya adalah memastikan setiap tindakan rujukan yang ditujukan untuk pasien/klien tidak membahayakan mereka.



Setiap tahapan rujukan harus memastikan bahwa pasien/klien tidak mengalami dampak yang membahayakan akibat pengambilan keputusan atau tindakan yang dilakukan oleh pihak-pihak yang terlibat dalam rujukan. Ini termasuk dalam proses menggali, mengumpulkan dan membagi informasi terkait dengan kasus yang dialami pasien/klien.

2. *Prioritas kepada kepentingan terbaik bagi pasien/klien*

   "Kepentingan terbaik bagi pasien/klien" mencakup keselamatan fisik, psikis dan kesejahteraan serta terpenuhinya pasien/klien. Kepentingan terbaik bagi pasien/klien harus melandasi dan memandu semua keputusan dan tindakan yang diambil oleh penyedia layanan dalam proses rujukan.

3. *Penanganan yang ramah dan berpusat pada pasien/klien*

   Ramah pasien/klien artinya penyediaan layanan yang sesuai dengan kebutuhan dan mudah diakses oleh pasien/klien. Misalkan dengan memberikan informasi dengan tampilan dan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien/klien. Berpusat pada pasien/klien artinya dalam pengelolaan dan pengambilan keputusan terkait rujukan sesuai dengan kebutuhan, hak dan pilihan pasien/klien.

4. *Non-diskriminasi*

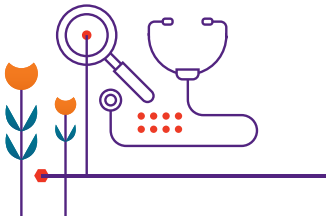
   Memastikan bahwa pasien/klien tidak didiskriminasi (diperlakukan dengan pelayanan yang buruk atau ditolak) karena karakteristik individu atau kelompok misalnya jenis kelamin, usia, latar belakang sosial ekonomi, ras, agama, etnis, disabilitas, orientasi seksual atau identitas gender. Pasien/klien yang membutuhkan layanan harus menerima bantuan. Para profesional yang memberikan layanan haruslah membangun hubungan dengan pasien/klien berdasarkan saling menghormati, tidak mendiskriminasi, menghindari menggunakan bahasa yang negatif dan menghakimi, memperlakukan klien dengan empati. Prinsip nondiskriminasi ini harus diimplementasikan dalam kebijakan dan prakteknya.

5. *Mematuhi kemampuan dan kewenangan masing-masing penyedia layanan*

   Artinya dalam bekerja dengan pasien/klien perlu mengikuti dan menerapkan panduan dan praktik etika profesional. kemampuan dan kewenangan sesuai profesinya. Undang-undang, kebijakan, norma-norma nasional maupun internasional yang relevan perlu dihormati.

6. *Mendapat persetujuan perempuan atau "informed consent"*

   Informed consent artinya adalah kesepakatan sukarela dari seorang individu yang memiliki kapasitas untuk memberikan persetujuan, dengan pilihan yang bebas dan terinformasikan.



Persetujuan harus diperoleh dari pasien/klien sebelum diberikan layanan. Sebelum klien menyepakati informed consent, penting bagi kita untuk memberikan informasi terkait bentuk layanan dan pilihan yang tersedia, potensi risiko dan manfaatnya, bagaimana informasi akan digunakan, aspek kerahasiaan dan batasannya. Lakukan dengan komunikasi yang ramah, gunakan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti oleh pasien/klien sehingga mendorong pasien/klien untuk berpartisipasi dan berani mengajukan pertanyaan yang akan membantu mereka membuat keputusan. Penerapan informed consent pada kasus tertentu tidaklah mudah, misalnya kasus anak perempuan yang menjadi korban kekerasan seksual dari ayahnya. Anak dan keluarga tidak memberikan informed consent karena loyalitas dan hormat pada ayahnya . Pada kasus ini untuk melindungi keselamatan anak, para profesional atau lembaga yang mempunyai mandat perlu memberikan alasan dan penyadaran bagi anak dan keluarga, tentang pentingnya melakukan tindakan perlindungan dan keselamatan anak demi kepentingan terbaik anak dan masa depan anak.

7. *Menjaga kerahasiaan*

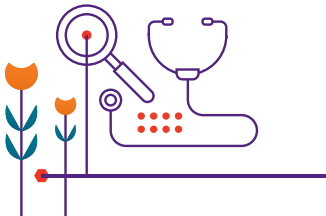
Kerahasiaan dikaitkan dengan berbagi informasi yang diperlukan untuk diketahui. Istilah "perlu-tahu" menggambarkan pembatasan informasi yang dianggap sensitif, dan berbagi hanya dengan orang yang membutuhkan informasi untuk melindungi pasien/klien. Menghormati kerahasiaan berarti tim penanganan kasus harus melindungi informasi yang dikumpulkan dari pasien/klien serta memastikan informasi hanya dapat diakses dengan izin secara tertulis dan langsung dari pasien/klien. Informasi dan data disimpan dengan cara yang aman dan sesuai dengan kesepakatan kebijakan perlindungan data.

8. *Menjaga akuntabilitas*

Akuntabilitas mengacu pada tanggung jawab seseorang atas tindakan dan hasilnya. Pihak yang terlibat dalam mekanisme rujukan bertanggung jawab untuk memberikan layanan yang berkualitas kepada pasien/klien dengan mematuhi hukum nasional, kerangka kebijakan dan kode etik profesional yang berlaku. Di samping itu juga memastikan adanya umpan balik pelayanan pasien/klien.

9. *Memberdayakan perempuan*

Artinya bahwa pasien/klien, memiliki potensi, sumber daya dan keterampilan untuk membantu diri mereka sendiri dan menemukan solusi atas masalah yang mereka hadapi. Penyedia layanan harus bekerja dengan melibatkan pasien/klien untuk berperan aktif dalam mengatasi permasalahan mereka. Membantu pasien/klien untuk berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan adalah bagian penting dari proses pemulihan dan membangun resiliensi.



10. Koordinasi dan kerjasama

Pemberian layanan rujukan anak menjadi lebih efektif ketika para pihak bekerja bersama melibatkan pihak-pihak yang relevan. Rujukan merupakan proses untuk meningkatkan koordinasi dan kerjasama di antara semua aktor yang memiliki mandat untuk memberikan layanan kepada pasien/klien. Jika memungkinkan, perlu disepakati terkait koordinasi layanan rujukan; adanya SOP dan memastikan kualitas layanan; memastikan lembaga dan profesional yang terlibat mengikuti etika profesi dan panduan; pemberian informasi menekankan pada prinsip kerahasiaan dan kepentingan terbaik bagi pasien/klien. Di samping itu perlu dipastikan koordinasi dan kerjasama ini didukung oleh sistem dan tidak saling tumpang tindih.

4. BENTUK-BENTUK LAYANAN

Berikut ini adalah bentuk-bentuk layanan yang erat kaitannya dengan masalah kesehatan seksual dan reproduksi. Oleh karena itu, bidan diharapkan mampu mengidentifikasi dan bekerja sama dengan penyedia-penyedia layanan tersebut di daerah kerjanya, sehingga prinsip-prinsip rujukan dapat ditegakkan.

a. Layanan kesehatan/medis

Mencakup layanan yang terkait dengan aspek fisik dari masalah kesehatan seksual dan reproduksi perempuan. Penyedia layanan dalam hal ini antara lain: Praktik Mandiri Bidan (PMB), Praktik Dokter, Klinik, Puskesmas Ponek/Poned, dan Rumah Sakit (Tipe A, B dan C)

b. Layanan mental/psikologis

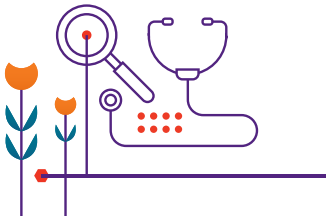
Mencakup layanan yang terkait dengan aspek kesehatan mental maupun kejiwaan/psikologis dari masalah kesehatan seksual dan reproduksi perempuan. Penyedia layanan dalam hal ini antara lain: Psikolog Independen, Konselor Independen, Pusat Krisis Perempuan dan Anak (Women Crisis Center), Pusat Layanan Konseling, UPT Pusat Pelayanan Terpadu Perlindungan Perempuan dan Anak (P2TP2A) yang berada di tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi.

c. Layanan hukum

Mencakup layanan yang terkait dengan aspek hukum dari masalah kesehatan seksual dan reproduksi perempuan. Penyedia layanan dalam hal ini antara lain: Kepolisian, kejaksaan, hakim, Lembaga Bantuan Hukum (LBH), Kantor Pengacara, dan Paralegal.

d. Layanan sosial

Mencakup layanan yang terkait dengan aspek sosial dari masalah kesehatan seksual dan reproduksi perempuan. Penyedia layanan dalam hal ini antara lain: Pekerja Sosial, Pengasuh yang berada di Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA), Pendamping dari LSM, Rumah Singgah, dan Dinas Sosial.



5. TELEKONSULTASI DAN TELEMEDICINE

1) Telekonsultasi:

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2019, telekonsultasi atau konsultasi online klinis adalah pelayanan konsultasi yang dilakukan secara jarak jauh untuk membantu menegakkan diagnosis dan/atau memberi pertimbangan atau saran tata laksana. Konsultasi ini bisa dilaksanakan dalam bentuk tertulis, suara, dan/atau video. Layanan melalui telekonsultasi harus tetap dilakukan sesuai dengan SOP layanan maternal dan neonatal. Selain itu, layanan kesehatan melalui telekonsultasi klinis tetap harus memenuhi standar pendokumentasian yang baik, dan wajib dicatat dalam rekam medis pasien. Telekonsultasi bermanfaat untuk:

1) Kontrol rutin
2) Deteksi dini tanda bahaya untuk pencegahan kegawatdaruratan
3) Proses rujukan

Pencegahan kegawatdaruratan yang dapat dilakukan dengan telekonsultasi:

- Edukasi tanda bahaya;
- Konsultasi online yang dapat diakses 24 jam, khususnya di saat perempuan mengalami tanda bahaya;
- Membantu perempuan dan keluarga untuk tetap tenang dan mempersiapkan rujukan langsung ke RS/fasilitas kesehatan terdekat;
- Jika dibutuhkan tindakan segera, dapat membimbing perempuan atau pasangan/orang didekat perempuan untuk melakukan pertolongan pertama;
- Memberikan informasi rujukan yang tepat;
- Mendampingi perempuan dan pasangan/keluarga dalam proses perjalanan ke RS.

Memperkuat kolaborasi bidan dan dokter, serta rujukan:

- Mengkomunikasikan kepada dokter dan RS rujukan terkait status kesehatan saat ini dan riwayat pasien yang akan dirujuk secara lengkap;
- Memastikan kesiapan RS rujukan untuk persiapan tatalaksana kegawatdaruratan, sehingga tim medis dan nakes di RS rujukan dapat segera melakukan tindakan medis saat pasien datang.

2) Telemedicine

Peraturan Menteri Kesehatan yang sama mendefinisikan telemedicine sebagai pelayanan medis jarak jauh oleh kalangan profesional di dunia kesehatan dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi. Pelayanan ini mencakup pertukaran informasi diagnosis, penelitian dan evaluasi, pencegahan penyakit,

pengobatan, serta pendidikan berkelanjutan penyedia layanan kesehatan demi meningkatkan kesehatan masyarakat.

Namun dalam peraturan itu telemedicine hanya dilakukan antar-fasilitas pelayanan kesehatan. Jadi komunikasi tidak melibatkan pasien secara langsung. Pelayanan telemedicine harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki izin praktik di fasilitas pelayanan kesehatan. beberapa contoh layanan telemedicine meliputi:

- Teleradiologi
- Tele-elektrokardiografi
- Tele-ultrasonografi
- Telekonsultasi klinis
- Layanan telemedicine lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

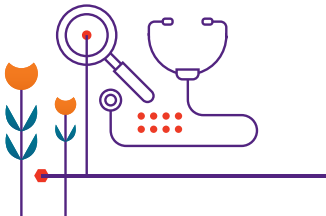
Telemedicine merupakan proses yang lebih komprehensif dan lebih rumit. Namun dengan telemedicine dapat mengintegrasikan informasi dari pasien, tenaga kesehatan, dan fasilitas kesehatan, serta farmasi dalam satu waktu, sehingga dapat menatalaksana kasus dengan cepat, tepat, efektif dan efisien.

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pengembangan Telemedicine adalah:

- Tenaga kesehatan mampu melakukan deteksi dini kegawatdaruratan
- Tenaga kesehatan mampu melakukan triase
- Tetap memberlakukan protokol pencegahan infeksi baik dari sisi pasien, tenaga kesehatan, dan fasilitas kesehatan.
- Waktu konsultasi secara tatap muka dibatasi (khususnya di masa pandemic)
- Penatalaksanaan medis sesuai dengan PPK dan SOP. Jika diperlukan adaptasi PPK dan SOP yang ada dengan layanan telemedicine.
- Integrasi dengan farmasi dan memastikan pemberian obat sesuai dengan SOP dan PPK, serta peraturan kefarmasian yang berlaku.

Dalam pencegahan kegawatdaruratan yang dapat dilakukan dengan telemedicine dapat dilakukan dengan cepat:

- Karena integrasi antara pasien, tenaga kesehatan, dan fasilitas kesehatan maka rujukan dapat dilakukan dengan lebih cepat;
- Tempat rujukan akan dengan cepat mendapatkan data lengkap pasien dan segera mempersiapkan pertolongan saat pasien datang;



- Jika dibutuhkan tindakan segera, dapat membimbing perempuan atau pasangan/ orang didekat perempuan untuk melakukan pertolongan pertama'
- Konsultasi online yang dapat diakses 24 jam, khususnya di saat perempuan mengalami tanda bahaya;
- Memberikan informasi rujukan yang tepat;
- Mendampingi perempuan dan pasangan dalam proses perjalanan ke RS.

Telemedicine dapat memperkuat kolaborasi interprofesi dan mempercepat proses rujukan:

- Proses kolaborasi lebih cepat;
- Rujukan lebih cepat;
- Terintegrasi dengan sistem pencatatan dan pelaporan, khususnya riwayat medis. Sehingga tempat rujukan dapat mengetahui riwayat lengkap;
- Terintegrasi antar unit/fasilitas kesehatan (PMB-RS Rujukan);
- Informasi tidak terpisah-pisah (tidak fragmented) sehingga tidak perlu melakukan anamnesa dan pemeriksaan yang sama berulang kali. tim medis dan nakes yang ada di pusat rujukan dapat mempersiapkan kebutuhan pasien dan langsung melakukan tatalaksana medis dan kegawatdaruratan saat pasien tiba.

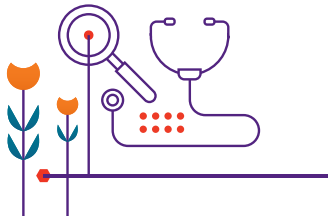
Dalam hal ini kerjasama antar profesi dan fasilitas kesehatan perlu menjadi satu tim solid, sehingga dapat mencegah kematian dan kesakitan ibu. Dan, pusat rujukan harus menjadi *one stop services*.

Hal penting yang perlu diperhatikan dalam telemedicine:

- Telemedicine perlu terintegrasi dengan sistem kesehatan yang ada.
- Konsep telemedicine tidak dapat menggantikan tindakan medis yang perlu dilakukan di fasilitas kesehatan. Namun, dengan konsep telemedicine dapat memperkuat proses rujukan, pertolongan pertama saat rujukan, dan kolaborasi antar profesi dan fasilitas kesehatan, serta farmasi.
- Telemedicine juga perlu memperhatikan hak-hak pasien dan tenaga kesehatan, serta sesuai dengan peraturan dan perundangan yang berlaku di Indonesia. Khususnya UU ITE.

Beberapa contoh layanan telemedicine yang sudah ada di Indonesia adalah:

- Halodoc
- Docquity
- Sehati
- Telehealth Care (AMS)



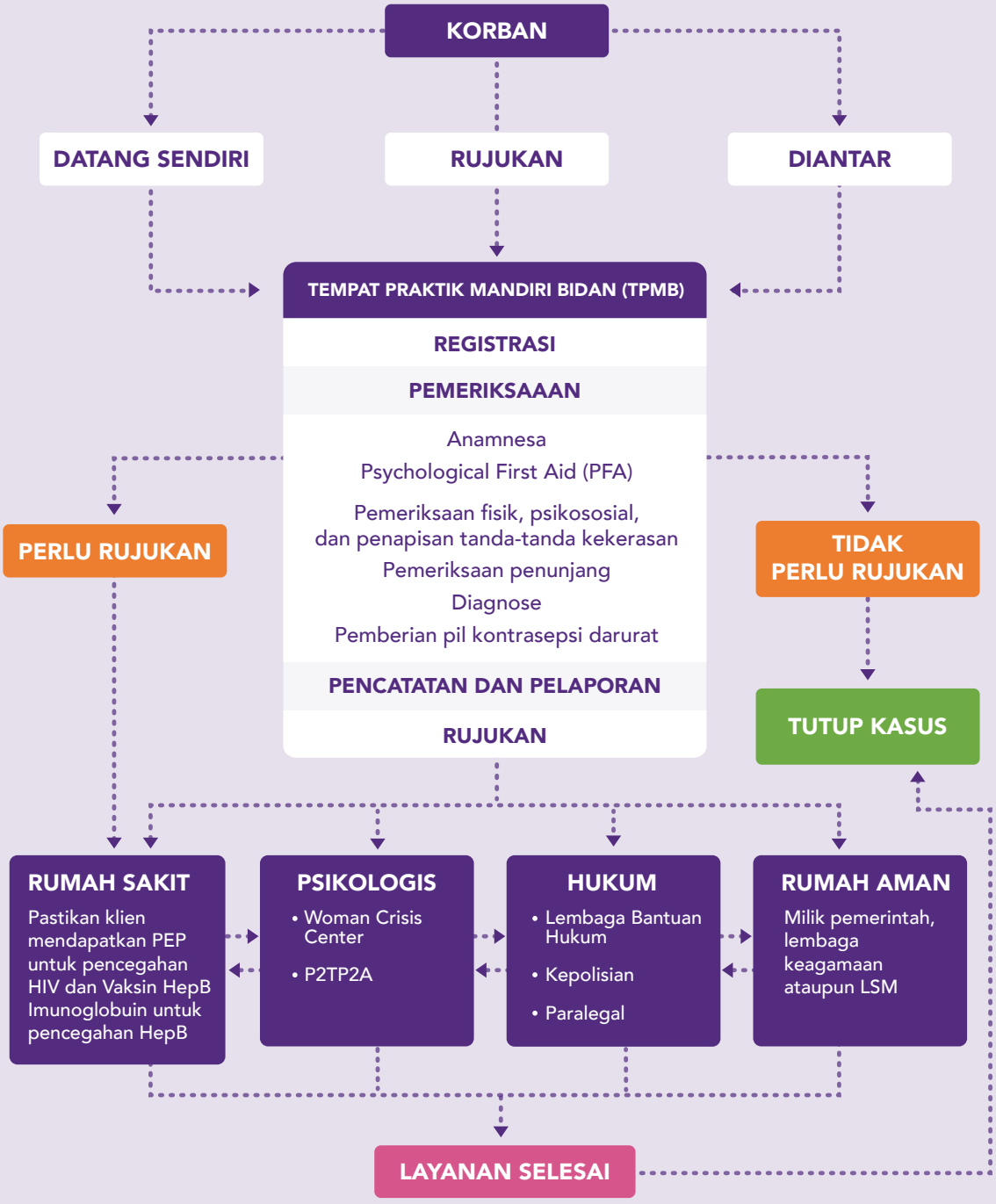
6. TAHAPAN MERUJUK PASIEN/KLIEN DENGAN KEBUTUHAN LANJUTAN

Dalam merujuk pasien/klien, maka umumnya berlaku tahapan sebagai berikut:

1. Bersama dengan pasien/klien melakukan identifikasi yang efektif atas masalah kesehatan seksual dan reproduksi yang dihadapi pasien/klien.
2. Bekerja dengan pasangan, keluarga, dan sahabat pasien, maupun pihak-pihak lain yang relevan dalam melakukan asesmen yang akurat dan sistematis terkait situasi pasien/klien, mengidentifikasi akar penyebab masalah kesehatan seksual dan reproduksi klien, termasuk mengidentifikasi kekuatan dan resiliensi yang ada pada pasien/klien
3. Mengembangkan rencana rujukan, mengacu pada kebutuhan spesifik pasien/klien dan hasil asesmennya
4. Melakukan pelaksanaan rujukan komprehensif dan akurat sesuai dengan kemampuan dan kewenangan masing-masing penyedia layanan
5. Monitoring dan evaluasi yang teratur terhadap perjalanan rujukan
6. Menutup kasus (terminasi), dengan melibatkan pasien/klien ketika masalah yang muncul dan teridentifikasi telah berhasil terselesaikan.

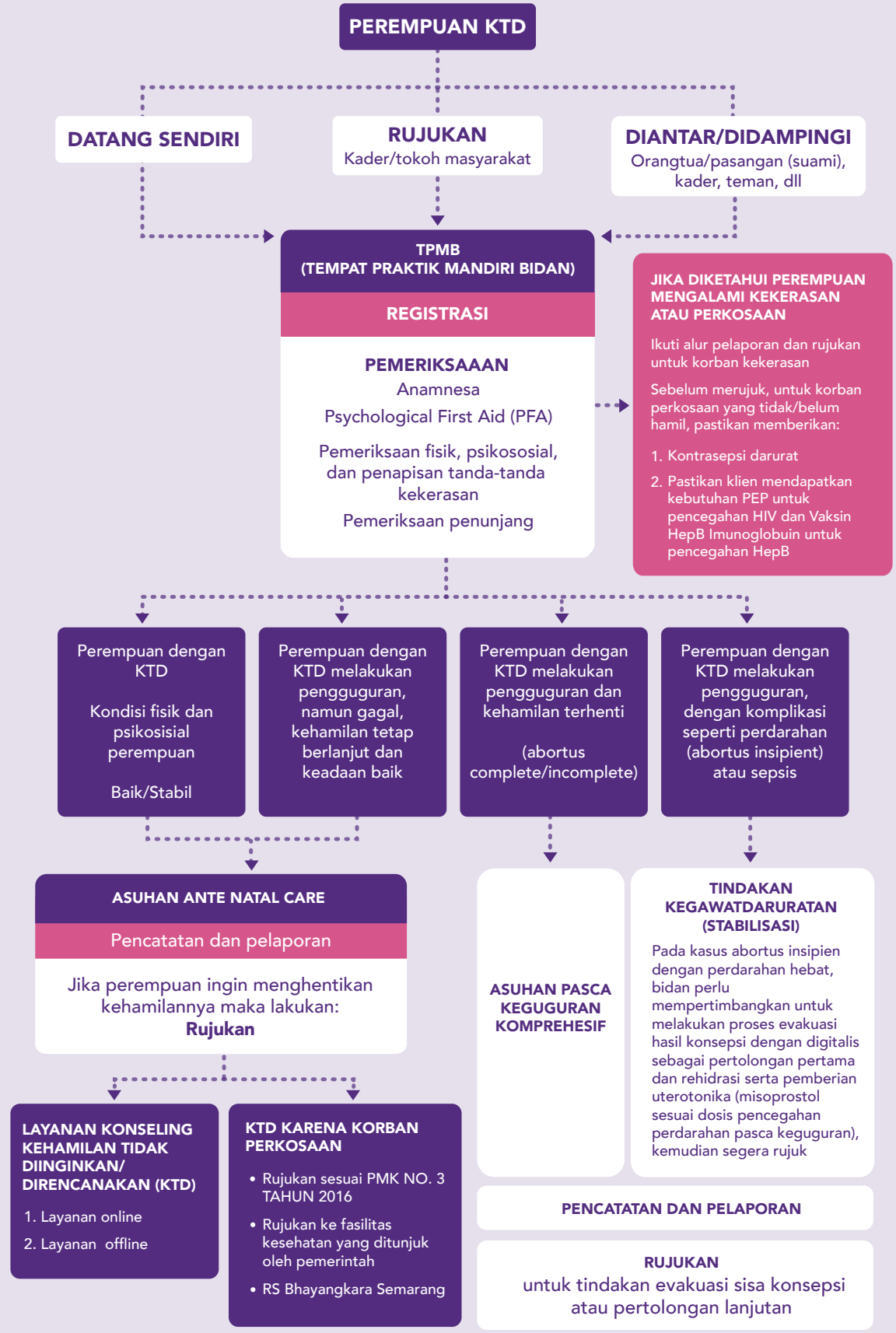
7. SKEMA ALUR PELAPORAN DAN RUJUKAN

Diagram 4. Alur Pelaporan dan Rujukan untuk Perempuan dan Remaja Perempuan Korban Kekerasan dari PMB



*) Informasi lebih lengkap lihat Modul Pencegahan dan Penatalaksanaan Kekerasan Seksual
*) Informasi lebih lengkap lihat Modul Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Mininum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Krisis Kesehatan

Diagram 5. Alur Pelaporan dan Rujukan untuk Perempuan dengan KTD



Bahan bacaan fasilitator

- ICM. Bill of Rights for Women and Midwives.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan
- OHCHR. Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Harmful Practices.
- OHCHR. Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Contraception and Family Planning.
- OHCHR. Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Gender-Based Violence.
- Peraturan Pemerintah tentang Kesehatan Reproduksi No.61 Tahun 2014
- Undang-undang Kebidanan No.4 Tahun 2019
- Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan, Kementerian Kesehatan, dan IBI. Panduan Pengajar dan Modul Mahasiswi tentang Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak.

Media dan alat bantu

1. Cerita kasus (alat kontrasepsi, aborsi dan kekerasan seksual);
2. Kertas Plano;
3. Spidol;
4. Selotip kertas;
5. Metaplan;
6. Sticky note;
7. Gunting

Langkah-langkah penyampaian sesi

1. **Pembukaan (5 menit)**
   - Fasilitator membuka sesi dengan menjelaskan alur dan tujuan sesi
2. **Persiapan diskusi kelompok (5 menit)**
   - Bagi peserta menjadi kelompok-kelompok kecil yang beranggotakan 3-5 orang pada setiap kelompok.
   - Berikan masing-masing kelompok naskah kasus untuk didiskusikan selama 30 menit. Berikan juga panduan pertanyaan diskusi kelompok.
   - Presentasi hasil diskusi masing-masing kelompok, dimana peserta lain dan fasilitator boleh bertanya, dan fasilitator menuliskan istilah-istilah kunci yang muncul.

- Ajak peserta untuk merumuskan pengertian dan prinsip rujukan pelayanan yang berorientasi pada hak dan kebutuhan pasien. Ajak peserta untuk berlatih melakukan analisa sosial. Paparkan kesimpulan dan pesan-pesan kunci pada sesi ini.

3. Diskusi kelompok (30 menit)

Pertanyaan diskusi kelompok:

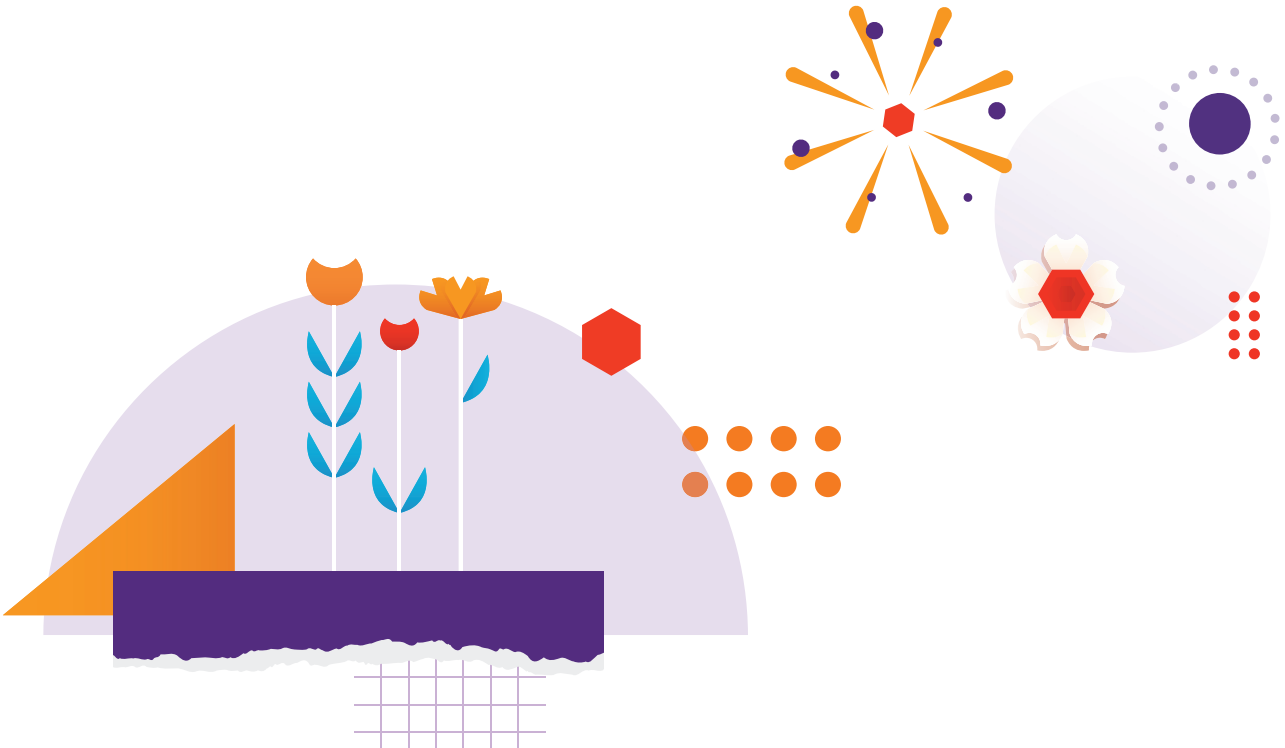
- Berdasarkan kasus yang ada, sebutkan lembaga-lembaga yang menyediakan layanan terkait.
- Bagaimana mekanisme layanan pada lembaga tersebut?
- Apa saja faktor-faktor yang berpotensi menjadi penghambat bagi Bidan dalam memberikan rujukan layanan?
- Apa saja faktor-faktor yang berpotensi menjadi penghambat bagi pasien dalam mengakses rujukan layanan?
- Apa saja strategi yang bisa dilakukan agar pasien bisa mendapatkan rujukan tersebut?.

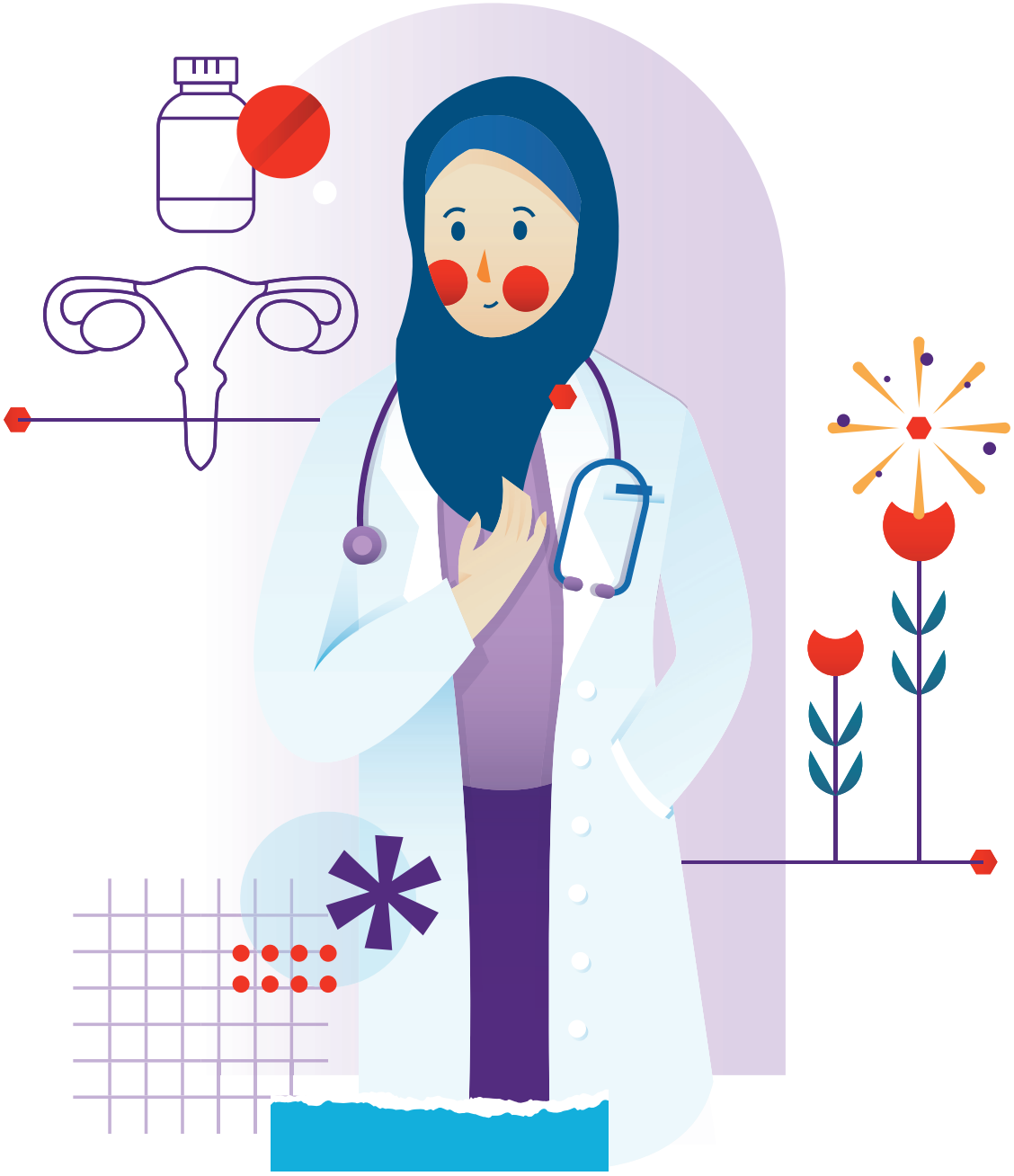
4. Diskusi pleno dan pembahasan (90 menit)

- Setiap kelompok diminta untuk mempresentasikan hasil diskusi kelompoknya, kemudian persilahkan anggota kelompok lain untuk mengajukan pertanyaan-pertanyaan.
- Fasilitator mencatat kata-kata kunci yang muncul sepanjang proses diskusi pleno, dan menuliskannya pada kertas metaplan. Kata kunci yang dimaksud adalah kata-kata kunci yang berkaitan dengan materi dan pesan yang disampaikan dalam materi, ataupun temuan-temuan istilah yang menggambarkan nilai pribadi peserta terkait dengan isu HKSR.
- Kemudian fasilitator merangkai seluruh hasil diskusi dan melontarkan pertanyaan kritis/reflektif, sebagai penghantar pada sesi penyampaian materi.
- Jika diperlukan, fasilitator dapat menggunakan hasil analisis sosial pada sesi sebelumnya, untuk membuat rencana rujukan yang dapat dibangun oleh Bidan

5. Pendalaman materi dan kesimpulan (45 menit)

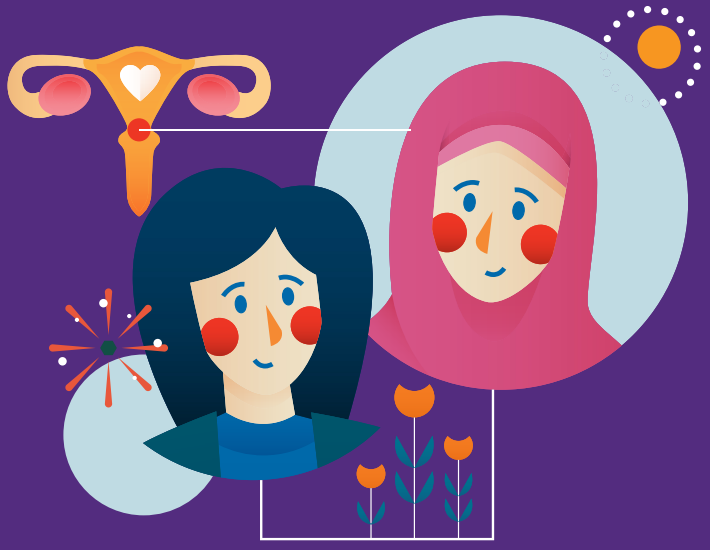
6. Penutup (5 menit)





03

RESPECTFUL MIDWIFERY CARE YANG KOMPREHENSIF DI TEMPAT PRAKTIK MANDIRI BIDAN



BAB 3

Respectful Midwifery Care yang Komprehensif di Tempat Praktik Mandiri Bidan

Pengantar

Filosofi tentang *Respectful Midwifery Care* (RMC) tertuang dalam dokumen inti ICM tentang filosofi dan model asuhan kebidanan. Asuhan kebidanan mempromosikan, melindungi dan mendukung hak asasi, reproduksi dan seksual perempuan, dan menghormati keragaman etnis dan budaya.

Respectful Midwifery Care (RMC) adalah layanan yang berpihak pada perempuan dengan mengedepankan prinsip-prinsip yang menghormati hak-hak perempuan dan hak Bidan, bersifat emansipatoris, memberdayakan perempuan, kemitraan perempuan-Bidan, layanan holistik untuk perempuan dan adanya hubungan kolaboratif antara perempuan-Bidan-profesi kesehatan.

PMB adalah tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh Bidan secara perorangan. Syarat-syarat PMB telah diatur dalam PMK No. 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan serta dituangkan dalam UU Tentang Kebidanan No.4 Tahun 2019. Dalam penyelenggaraan pelayanan yang dekat dengan perempuan, PMB perlu menerapkan RMC yang komprehensif untuk memberikan asuhan kebidanan yang berpihak kepada perempuan.

TOPIK 6 Layanan *Respectful Midwifery Care* yang Komprehensif

Jadwal

Sesi	Metode	Waktu
Pembukaan	Ceramah	5 menit
Penyampaian pokok bahasan	• Bermain peran • Curah pendapat • Diskusi tanya jawab	170 menit
Penutup	Ceramah	5 menit
Total waktu		**180 menit**

Tujuan

Peserta diharapkan mampu:

1. Mengembangkan strategi penanganan kasus kesehatan seksual dan reproduksi yang datang ke layanan Praktik Mandiri Bidan;
2. Melakukan praktik *Respectful Midwifery Care* yang komprehensif dalam Praktik Mandiri Bidan.

Pesan kunci

- Prinsip *Respectful Midwifery Care* diterapkan di seluruh alur layanan PMB.
- Dalam menangani masalah/kasus HKSR yang datang ke PMB, Bidan perlu mempunyai pemahaman yang luas terkait isu HKSR

Materi

1. PENERAPAN PRAKTIK RESPECTFUL MIDWIFERY CARE YANG KOMPREHENSIF DALAM PRAKTIK MANDIRI BIDAN

Penerapan layanan *Respectful Midwifery Care* dilakukan di setiap alur pelayanan di Praktik Mandiri Bidan, sesuai dengan prinsip-prinsip *Respectful Midwifery Care* (Philosophy and Model Midwifery Care, 2014) :

- Emansipatoris : menaruh kepercayaan bahwa perempuan mampu menjaga kesehatannya.
- Memberdayakan : melibatkan perempuan dalam mengambil tanggung jawab terhadap kesehatan dirinya.
- Kemitraan : hubungan yang setara, tidak ada pihak yang otoriter.
- Layanan holistik : melihat masalah perempuan yang datang ke Praktik Mandiri Bidan bukan hanya dari segi medis saja namun juga latar belakang sosial budaya, psikologis dan pengalaman sebelumnya.
- Hubungan kolaboratif klien-bidan-profesi kesehatan lainnya : hubungan antara klien/ perempuan sebagai Bidan, dengan Bidan sebagai penyedia layanan kesehatan dan Bidan dengan profesi kesehatan lainnya.

2. CONTOH MODEL *RESPECTFUL MIDWIFERY CARE* DI TEMPAT PRAKTIK MANDIRI BIDAN

- **Pendaftaran** adalah alur pertama yang melibatkan perempuan dengan Bidan ataupun petugas pendaftaran. Di dalam proses pendaftaran perlu memperhatikan hak-hak perempuan, misalnya dengan memanggil sesuai nomor antrian, tidak ada diskriminasi, tidak menghakimi dan menjaga kerahasiaan. Sehingga penting untuk memastikan tempat pendaftaran tidak ada orang lalu lalang dan bila memungkinkan merupakan ruang yang tertutup.
- **Konseling pra tindakan**: dalam isu kesehatan reproduksi, konseling diperlukan sebelum dilakukan suatu tindakan. Hal-hal penting yang harus diperhatikan saat konseling adalah sikap tanpa diskriminasi, menjaga kerahasiaan, memberikan informasi terkini kepada klien, menggunakan alat bantu yang sesuai, memberdayakan klien untuk membuat keputusan, emansipatoris, tidak otoriter, holistik, perlu adanya *Informed choice* dan *Informed consent* serta mempraktekkan komunikasi interpersonal yaitu : komunikasi 2 arah, pertanyaan tertutup dan terbuka, bahasa verbal dan nonverbal serta mendengar efektif.
- **Tindakan**: merupakan layanan medis yang langsung diberikan kepada klien. Sikap yang diperlukan adalah tidak ada diskriminasi, menjaga kerahasiaan klien, memastikan keselamatan klien (jadi bila ada tindakan diluar kewenangan dan kemampuan Bidan maka perlu dilakukan rujukan), emansipatoris, kolaborasi klien-Bidan.

- **Konseling pasca tindakan** adalah layanan yang diberikan setelah tindakan. Sikap yang perlu dikembangkan yaitu emansipatoris, kemitraan, pemberdayaan. Bidan juga perlu mengingatkan klien tentang jadwal kontrol, obat yang diminum, waspada bila ada komplikasi.
- **Konseling pasca tindakan** adalah layanan yang diberikan setelah tindakan. Sikap yang perlu dikembangkan yaitu emansipatoris, kemitraan, pemberdayaan. Bidan juga perlu mengingatkan klien tentang jadwal kontrol, obat yang diminum, waspada bila ada komplikasi.
- **Merujuk klien**: bila ada layanan yang tidak bisa ditangani Bidan dan klien perlu dirujuk, maka Bidan harus mempunyai jejaring/mitra rujukan. Perlu dipertimbangkan menggunakan surat rujukan atau tidak. Bila diperlukan Bidan dapat menghubungi mitra rujukan terlebih dahulu untuk respon yang lebih cepat. Pastikan klien yang dirujuk ditindaklanjuti. Dalam hal merujuk klien ini, sikap yang dikembangkan adalah menjaga kerahasiaan klien, memastikan keselamatan klien dan hubungan kolaboratif klien-Bidan-profesional lainnya.

Layanan konseling

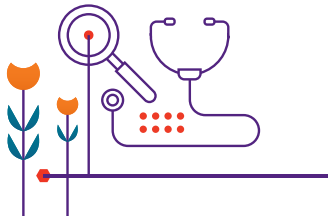
Untuk menjadi konselor yang baik, maka seorang bidan harus memenuhi prasyarat sebagai berikut (YPKP, 2013):

- Memiliki kepribadian yang hangat, menghormati klien, ramah, humoris, tidak menilai dan menghakimi, motivasi untuk menolong sesama, empati, pemikiran luas dan terbuka serta keinginan untuk belajar.
- Memiliki pengetahuan tentang 1) organ, fungsi, proses dan isu HKSR termasuk proses kehamilan, metode kontrasepsi, IMS, HIV dan KTD ; 2) kekerasan terhadap perempuan dan anak ; 3) aspek hukum terkait praktik/pelayanan kesehatan reproduksi serta nilai/ norma sosial yang mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang.
- Memiliki keterampilan dalam membina hubungan dengan klien/perempuan dan menyampaikan informasi yang tepat guna dan benar.

Tahapan konseling

Secara umum, konseling terdiri atas beberapa tahap sebagai berikut (YPKP, 2013):

- **membina hubungan dengan klien** : dengan mengucapkan salam, mempersilakan klien duduk, menciptakan suasana yang membuat klien nyaman.
- **identifikasi masalah** : dengan menanyakan masalah klien secara langsung ataupun mendengarkan cerita klien.
- **penyelesaian masalah** : dengan memberikan informasi yang sesuai dengan permasalahan klien termasuk alternatif solusinya.
- **pengambilan keputusan** : dengan mendorong dan membantu klien menentukan solusi terkait masalah yang dihadapi.



- **menutup atau menunda konseling** : bila klien terlihat puas, konseling dapat diakhiri dengan mengucapkan salam penutup. Bila klien belum mampu mengambil keputusan, maka tawarkan untuk konseling lanjutan di pertemuan berikutnya.

Bahan / referensi bacaan fasilitator

- *Philosophy and Model of Midwifery Care-ICM 2014*
- *International Definition of the Midwife - ICM 2017*
- *Bill of Rights for Women and Midwives – ICM 2017*
- *Fontein-Kuipers Y, et al., 2018, Women Centered Care 2.0: Bringing the concept into focus*
- PMK No. 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.
- UU No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan.
- Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan, Kementerian Kesehatan, dan IBI. Panduan Pengajar dan Modul Mahasiswi tentang Kesehatan Reproduksi.
- Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan, Kementerian Kesehatan, dan IBI. Panduan Pengajar dan Modul Mahasiswi tentang Konseling Kesehatan Reproduksi.
- https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion_infographics/en/
- https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/WHO_EPMM.pdf
- https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1763-8
- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153540/WHO_RHR_15.03_eng.pdf;js
- https://www.mhtf.org/projects/ending-preventable-maternal-mortality/

Media dan alat bantu

1. Kertas yang berisi kasus untuk role play yang akan diberikan ke peserta;
2. Metaplan untuk Fasilitator mencatat poin penting saat role play/ refleksi peserta;
3. Selotip;
4. Plano;
5. Spidol/ alat tulis.

Langkah-langkah penyampaian sesi

1. Pembukaan (5 menit)

- Fasilitator membuka sesi dengan menjelaskan alur dan tujuan sesi

2. Persiapan Bermain Peran (5 menit)

- Di akhir hari ke-2 Fasilitator menginformasikan kepada peserta tentang sesi bermain peran di hari ke-3 ini.
- Fasilitator membagi peserta menjadi beberapa kelompok (4-5 kelompok) dan memberikan kasus yang berbeda kepada masing-masing kelompok.
- Fasilitator menjelaskan tiap-tiap kasus dan meminta peserta untuk bertanya bila kurang jelas.
- Aturan bermain peran sebagai berikut :
  - Setiap anggota kelompok berperan sesuai dengan kasus yang diterima.
  - Setting tempat adalah Praktik Mandiri Bidan, sehingga dalam memerankan bermain peran sesuai alur layanan di Praktik Mandiri Bidan.
- Fasilitator mengingatkan peserta untuk menggunakan pengetahuan, pengalaman dalam isu HKSR dan juga pembelajaran dari sesi sebelumnya.

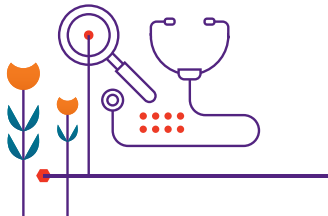
3. Pelaksanaan bermain peran, diskusi dan refleksi (110 menit)

- Fasilitator mempersilakan 1 kelompok peserta melakukan bermain peran. Peserta yang tidak melakukan bermain peran diminta menjadi pengamat.
- Selama bermain peran berlangsung Fasilitator mencatat poin penting berupa kesesuaian sikap *Respectful Midwifery Care*/ tidak, nilai/persepsi peserta yang tercermin saat bermain peran.
- Setelah bermain peran selesai, Fasilitator meminta tanggapan kepada kelompok bermain peran dengan menanyakan hal-hal sebagai berikut:
  1) Bagaimana tanggapan dari peserta, saat melakukan bermain peran sesuai dengan peran masing-masing? Apa saja yang dirasakan? Apa yang diharapkan?
  2) Apa pembelajaran yang didapatkan dari proses tersebut?
- Fasilitator meminta peserta yang menjadi pengamat untuk memberikan komentar terhadap bermain peran yang baru saja dilakukan.
- Fasilitator kemudian merangkum/ mengelaborasi hasil bermain peran sesuai prinsip *Respectful Midwifery Care*.
- Bermain peran kemudian dilanjutkan untuk kelompok yang lainnya dengan tahapan yang sama.

4. Paparan Materi (55 menit)

- Fasilitator menyampaikan materi, dan dikaitkan dengan catatan-catatan refleksi para peserta selama proses bermain peran.
- Fasilitator mengakhiri sesi.

5. Penutup (5 menit)



TOPIK 7 Refleksi dan Rencana Tindak Lanjut

Jadwal

Sesi	Metode	Waktu
Pembukaan	Ceramah	5 menit
Penyampaian pokok bahasan	• Empat Sudut (*Four Corner*) • Menulis surat cinta • Curah pendapat • Menyusun Rencana Tindak Lanjut	125 menit
Penutup	Ceramah	5 menit
Total waktu		**135 menit**

Tujuan

Peserta diharapkan mampu:

1. Melakukan refleksi diri;
2. Menyusun rencana tindak lanjut.

Pesan kunci

- Peserta secara reflektif mendapat perubahan pemahaman, nilai, sikap dan keterampilan pada diri sendiri sebelum dan pada saat mengikuti pelatihan;
- Peserta menghormati, mempertahankan serta membantu menjelaskan sudut pandang orang lain, meskipun bertentangan dengan nilai pribadi.

Media dan alat bantu

1. 4 buah kertas yang sudah di print bertuliskan 'SETUJU', 'SANGAT SETUJU', 'TIDAK SETUJU', dan 'SANGAT TIDAK SETUJU';
2. Lembar pernyataan 'Four Corner' sejumlah peserta;
3. Kertas HVS untuk menulis surat cinta;
4. Selotip/tali;
5. Alat tulis;
6. Flip chart.

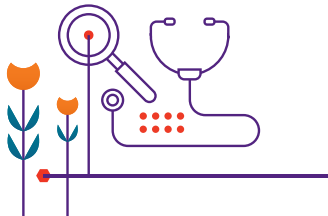
Langkah-langkah penyampaian sesi

1. Pembukaan (5 menit)

- Fasilitator membuka sesi dengan menjelaskan alur dan tujuan sesi

2. Empat Sudut (30 menit)

- Fasilitator memastikan ruangan yang digunakan cukup luas;
- Fasilitator menyiapkan dan membagikan lembar pernyataan sejumlah peserta;
- Peserta mengisi lembar pernyataan sejujurnya sesuai dengan pandangan pribadi masing-masing tanpa harus menuliskan lama selama 5 menit, lalu dikumpulkan kembali kepada fasilitator;
- Kertas pernyataan yang sudah dikumpulkan dibagikan secara acak kepada peserta lainnya;
- Fasilitator membagi lantai menjadi 4 bagian dengan selotip dan di tempelkan label 'SETUJU', 'SANGAT SETUJU', 'TIDAK SETUJU', dan 'SANGAT TIDAK SETUJU';
- Fasilitator menjelaskan kepada peserta bahwa aktivitas ini mendiskusikan mengenai pandangan pribadi, dan mempertahankan pandangan/pendapat orang lain. fasilitator mendorong peserta untuk jujur secara penuh dalam menyatakan sikap dan pandangannya.
- Minta peserta untuk membuka lembar pernyataan yang ada pada mereka lalu minta peserta untuk membandingkan dengan jawaban yang mereka tulisan pada kertas mereka sebelumnya dan tanyakan hal-hal berikut
  - *adakah perbedaan atau persamaan keyakinan pada jawaban sendiri dan orang lain?*
  - *jika ada perbedaan, mengapa hal ini terjadi?*
- Minta beberapa pendapat dari peserta untuk diskusi singkat. hal yang perlu ditekankan adalah bahwa perbedaan respon terjadi terkadang mengindikasikan adanya perbedaan keyakinan pada setiap orang;
- Fasilitator membacakan beberapa pernyataan yang tertulis di dalam lembar pernyataan dengan jelas dan memastikan semua peserta mendengar. Minta para peserta berjalan menempati sudut yang sudah di bagi 4 sesuai dengan jawaban lembar pernyataan yang dipegang oleh peserta meskipun jawaban tersebut bertentangan dengan nilai mereka;
- Lalu fasilitator mengajak peserta untuk melihat ke semua sudut, apakah ada sudut yang tidak terisi sama sekali dan minta peserta dari sudut pandang paling banyak untuk menempati sudut yang kosong untuk mewakili pandangan/ jawaban sesuai dengan label yang tertera pada posisi sekarang meskipun berbeda dengan dengan kertas yang dipegangnya atau bertentangan dengan nilai pribadinya;



- Minta peserta yang berkelompok dalam setiap sudut untuk berdiskusi alasan paling kuat menyebabkan seseorang mempunyai pandangan sesuai dengan label yang ditempati;
  - Minta peserta untuk menyusun alasan berdasarkan nilai-nilai inti yang mungkin dimiliki seseorang;
  - kelompok 'sangat setuju' dan 'sangat tidak setuju' harus dapat membedakan alasan yang akan disampaikan dengan kelompok 'setuju' dan 'tidak setuju';
  - pilihlah salah satu anggota kelompok menjadi juru bicara untuk menyampaikan dengan jelas dan mempertahankan alasan mereka meskipun bertentangan dengan nilai pribadi. Sedangkan peserta lain yang tidak menjadi juru bicara tidak boleh mengomentari pernyataan juru bicara;

- Ulangi langkah tersebut dalam setiap pernyataan lainnya;
- Setelah proses selesai, para peserta diminta kembali ke tempat masing-masing dan diajak berdiskusi diawali dengan pernyataan berikut :

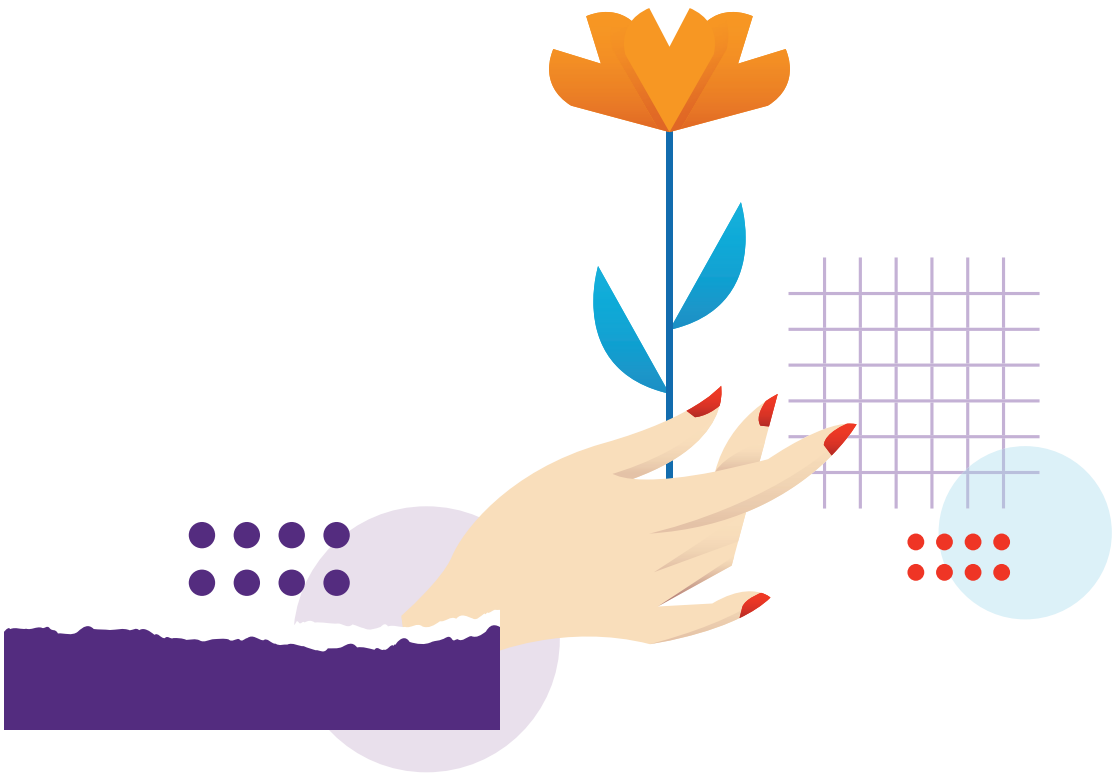
i) Bagaimana perasaan anda mewakili dan mempertahankan keyakinan yang bertentangan dengan nilai pribadi sendiri?

ii) Bagaimana perasaan anda mendengar nilai pribadinya disampaikan dan dipertahankan orang lain?

iii) Bagaimana pendapat anda tentang nilai-nilai utama yang mendasari pendapat-pendapat yang kita diskusikan dalam aktivitas empat sudut?

Catatan Fasilitator :

Fasilitator perlu memilih pernyataan yang paling penting dan dianggap bisa memberikan dampak yang diharapkan dari sesi ini dengan memperhatikan konteks peserta, karena apabila di diskusikan semua pernyataan akan memakan waktu yang lama.



Lembar Pernyataan Empat Sudut :

Bacalah pernyataan-pernyataan dibawah ini, kemudian ceklis jawaban yang menggambarkan pandangan/ nilai pribadi anda. Jawablah secara jujur sesuai dengan kata hati anda dan tidak perlu menuliskan nama pada lembar ini.

Ket : **ST** = Sangat Setuju; **S** = Setuju, **TS** = Tidak Setuju; **STS** = Sangat Tidak Setuju.

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Saat memilih KB, perempuan harus meminta persetujuan dari pasangan/ suami.				
2.	Pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual menjadi penyebab meningkatnya perilaku seks tidak bertanggungjawab, khususnya pada remaja.				
3.	Kekerasan seksual dapat terjadi karena perempuan mengenakan pakaian terbuka.				
4.	Remaja mempunyai hak memutuskan kapan akan berhubungan seksual.				
5.	Seorang perempuan korban pemerkosaan yang mengalami kehamilan perlu dibantu untuk mengakses layanan aborsi aman.				
6.	Layanan APK harus tersedia dan dapat diakses oleh setiap perempuan yang membutuhkan, tanpa memandang status pernikahan				
7.	Aborsi sering kali dilakukan oleh remaja atau mereka yang belum menikah.				
8.	Remaja tunagrahita tidak memiliki keinginan seksual/ aseksual.				
9.	Perempuan menikah yang ingin melanjutkan Pendidikan tidak ingin melanjutkan kehamilan karena khawatir akan menghambat pendidikannya. Suaminya setuju. Dia berhak atas layanan konseling KTD/Aborsi Aman.				
10.	Bila terjadi kasus kekerasan pada anak dan perlu mendapat penanganan medis, misalnya tes HIV, orang tua perlu menandatangani informed consent.				
11.	Remaja sekolah mengaku seksual aktif, berhak atas informasi dan layanan kontrasepsi.				
12.	IUD adalah pilihan KB jangka panjang yang sesuai dengan perempuan pekerja seks.				
13.	Ibu yang sedang hamil dan positif HIV, harus dimotivasi untuk menghentikan kehamilannya meskipun sebenarnya dia menghendaki bayi tersebut.				
14.	Pekerja seks yang mengalami komplikasi akibat aborsi tidak aman, tidak perlu mendapatkan bantuan medis.				
15.	Perempuan yang telah melakukan aborsi secara berulang harus didorong untuk melakukan sterilisasi.				

3. Menulis Surat Cinta (35 menit)

- Peserta diajak untuk menulis surat cinta untuk diri mereka sendiri;
- Peserta dapat menulis surat dengan mengungkapkan tentang apa yang mereka rasakan selama proses pelatihan dan apa perubahan yang terjadi dari diri mereka selama proses pelatihan. Peserta dapat menggunakan kata-kata yang sekiranya ingin mereka dengar jika orang lain menulis surat untuk mereka atas perubahan yang dialami peserta;
- Surat yang sudah ditulis kemudian dikumpulkan kepada Fasilitator.

Contoh :

Untuk diriku tersayang,

Terimakasih sudah mengikuti pelatihan selama 3 hari ini, kamu telah bersemangat mengikuti prosesnya, banyak pembelajaran yang sudah kamu dapatkan.
Kamu luar biasa, aku percaya dari pembelajaran ini akan banyak perkembangan demi mewujudkan perubahan mimpi-mimpimu.

(Dijelaskan perubahannya)

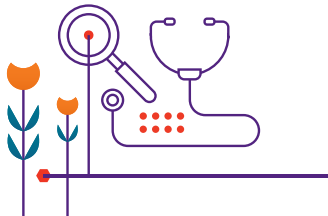
Terimakasih ku ucapkan dari lubuk hati terdalam karena kamu telah membaca surat ini. Terimakasih atas dukungan yang diberikan selama perjalanan dalam menjalani profesi ini.

4. Rencana Tindak Lanjut (60 Menit)

- Rencana Tindak Lanjut (RTL) adalah sebuah rencana kerja yang dibuat secara individual dan disusun oleh peserta pelatihan setelah mengikuti seluruh rangkaian pelatihan yang telah diberikan, berisi rencana kerja yang menjadi tugas serta wewenangnya. Penyusunan Rencana Tindak Lanjut ini dimaksudkan untuk mengaplikasikan pengetahuan yang telah diberikan dalam pelatihan dengan pengalaman peserta pelatihan. Perpaduan atau gabungan antara teori dan pengalaman ini merupakan salah satu metode untuk lebih meningkatkan tingkat pemahaman peserta pelatihan terhadap pengetahuan yang telah diberikan selama pelatihan, sehingga tujuan pembelajaran akan tercapai secara maksimal.
- Peserta membuat rencana tindak lanjut (RTL) dengan memperhatikan prinsip-prinsip dasar Rencana Tindak Lanjut (RTL), yaitu: **SMART**
  - ***Specific***

    Tujuan rencana kerja harus spesifik dan detail dengan mempertimbangkan 6 W, (1) Who-siapa saja yang akan terlibat? (2) What-Target apa yang akan dicapai? (3) Where-Di mana target akan dicapai? (Identifikasi tempat) (4) When-Kapan tiap target ini akan dicapai? (5) Which-Persyaratan dan hambatan apa saja yang potensial akan ditemui dalam proses ? (6) Why-Mengapa peserta menuliskan target ini? Mengapa ini penting bagi peserta?
  - ***Measurable***

    Poin-poin rencana tindak lanjut harus merupakan sesuatu yang bisa diukur sehingga peserta bisa memantau perkembangan dari setiap rancangan.



- ***Achievable***

  Tujuan rencana tindak lanjut merupakan sesuatu yang realistis dan bisa dicapai, artinya tidak terlalu mudah tetapi tidak terlalu sulit.

- ***Relevant***

  Target dalam rencana tindak lanjut merupakan sesuatu yang relevan dalam tugas dan kompetensi peserta pelatihan.

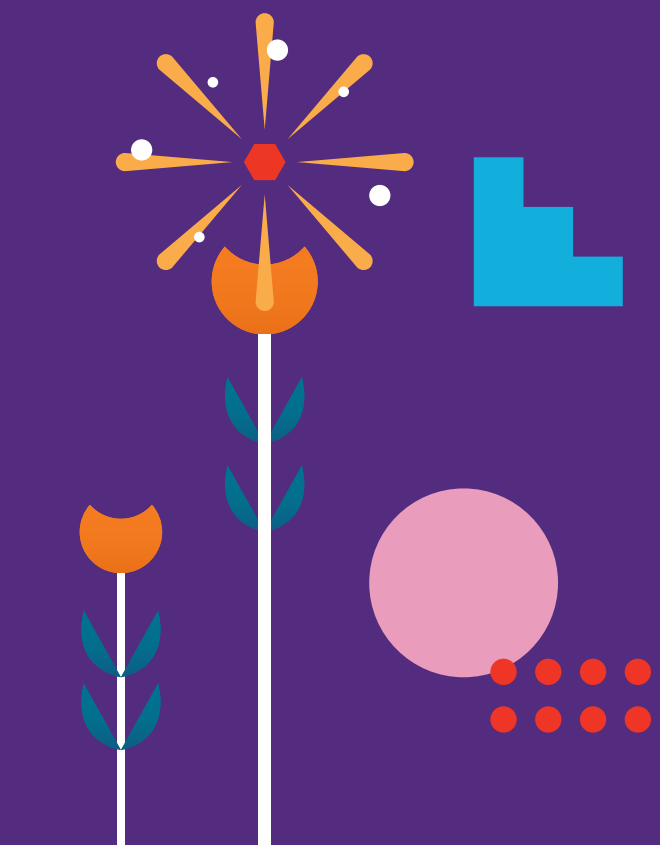
- ***Time-bound***

  Tetapkan tenggang waktu pencapaian rencana tindak lanjut.

- Peserta mempresentasikan hasil rencana tindak lanjut dan saling memberikan masukan.

5. Penutup (5 menit)

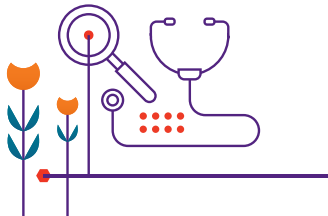
LAMPIRAN



Kasus untuk Topik

Kasus 1

Setting lokasi	Pedesaan
Karakter tokoh	Mudah bingung jika diberi banyak informasi, sulit menentukan pilihan, jika dipaksa memilih akan cenderung diam saja dan menyerahkan pili-han pada orang lain, mudah panik
Alur cerita	Perempuan 23 tahun, sedang hamil trimester ketiga dan belum pernah ANC karena alasan ekonomi dan tidak memiliki BPJS. Suaminya bekerja di luar negeri dan di desa ini ia hanya tinggal sendiri. Untuk memenuhi kebutuhan ekonomi, ia bekerja di warung kopi yang mengharuskannya bekerja lebih dari 8 jam dalam 1 hari. Beberapa minggu terakhir, ia sering mengalami sakit di bagian perut kanan atas dan mengalami mual dan muntah hampir setiap hari. Akhirnya ia mem-beranikan diri untuk datang ke satu-satunya layanan PMB yang ada di desanya untuk memeriksakan kehamilannya.
Arahan untuk tokoh	• Akan menanyakan terkait apakah kondisi yang dialaminya berbahaya? • Akan menanyakan pemeriksaan apa saja yang harus dilakukan? berapa biayanya? apakah ada keringanan biaya? • Jika bidan tidak menanyakan mengenai rencana persalinan, maka pemeran klien akan menanyakan hal ini dan menceritakan bahwa ia tidak memiliki rencana persalinan dan belum memiliki biaya.

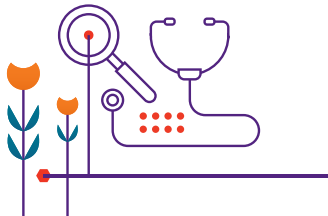


Kasus 2

Setting lokasi	Kota
Karakter tokoh	Banyak mencari tahu seputar kehamilan dari *Google*, tidak sabaran
Alur cerita	Perempuan 30 tahun, sedang merencanakan untuk program hamil bersama suami. Saat ini tidak menggunakan kontrasepsi apapun karena sudah berusaha hamil selama 5 tahun dan belum terwujud. Perempuan ini bekerja sebagai karyawan swasta di sebuah kantor. suatu hari, memutuskan untuk datang ke PMB terdekat bersama suami untuk konsultasi seputar kehamilan. Saat ini suami berusia 40 tahun dan bekerja di luar kota. Status ekonomi keduanya cukup baik dan memiliki asuransi kesehatan.
Arahan untuk tokoh	• Ketika disarankan sesuatu oleh bidan, selalu berargumen dengan membawa fakta yang didapatkan dari google • Pemeran suami bersikap tergesa-gesa dan ingin cepat dalam proses konsultasi

Kasus 3

Setting lokasi	Kota
Karakter tokoh	Putus asa, bimbang
Alur cerita	Anak perempuan 14 tahun mengalami kehamilan tidak direncanakan. Ia melakukan hubungan seksual dengan pacarnya beberapa bulan yang lalu dengan asumsi bahwa berhubungan seksual 1 kali tidak akan hamil. Ia memberitahukan tentang kehamilan pada pacarnya dan pacarnya mengatakan tidak berani untuk menyampaikan kepada orang tuanya. Pacarnya ngotot agar kehamilan itu digugurkan. Ia dan pacarnya telah mencoba berbagai jamu namun belum berhasil. Dengan uang yang terbatas, anak perempuan itu datang ke bidan untuk mencari solusi
Arahan untuk tokoh	• Bingung dan hanya mengulang-ulang ingin aborsi karena takut akan diusir dari rumah • Memutuskan akan bunuh diri jika tidak bisa menggugurkan kandungan



Kasus untuk Topik 4 dan 5

Kasus 1

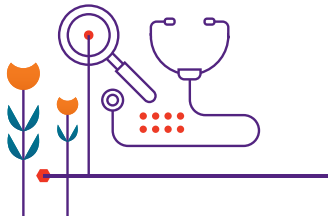
Seorang perempuan (32 tahun dan berstatus lajang) yang berprofesi sebagai Manajer Bank Swasta yang cukup besar di Indonesia datang ke layanan Praktik Mandiri Bidan XX di Kota Jogjakarta. Perempuan tersebut datang secara mandiri dengan kebutuhan untuk mengakses layanan IUD. Sudah sejak 6 bulan belakangan dia menjalin hubungan serius dengan seorang laki-laki (35 tahun) yang berprofesi sebagai Dosen di salah satu Universitas Swasta ternama di Jogjakarta. Pasangannya sedang melakukan penelitian di Kota Jogja yang merupakan bagian dari pendidikan S3-nya di Australia. Perempuan ini dan pasangannya berkomitmen dalam sebuah hubungan layaknya suami istri, hanya tanpa ikatan perkawinan. Mereka sudah mengenal orang tua satu sama lain, meskipun hanya via video call karena mereka tinggal di Bandung dan Jakarta dan situasi Pandemi Covid-19 menyebabkan mereka tidak bisa datang berkunjung. Orang tua mereka selalu menekankan bahwa dalam berpasangan, masing-masing harus memiliki karir yang bagus sebelum memiliki anak. Mereka merasa anak-anak mereka sudah memenuhi ini, sehingga kini saatnya menikah dan memiliki anak.

Sejak dua bulan lalu mereka memutuskan untuk tinggal bersama sebagai langkah serius dalam hubungan mereka. Mereka belum memutuskan apakah akan memiliki anak atau tidak. Jikapun iya, mereka akan menunggu hingga sang laki-laki pendidikan S3-nya sekitar 2-3 tahun lagi. Namun, dengan situasi di Indonesia, mereka berpikir akan sulit bagi anak tersebut jika lahir dari pasangan tidak menikah. Sehingga keputusan akankah dan kapankah akan punya anak, belum mereka putuskan.

Selama ini pasangan ini menggunakan kondom, namun karena sudah berkomitmen dan tinggal bersama mereka memutuskan untuk menggunakan kontrasepsi jangka panjang. Perempuan mendengar pengalaman dari kawan-kawannya yang menikah, bahwa IUD merupakan salah satu pilihan. Sehingga perempuan datang ke layanan Bidan untuk memasang IUD. Dia diberitahukan temannya bahwa memasang IUD di di bidan lebih enak, karena tidak ketemu banyak orang (lebih privasi) dan tidak rumit urusan administratifnya. Terlebih lagi saat ini sedang pandemic Covid-19, sehingga datang ke RS bukanlah pilihan.

Kasus 2

Seorang perempuan (20 tahun) datang ke Praktik Mandiri Bidan XX yang berlokasi di Cikarang bersama pasangannya (24 tahun). Mereka bekerja sebagai buruh pabrik yang berada tidak jauh dari lokasi praktik mandiri bidan. Laki-laki sudah bekerja selama 2 tahun sebagai teknisi mesin, sedangkan perempuan baru bekerja selama 5 bulan di bagian pemotongan kain. Perempuan berasal dari sebuah desa di Indramayu dan merupakan anak kedua dari pasangan buruh bangunan dan ibu rumah tangga. Ia merupakan tulang punggung keluarga untuk menyekolahkan 3 adik-adiknya yang masih bersekolah di bangku SMA dan SMP. Sebelum bekerja di pabrik ini, ia bekerja sebagai asisten rumah tangga.



Sedangkan sang laki-laki merupakan anak pertama dari 4 bersaudara, 2 adik perempuan telah menikah dan tidak bekerja, menyisakan 1 adik laki-laki di bangku SMP. Selain menyekolahkan adik laki-lakinya, dia juga menafkahi orang tua yang bekerja sebagai petani dan 1 adik perempuan yang ditinggal mati suaminya 1 tahun lalu dan 1 orang keponakan berumur 1,5 tahun.

Selama menjalin hubungan, mereka tidak tinggal bersama melainkan dengan kawan masing-masing. Perempuan tinggal di rumah kontrakan kecil bersama 3 kawannya. Sedangkan laki-laki juga tinggal di rumah kontrakan bersama 2 kawannya yang lokasinya tidak terlalu jauh dari kontrakan perempuan. Baru 2 bulan belakangan pasangan ini melakukan hubungan seksual. Selama itu, jika berhubungan seksual mereka tidak pernah menggunakan kontrasepsi. Setelah mendengar ada kawan sesama buruh yang dipecat karena hamil, maka perempuan menjadi khawatir, hingga akhirnya mereka sepakat untuk menggunakan kontrasepsi. Mereka mendengar dari kawan buruh yang lain bahwa IUD bisa dipakai jangka Panjang sehingga tidak memberatkan bagi mereka yang bergaji sebatas UMR.

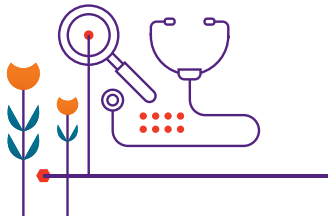
Awalnya perempuan dan laki-laki datang ke Puskesmas, namun karena dianggap belum menikah, maka tidak bisa dilayani. Mereka disarankan menggunakan kondom saja atau cari layanan Praktik Mandiri Bidan. Sehingga perempuan datang ke layanan Bidan.

Kasus 3

Seorang remaja perempuan inisial ABC berusia 17 tahun merupakan pelajar kelas XI di SMK di Kota Kupang NTT mendatangi Bidan XX di PMB Y dengan kondisi pucat, wajah sembab, gemetaran dan terlihat ketakutan. ABC adalah anak tunggal bapak dan ibunya bercerai, Ibu kandungnya merantau ke Australia, kontak seminggu sekali via WA. Bapaknya bekerja swasta menikah lagi dan ia tinggal bersama bapak dan ibu tirinya. Sering dipukul dan diperlakukan berbeda dengan adik tirinya. ABC memiliki 2 orang sahabat, H dan I. Karena tidak begitu nyaman berada di rumah, ABC lebih sering menginap berhari-hari di rumah kedua sahabatnya secara bergantian.

Dua hari yang lalu saat menginap ada pesta di rumah H, kakak laki-laki dari sahabatnya H, inisial DEF (21tahun, putus sekolah, pengangguran dan setengah mabuk) menariknya ke kamar tidur dan mengatakan dia sudah tahu dari adiknya bahwa ABC ini sudah pernah berhubungan sex dan memaksa untuk melakukan hubungan sex. ABC tidak mau tetapi dipukul, dijambak bahkan ditendang di punggung dan paha secara bergantian serta diancam jika tidak mau melakukan hubungan sex, DEF akan merobek bajunya dan menariknya ke tempat pesta agar dipermalukan lalu mengancam akan memanggil teman-temannya DEF yang sedang mabuk untuk memperkosa ABC secara bergantian. ABC sambil dipukul juga dipaksa untuk berhubungan sex hingga akhirnya dia terpaksa melakukan hubungan sex 4-5 x tanpa kondom dan DEF mengeluarkan spermanya di dalam vagina ABC. ABC terpaksa tidur di kamar DEF sejak jam 11 malam sampai pagi. Saat pagi, remaja perempuan itu dibelikan coca cola 4 kaleng oleh DEF dan dipaksa minum sampai habis bersama obat CTM 5 tablet lalu disuruh lompat-lompat dan kencing yang deras.

ABC memiliki siklus haid 28 hari, dan saat kunjungannya tepat 17 hari setelah Hari pertama haid terakhir. Saat anamnesa, ABC kesulitan berkata-kata dan lebih banyak menangis dan gemetaran. Ketika pemeriksaan fisik,



terlihat ada memar di paha dan punggung ABC. ABC sempat mengatakan bahwa dia tidak mau hamil dan tidak mau putus sekolah karena tidak mau mengecewakan orang tuanya dan juga mengatakan ia sangat ketakutan dan bingung. Awalnya ABC berencana mau ke puskesmas tetapi dia tidak nyaman dilihat banyak orang dan jam layanannya bertabrakan dengan jadwal sekolah, sehingga akhirnya dia memutuskan berkunjung ke PMB Y

Kasus untuk Sesi 6

Kasus 1

Dina, seorang remaja putri usia 16 tahun, kelas X. Bersekolah di sekolah ternama di Solo. Berasal dari keluarga terpandang karena ayah dan ibunya adalah seorang pengusaha. Karena kesibukan ayah dan ibunya, sejak kecil hubungan Dina dengan kedua orang tua kurang dekat, Dina lebih sering diasuh oleh kakak ibunya yang dipanggilnya Bude.

Dina sudah berpacaran dengan Dion, teman sekolahnya sejak dari mereka SMP. Hubungan mereka tidak diketahui oleh kedua orang tua masing-masing, karena orang tua mereka melarang pacaran saat masih sekolah dan diminta untuk fokus belajar saja. Dina dan Dion sering bertemu sepulang sekolah dan keluar bersama dengan alasan belajar kelompok membuat tugas sekolah.

Suatu ketika, Bude mendapati Dina muntah-muntah di kamar mandi. Bude curiga Dina hamil, karena pembalut yang tersedia di lemari untuk kebutuhan Dina masih utuh. Bude juga membeli tes kehamilan dan hasilnya 2 garis merah. Bude lalu menceritakan masalah ini ke ibunya Dina. Ibunya Dina marah, menampar pipi Dina dan meminta Dina mengatakan siapa yang menghamilinya. Dina diam saja dan hanya bisa menangis.

Bersama Bude, Ibu Dina membawa Dina ke Bidan terdekat untuk memastikan kehamilan Dina dan minta tolong untuk di gugurkan saja. Sebelum melakukan pemeriksaan, Bidan memberikan konseling kepada Dina. Selama proses konseling Dina hanya diam saja, tidak keluar satu patah katapun. Bidan kemudian meminta Ibu Dina masuk. Ibu Dina kemudian menceritakan bahwa pacar Dina tidak tanggung jawab. Ibu Dina menolak keras kehamilan ini. Bude mengintip dari pintu ruang konseling yang sedikit terbuka dan menyeruak masuk. Bude menimpali : " Apa, jangan suruh dia melanjutkan kehamilan, nanti kayak Ibunya, dulu juga muda hamil, saya yang merawat sampai sekarang." Bidan merasa ruangan jadi ramai dan sudah tidak kondusif lagi untuk konseling. Apa yang harus dilakukan Bidan dalam kasus ini? Bagaimana Bidan bersikap terhadap Dina, Ibu dan Bude?

Kasus 2

Tari, seorang ibu rumah tangga yang memiliki 2 orang anak, masing-masing berusia 2 dan 5 tahun. Sebagai seorang ibu rumah tangga dan tidak memiliki pekerjaan sampingan lainnya, keseharian Tari hanya mengurus rumah dan anak-anaknya saja. Suaminya, Tono yang seorang sopir bus AKAP, karena tuntutan pekerjaannya, jarang pulang ke rumah, kadang 2 minggu sekali atau kadang sebulan sekali.

Tanpa sepengetahuan Tari, saat sedang bekerja Tono kadang pergi ke sebuah cafe plus-plus bersama dengan teman-temannya. Awalnya cuma minum-minum, lama-lama karena desakan temannya kemudian berhubungan seks dengan salah satu cewek di sana. Tono kemudian menjadi pelanggan tetap di cafe tersebut. Saat berhubungan dengan cewek tersebut, kadang Tono memakai kondom kadang tidak.

Akhir-akhir ini, Tari merasa terganggu karena keputihan, kadang warnanya hijau dan berbuih. Suaminya juga mengeluhkan bau vaginanya yang seperti ikan busuk saat berhubungan seksual. Hari ini, Tono pulang ke rumah. Tari merasa mempunyai kesempatan untuk periksa ke Bidan karena Tono bersedia menjaga ke-2 anaknya. Tari ingin mendapat pengobatan. Apa yang harus dilakukan Bu Bidan?

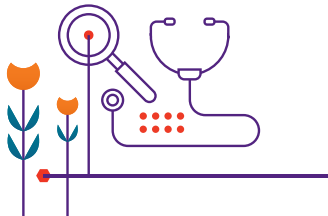
Kasus 3

Vanesa, adalah nama panggilan dari Damar Sasongko, seorang Transpuan asli Purbalingga yang kemudian pindah ke Denpasar. Di kampungnya dulu, Damar sering dihina karena dia lemah lembut untuk ukuran seorang remaja laki-laki. Dia juga suka berdandan dan terlihat lebih cantik dari perempuan yang juga dandan. Di Denpasar, Damar bekerja sebagai Petugas Lapangan di sebuah LSM. Keinginannya untuk tampil sebagai perempuan membuatnya rela melakukan apa saja. Agar payudara dan pantatnya bisa membesar seperti perempuan, temannya menyarankan untuk menggunakan suntik KB. Damar pergi ke salah satu Bidan di dekat tempat tinggalnya untuk mendapatkan suntik KB. Ini adalah kali pertama bagi Damar mengakses layanan di Bidan. Apa tindakan Bidan dalam hal ini?

Kasus 4

Rini, seorang perempuan usia 30 tahun, bekerja sebagai pembantu rumah tangga di keluarga Pak Ranto dan istri dengan 3 orang anaknya. Sejak usia 17 tahun Rini sudah ikut di keluarga tersebut dan mereka pun menganggapnya sebagai keluarga sendiri. Saat ini Pak Ranto hanya tinggal dengan istri karena anak-anaknya sudah besar dan kuliah di luar kota. Bu Ranto yang semakin menua terlihat mulai sering sakit-sakitan. Kadang-kadang Pak Ranto mengeluhkan masalah istrinya ke Rini.

Pada suatu malam, Pak Ranto mendatangi kamar Rini. Rini merasa biasa saja karena Pak Ranto kadang memang sering mendatanginya untuk sekedar dibuatkan pisang goreng atau teh. Namun hari itu berbeda, Pak Ranto berusaha mengajak Rini untuk berhubungan seksual. Rini menolak, namun Pak Ranto memaksa, Rini berusaha berontak namun Pak Ranto malah memukulnya dengan keras hingga Rini tidak berdaya.



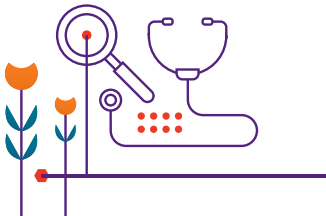
Pagi harinya setelah kejadian itu, Rini bangun tidur dan hanya bisa menangis mengingat kejadian semalam dan juga merasakan sakit disekujur tubuhnya. Rini kemudian minta izin kepada Bu Ranto untuk pulang kampung. Setiba di kampung, Rini pergi ke Bidan karena badannya sakit terutama di vaginanya. Bidan juga bisa melihat bahwa kelopak mata Rini biru sembab seperti bekas pukulan. Bagaimana Bidan menangani hal ini?

Kasus 5

Suwenti, seorang perempuan buruh cuci usia 42 tahun, mempunyai 4 orang anak, paling kecil kelas 3 SD dan yang tertua sudah SMA yang kadang membantunya bekerja. Suaminya dulu jadi buruh tani tetapi sekarang sudah tidak bekerja lagi dan hanya tinggal di rumah.

Suwenti tinggal di sebuah kampung dengan 1 Bidan praktek. Bidan tersebut sangat baik padanya dan sering memberikan layanan KB gratis. Masalahnya adalah, Suwenti tidak pernah cocok dengan KB yang dipakainya. Saat memakai KB suntik 1 bulan dia mengeluh flek terus, berdarah sedikit- sedikit, kadang mual dan pusing. Apabila menggunakan KB suntik 3 bulan Suwenti mengeluh malah tidak mendapatkan menstruasi sama sekali, merasa badannya berat, dan setiap bulan merasa was-was takut hamil karena tidak menstruasi. Saat berganti metode memakai IUD, Suwenti mengeluh menstruasi terus menerus dan banyak, serta tubuhnya semakin kurus, akhirnya minta dilepas. Bidan kemudian memberikan Pil, namun karena sibuk Suwenti sering lupa, hingga akhirnya lahir anak ke 4. Setelah melahirkan, Suwenti kemudian memakai KB susuk, namun mengeluh menstruasi tidak teratur dan jantungnya sering berdebar, akhirnya dilepas juga. Bidan menyarankan untuk tubektomi, tetapi Suwenti menolak karena takut operasi. Bidan kemudian memberikan kondom, karena Suwenti tidak mau mendapat Pil, suntik, IUD dan susuk berdasarkan pengalaman sebelumnya. Saat berhubungan seks dengan suami, kalau ada persediaan mereka memakai kondom, kalau tidak ya tidak pakai. Kadang-kadang suami malas memakai kondom, karena mengeluh tidak nyaman. Akhirnya Suwenti hamil lagi, saat periksa kehamilan di Bidan usia kehamilannya kurang lebih 6-8 minggu. Suwenti tidak menginginkan kehamilan ini, karena anaknya sudah banyak dan tidak mampu membiayai mereka semua. Suwenti menceritakan masalahnya kepada majikan tempat dia menjadi buruh cuci, yang kemudian memberikannya 8 butir pil warna putih bentuknya segi enam. Suwenti diminta minum 4 butir dan 4 butir sisanya dimasukkan ke vagina.

Pagi tadi tiba-tiba Suwenti menstruasi banyak sekali dan keluar gumpalan, Suwenti sudah ke kamar mandi untuk berganti pembalut lebih dari 3x dalam 1 jam. Badannya lemas sehingga dia izin tidak pergi ke rumah majikan. Sore harinya, suaminya kemudian membawa Suwenti ke Bidan. Apa yang sebaiknya dilakukan Bidan?



Kasus 6

Klien perempuan, namanya Santi usia 21 tahun. Anaknya cantik dan mempunyai bentuk tubuh yang bagus. Santi terakhir sekolah di SLB-C. Setelah lulus, Santi hanya tinggal di rumah saja. Santi tinggal bersama kedua orang tuanya dan 2 orang adiknya di asrama tentara karena ayahnya seorang tentara. Hari ini Santi datang ke Bidan bersama ibunya. Ibunya terus menangis di depan Bidan sambil menceritakan masalah yang dialami.

"Bu Bidan, ini sudah kali ke-2 anak saya mengalami hal ini". Dia hamil, entah dengan siapa. Tadi pagi saya suruh tes kencing, terakhir saya ingat dia menstruasi 1 atau 2 bulan lalu, saya lupa. Padahal saya menjaganya dengan baik, kemana-mana saya antar. Ya mungkin pas saya tinggal sebentar, dia pergi keluar. Tapi paling ke warung depan asrama untuk beli jajan. Kali pertama, 2 tahun lalu, saya juga tidak tahu. Tahu-tahu sudah 4 bulan, ya terpaksa dilahirkan dan saya jadikan anak terakhir, jadi adiknya dia. Sekarang lagi begini. Bagaimana ini, Bu?" Di saat ibunya terus menangis, Santi hanya duduk di kursi dengan santai sambil menggoyangkan kaki. Dia juga tidak mengucapkan satu patah kata pun.

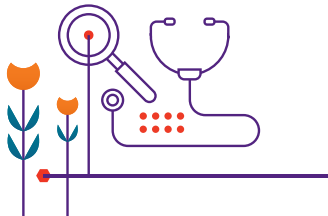
"Saya itu malu Bu, apalagi saya tinggal di asrama. Kejadian 2 tahun lalu aja, sampai sekarang masih terasa omongan tetangga, sekarang lagi begini, saya harus bagaimana?". Suami juga memarahi saya sambil menangis dan kecewa terhadap saya, dianggap tidak bisa menjaga anak. Sudah pernah kejadian, tidak belajar dari masalah sebelumnya. Mertua juga sudah ultimatum, jangan sampai terulang lagi, kasian karier suaminya."

Melihat kasus ini, bagaimana Bidan menanggapinya?

Kasus 7

Klien bernama Dinda, perempuan usia 25 tahun, bekerja di sebuah counter HP, memiliki pacar yang cukup tampan, Herman usia 30 tahun, kerja sebagai Satpam selama 5 tahun di sebuah karaoke. Mereka sudah berpacaran selama 1 tahun. Dinda dan Herman tinggal di tempat kost yang berbeda. Mereka berdua sama-sama orang perantauan dan tidak ada sanak saudara yang tinggal dekat dengan mereka. Saat ini Dinda sedang hamil 3 bulan. Rencana 2 bulan lagi, tepatnya setelah lebaran mereka akan menikah. Kondisi Dinda sekarang sedang tidak stabil, berduka karena sebulan yang lalu Herman meninggal dunia secara mendadak tanpa tahu apa penyebabnya. Selama sakit, Herman melarang Dinda datang menjenguk. Dinda yang penasaran kemudian bertanya kepada teman kerja Herman, dan mendapat informasi bahwa awal menjadi Satpam, saat belum berpacaran dengan Dinda, Herman pernah pernah berhubungan dengan beberapa cewek pemandu lagu. Salah satu cewek yang berhubungan dengan Herman juga ada yang sudah meninggal.

Setelah kematian Herman, Dinda menderita sariawan dan diare yang tidak sembuh-sembuh. Dinda sudah pernah ke pelayanan kesehatan, saat mendapatkan pengobatan, sariawan dan diarenya sembuh, namun begitu obatnya habis kemudian kambuh lagi. Putus asa dengan pengobatan sebelumnya, Dinda kemudian pergi ke Bidan untuk konsultasi kehamilan dan juga ingin mendapatkan pengobatan untuk penyakitnya. Bagaimana penanganan Bidan dalam hal ini?



Asuhan Pasca Keguguran yang Komprehensif

- **Asuhan Pasca Keguguran (APK)** adalah rangkaian tindakan yang bertujuan untuk menolong perempuan yang mengalami aborsi (keguguran), baik aborsi spontan maupun aborsi diinduksi, disertai dengan komplikasi atau tanpa komplikasi. *(Ipas women-centered post abortion care: reference manual)*

- **Asuhan Pasca Keguguran yang berpusat pada perempuan** adalah suatu pendekatan komprehensif dalam menangani perempuan yang mengalami keguguran yang mempertimbangkan faktor fisik, keadaan emosional, kebutuhan psikologis, keamanan dan kenyamanan, serta kemampuan perempuan tersebut untuk mengakses layanan yang dibutuhkan. Termasuk perempuan yang mengalami aborsi (keguguran) yang belum tuntas, missed abortion (janin tidak berkembang), dan aborsi tidak aman.

- Asuhan Pasca Keguguran (APK) bukan Asuhan Aborsi Aman/induksi aborsi.

- **Asuhan Pasca Keguguran yang berpusat pada perempuan** adalah komponen penting dalam layanan kesehatan reproduksi komprehensif untuk **menyelamatkan jiwa perempuan dan menurunkan angka kesakitan dan kematian perempuan**.

Asuhan Pasca Keguguran Komprehensif terdiri dari 5 elemen penting, yaitu:

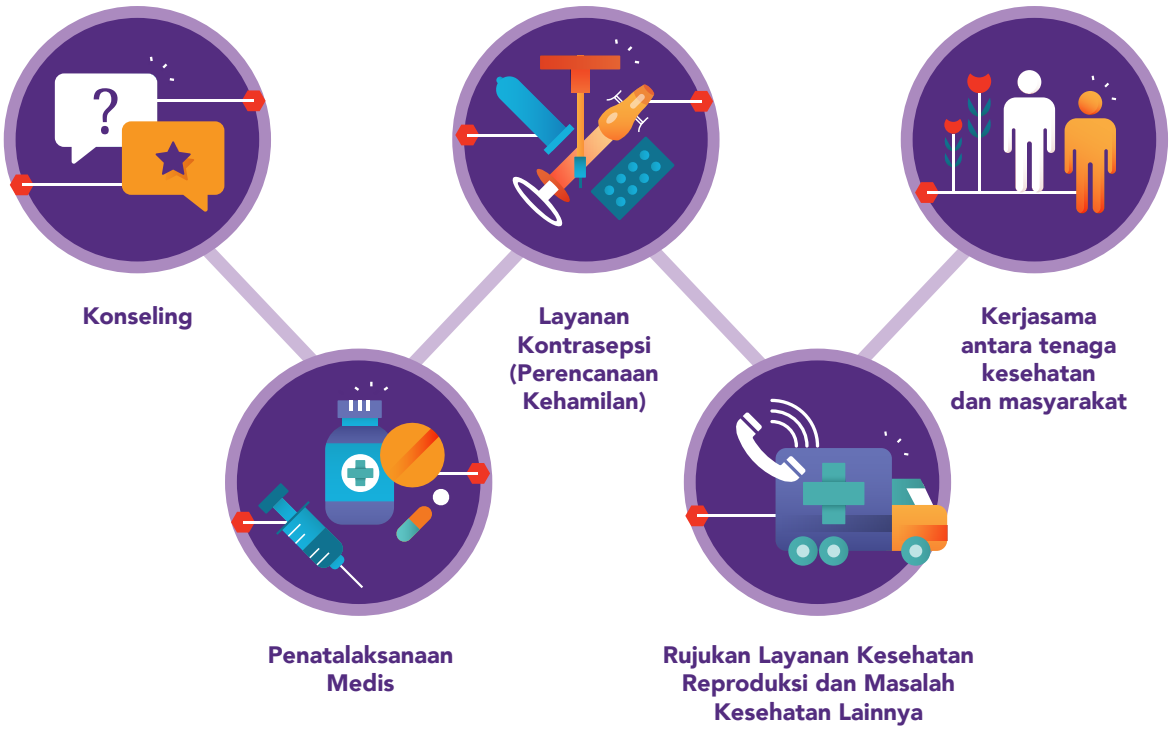


Diagram 6. Lima Elemen APK

1. Konseling

Konseling sangat dibutuhkan untuk mengidentifikasi dan merespon keluhan emosional dan psikologis, serta hal lain terkait aborsi pada perempuan.

Keguguran dapat menyebabkan tekanan psikologis dan emosional yang berat. Hal ini bisa disebabkan karena:

- Perempuan tersebut merasa tidak sempurna karena menganggap dirinya tidak dapat menjaga kehamilannya dengan baik dan cenderung merasa disalahkan.

- Masyarakat sering menyebutkan bahwa perempuan yang mengalami keguguran disebabkan karena rahimnya lemah. Hal ini merupakan mitos, karena tidak ada rahim yang lemah. Namun, karena mitos tersebut, perempuan menjadi takut dan merasa tidak sempurna.

Kedua hal tersebut adalah sedikit contoh nyata yang dialami perempuan pasca keguguran. Hal tersebut yang kemudian menyebabkan perempuan yang mengalami keguguran menjadi stress, cemas, depresi, dan bahkan percobaan bunuh diri.

Oleh sebab itu, konseling merupakan hal yang sangat penting untuk mendukung psikologis dan emosional perempuan, serta membantu perempuan sehat dan sejahtera.

2. Penatalaksanaan Medis

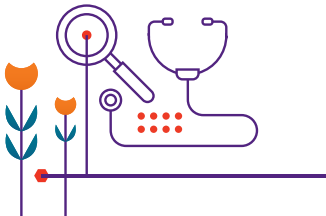
Memberikan pertolongan medis pada seluruh perempuan yang mengalami keguguran, baik keguguran yang belum tuntas, missed abortion (janin tidak berkembang), dan keguguran akibat inisiasi aborsi tidak aman, baik tanpa komplikasi maupun disertai komplikasi yang dapat membahayakan jiwa perempuan.

Penatalaksaan medis ini terutama untuk membersihkan sisa hasil konsepsi (produk kehamilan) akibat keguguran yang belum tuntas. Adapun tindakannya harus menggunakan metode yang aman.

Badan kesehatan dunia yaitu WHO dan perkumpulan dokter spesialis kebidanan dan kandungan se-dunia (FIGO), POGI telah merekomendasikan metode yang aman untuk melakukan pembersihan rahim dari sisa hasil konsepsi akibat keguguran, baik keguguran alamiah (aborsi alamiah), maupun keguguran akibat proses pengguguran dengan cara yang tidak aman (aborsi tidak aman).

Metode aman yang direkomendasikan ada 2, yaitu:

1. Tindakan dengan medikamentosa: dengan cara mengkonsumsi obat sejenis misoprotol dengan dosis dan cara yang benar.
2. Tindakan dengan Aspirasi Vakum Manual (AVM): dengan cara menyedot sisa hasil konsepsi (produk kehamilan) sampai bersih.

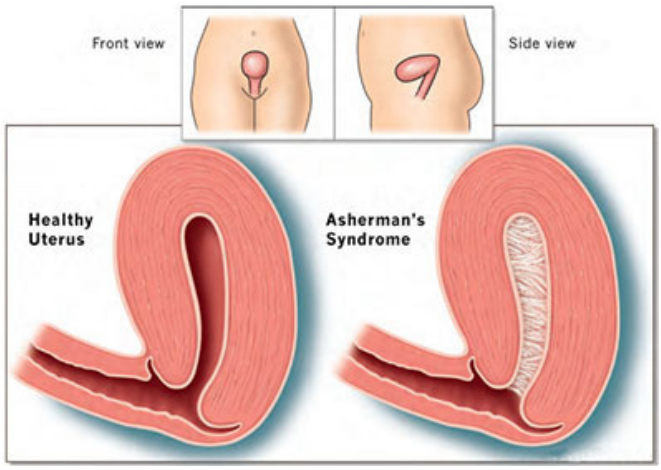


Keuntungan dari kedua tindakan medis tersebut adalah:

Keterangan	Tindakan dengan Medikamentosa	Tindakan dengan Aspirasi Vakum Manual
Lama proses pembersihan sisa konsepsi dari Rahim:	Butuh waktu 1 minggu	Proses pembersihan dengan vakum selama 5-7 menit.
Proses tindakan	Proses alamiah seperti menstruasi. Perempuan hanya perlu mengkonsumsi obat dengan cara diminum atau dihisap di bawah lidah sesuai dosis yang diberikan oleh dokter atau bidan. Kebanyakan perempuan merasa lebih nyaman dengan proses tindakan medikamentosa ini.	Proses seperti tindakan operatif yang dilakukan di fasilitas kesehatan.
Keberhasilan tindakan	95% berhasil sampai bersih	98% berhasil sampai bersih

Baik tindakan medikamentosa maupun asiprasi vakum manual, sangat efektif dan aman untuk pembersihan sisa konsepsi pada pasca keguguran.

Kuret tajam yang biasa dikenal sebagai kuret, sudah tidak direkomendasikan karena berbahaya dan menyebabkan asherman's syndrome atau perlukaan pada bagian Rahim seperti gambar dibawah.



Tatalaksana medis untuk mengatasi atau mencegah terjadinya komplikasi yang mengancam jiwa, termasuk tatalaksana kegawatdaruratan, pencegahan infeksi, pembersihan sisa hasil konsepsi (produk kehamilan), manajemen untuk mengurangi rasa nyeri, dan mengatasi komplikasi yang terjadi.

3. Layanan Kontrasepsi dan KB (Perencanaan Kehamilan)

Masa subur perempuan dapat kembali segera, yaitu 8 hari pasca keguguran. Oleh karena itu, perempuan yang mengalami keguguran perlu mendapatkan akses layanan kontrasepsi dengan segera agar dapat merencanakan kehamilan selanjutnya. Perencanaan kehamilan ini penting untuk memastikan pemulihan kondisi kesehatan fisik, kesiapan psikologis dan emosional perempuan pasca keguguran.

Beberapa kondisi perempuan membutuhkan layanan kontrasepsi pasca keguguran, yaitu:

- Keguguran adalah proses kehilangan dan berduka, beberapa perempuan membutuhkan waktu yang lama untuk mengembalikan keadaan psikologis dan emosionalnya, sehingga mereka butuh untuk menunda kehamilannya.
- Ada pula perempuan dengan keguguran berulang yang membutuhkan pemeriksaan lanjutan untuk mengetahui penyebab kegugurannya. Sehingga mereka butuh untuk menunda kehamilannya.
- Beberapa perempuan membutuhkan layanan pasca keguguran akibat proses inisiasi aborsi karena mengalami kehamilan yang tidak direncanakan, baik akibat gagal KB, sudah kebanyakan anak, atau belum siap hamil. Oleh sebab itu, mereka membutuhkan layanan kontrasepsi pasca keguguran untuk mencegah Kehamilan Tidak Direncakan (KTD) atau menjarakkan kehamilan berikutnya.

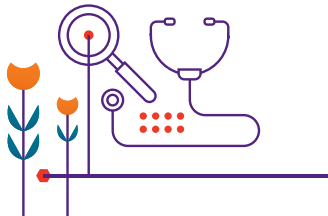
4. Rujukan layanan kesehatan reproduksi dan masalah kesehatan lainnya

Beberapa perempuan yang mengalami keguguran membutuhkan rujukan ke layanan kesehatan reproduksi atau masalah kesehatan lainnya, yaitu:

- Perempuan yang mengalami keguguran dengan komplikasi berat seperti perdarahan atau demam tinggi (infeksi berat) memerlukan rujukan ke Rumah Sakit yang memiliki perlengkapan dan fasilitas lengkap.
- Perempuan yang mengalami keguguran akibat komplikasi seperti darah tinggi atau diabetes melitus memerlukan rujukan ke RS yang lebih lengkap.
- Perempuan yang mengalami keguguran dan ditemukan tanda kanker leher Rahim, memerlukan rujukan ke RS yang memiliki layanan kesehatan reproduksi lengkap.

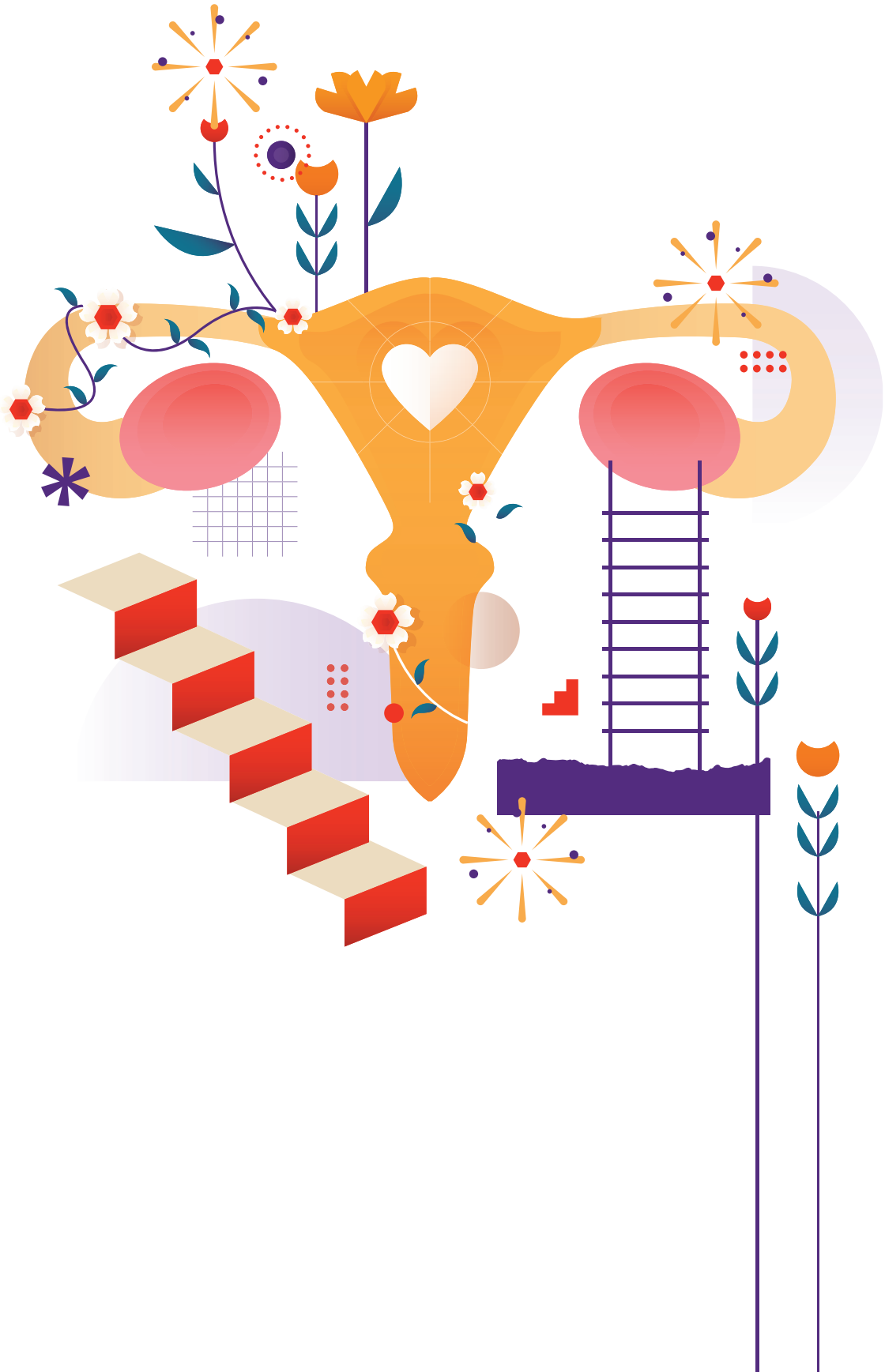
Perlu diketahui, tidak semua rujukan selalu berhubungan dengan pertolongan medis. Beberapa perempuan mengalami kasus kekerasan dalam rumah tangga, paksaan, bahkan perkosaan.

- Perempuan yang diketahui mengalami keguguran akibat kekerasan fisik, perkosaan, pemaksaan aborsi, membutuhkan rujukan ke unit terpadu yang bertugas sebagai perlindungan anak dan perempuan terhadap kekerasan fisik dan seksual. Dalam layanan APK Komprehensif yang berpusat pada perempuan harus memiliki layanan rujukan untuk kasus kekerasan fisik dan seksualitas perempuan.



5. Kemitraan dengan masyarakat dan penyedia layanan lain

Pada elemen ini kemitraan dilakukan untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan/ direncanakan serta induksi aborsi yang tidak aman. Selain itu, perlu menggerakkan sumber daya untuk membantu perempuan mendapatkan asuhan pasca keguguran yang baik dan tepat waktu, dan memastikan bahwa layanan kesehatan telah memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.

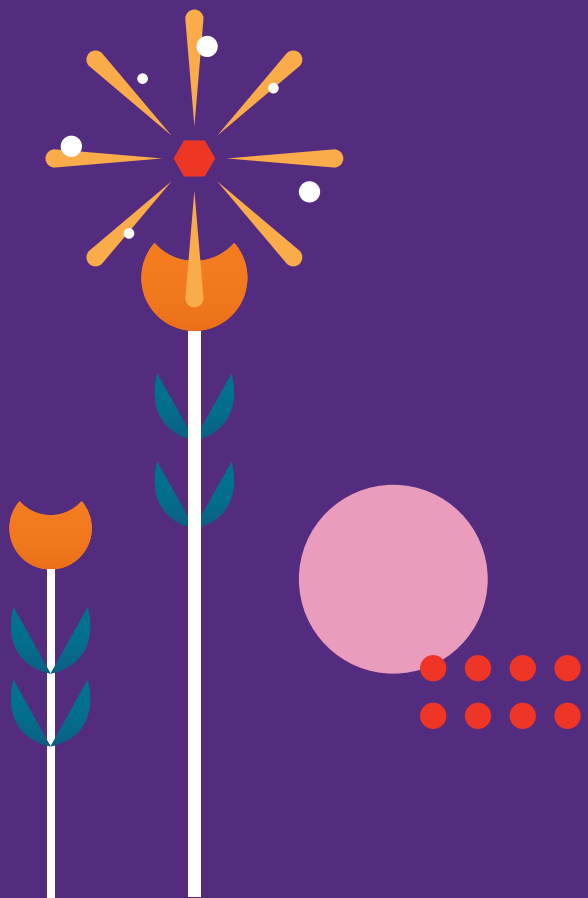


KURIKULUM PELATIHAN

Respectful Midwifery Care (RMC) bagi Praktik Mandiri Bidan

1

PENDAHULUAN



BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Target capaian Angka Kematian Ibu (AKI) pada Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) 2015 adalah 102/100.000 kelahiran hidup sedangkan posisi Indonesia pada tahun yang sama adalah 305/100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih belum mengalami perubahan yang signifikan pada pertengahan tahun 2020. Tentu saja Indonesia masih berisiko untuk meneruskan catatan kegagalan capaian MDGs pada capaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2030 yang akan datang, dengan target 70/100.000 kelahiran hidup. Kematian Ibu di Indonesia seharusnya dapat dicegah dengan perencanaan kehamilan yang baik dan akses kepada layanan kesehatan reproduksi perempuan yang universal dan merata diseluruh Indonesia.

Kematian ibu tentunya berdampak negatif dan berantai terhadap kesejahteraan, kualitas hidup, dan kesehatan keluarga, masyarakat dan negara. Sebuah penelitian menyatakan, bayi yang lahir dari ibu yang meninggal saat melahirkan, memiliki ketahanan hidup yang rendah [1]. Selain itu, kematian ibu berdampak terhadap kesejahteraan dan kesehatan keluarga sebagai unit terkecil di masyarakat. Sehingga kematian ibu menjadi permasalahan nasional yang harus diselesaikan bersama.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan di suatu negara. AKI menggambarkan status kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, populasi, pembangunan, kesetaraan gender, dan pemberdayaan perempuan di suatu wilayah/negara. Dengan AKI yang masih tinggi menunjukkan gambaran buruknya pembangunan kesehatan di Indonesia.

Bidan merupakan penyedia layanan kesehatan yang mempunyai peran dan posisi unik bagi perempuan dan masyarakat. Dengan fokus kerja memenuhi kebutuhan perempuan sepanjang siklus reproduksi dan seksualitasnya, bidan memberikan layanan asuhan yang berkesinambungan. Dengan kedekatan ini, bidan adalah bagian penting dalam pemberdayaan perempuan dan masyarakat.

Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan dan Undang-undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan menegaskan peran bidan dalam upaya kesehatan perempuan. Secara spesifik kedua produk hukum tersebut memberikan jaminan dan kepastian hukum untuk bidan dalam perannya untuk upaya peningkatan kesehatan termasuk di dalamnya adalah pencegahan kematian perempuan akibat kehamilan dan persalinan.

Baik Permenkes maupun undang-undang ini dimaksudkan untuk memberikan jaminan kepastian hukum dan perlindungan kepada bidan, serta jaminan kualitas layanan kepada perempuan, bayi dan anak dalam penyelenggaraan layanan asuhan kebidanan. Namun demikian, dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya, bidan dihadapkan pada kompleksitas situasi kesehatan perempuan. Pada sistem sosial dan budaya, masalah utama yang dihadapi oleh bidan maupun masyarakat adalah kentalnya kultur patriarki yang secara sistematis mendominasi setiap lapisan kehidupan. Pada area kebijakan dan

[1] Finlay, JE, Moucheraud, C, Goshev, S, Levira, F, Mrema, S, Canning, D, Masanja, H, Yamin, AE, 2015, 'The Effects of Maternal Mortality on Infant and Child Survival in Rural Tanzania: A Cohort Study', *Maternal Child Health Journal*, Nov;19(11):2393-402.

program turunannya, pemerintah belum secara efektif menyentuh akar persoalan. Dapat dilihat bahwa rencana pembangunan selama ini tidak memberikan cukup akses bagi perempuan untuk berpartisipasi secara bermakna. Akibatnya, kebijakan dan program yang dihasilkan tidak mencerminkan kontribusi bidan secara nyata.

Reduksi atas kewenangan bidan menyebabkan terjadinya keterbatasan infrastruktur dan fasilitas untuk mempermudah pelaksanaan kerjanya. Hal ini terjadi sejak di tingkat nasional. Sementara pada aspek ekonomi, beban biaya dalam mengakses layanan semakin membebani perempuan, khususnya yang bertempat tinggal di wilayah 4T (tertinggal, perbatasan, terpencil, dan terluar). Mekanisme pembayaran jasa layanan bidan oleh negara juga sering tersendat. Di lain pihak, tuntutan atas kualitas layanan dengan standar tinggi harus dipenuhi, tidak saja dalam kapasitas tanggung jawab profesi namun juga dalam semangat persaudaraan sesama perempuan.

Filosofi *women- centered care*, sebagaimana tertuang dalam dokumen inti *International Confederation of Midwives* (ICM) tentang Filosofi dan Model Layanan Kebidanan, telah dituangkan dalam Undang-undang Kebidanan, khususnya pada pasal 2 dan 3. Sementara itu *Respectful Midwifery Care* (RMC) telah diadopsi oleh ICM dan diujicobakan di beberapa negara di dunia baik dalam bentuk lokakarya maupun pengembangan serta penyebarluasan pedoman RMC. Dengan mengintegrasikan dengan RMC filosofi *women-centered care* terbukti dapat meningkatkan keinginan perempuan untuk mencari layanan kebidanan. Pada akhirnya hal ini dapat mencegah situasi kesakitan dan kematian perempuan yang terkait dengan kehamilan dan persalinan.

Di Indonesia, filosofi *women-centered care* dan RMC perlu di kontekstualisasi sehingga dapat dipahami dan dipraktikkan seluruh bidan di Indonesia. Dengan mengimplementasi strategi penguatan kapasitas bidan yang terstandar diharapkan akan mampu menguatkan keberpihakan bidan atas situasi kesehatan seksual dan reproduksi perempuan dengan dipraktekkannya keterampilan bidan dalam memberikan Asuhan Kebidanan yang Berpihak pada Perempuan secara komprehensif. Oleh karena itu, diperlukan metode pendidikan kritis yang bertujuan untuk menggarap realitas manusia, dan karena itu, secara metodologis bertumpu di atas prinsip-prinsip aksi dan refleksi menyeluruh. Yakni prinsip bertindak untuk mengubah kenyataan yang menindas dan pada sisi simultan lainnya secara terus-menerus untuk menumbuhkan kesadaran akan realitas dan hasrat untuk mengubah kenyataan yang menindas tersebut.

Praktik Mandiri Bidan (PMB) yang berjumlah sekitar 40.000 (Kompas, (2016) [2] merupakan pelayanan kebidanan yang dekat dengan perempuan. Oleh karena itu, penting bagi layanan PMB untuk terus memahami RMC sehingga dapat mengaplikasikannya dalam asuhan kebidanan yang diberikan. Pelatihan RMC ini diberikan oleh fasilitator-fasilitator profesional yang telah mendapatkan sertifikasi dari IBI dan ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan PMB.

[2] Kompas.com (2016). Bidan Praktik Mandiri Bersertifikasi Masih 35 Persen.
<https://regional.kompas.com/read/2016/08/08/06275201/bidan.praktik.mandiri.bersertifikasi.masih.35.persen>.

B. Filosofi pelatihan

Modul Pelatihan *Respectful Midwifery Care* ini diselenggarakan dengan memperhatikan:

1. Prinsip pendidikan kritis, yakni berorientasi pada proses yang:
    a. Membebaskan peserta untuk mengekspresikan dirinya;
    b. Menghargai pengalaman, pendapat dan pandangan peserta;
    c. Mendorong proses diskusi yang dialog dengan cara pandang yang beragam;
    d. Mendorong kolaborasi peserta.

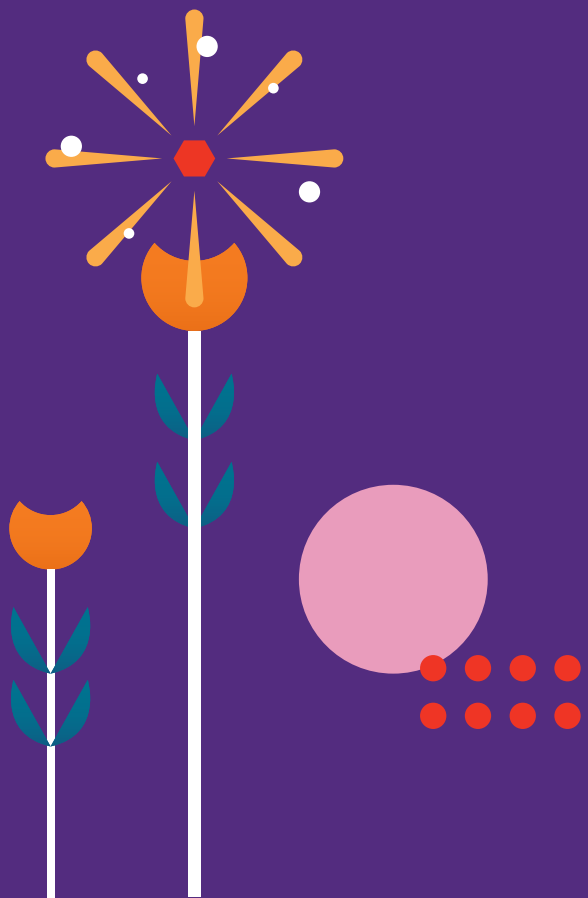
2. Berorientasi kepada peserta, dimana peserta berhak untuk:
    a. Mendapatkan pelatih/fasilitator yang dapat memfasilitasi dengan berbagai metode, melakukan umpan balik, dan menguasai materi pelatihan.
    b. Belajar dengan modal pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki masing-masing.
    c. Melakukan refleksi dan memberikan umpan balik secara terbuka.

3. Berbasis kompetensi, yang memungkinkan peserta untuk:
    a. Mengembangkan keterampilan langkah demi langkah dalam memperoleh kompetensi yang diharapkan dalam pelatihan.

4. *Experiential learning* yang memungkinkan peserta untuk:
    a. Memperoleh kesempatan melakukan sendiri penerapan teori dalam praktik metode pembelajaran diskusi kelompok, studi kasus, bermain peran dan simulasi.
    b. Melakukan pengulangan maupun perbaikan yang diperlukan.

II

PERAN DAN KOMPETENSI



BAB II
PERAN DAN KOMPETENSI

Peran Peserta

Setelah pelatihan peserta diharapkan dapat mampu mengintegrasikan pendekatan *Respectful Midwifery Care* dalam Praktik Mandiri Bidan masing-masing.

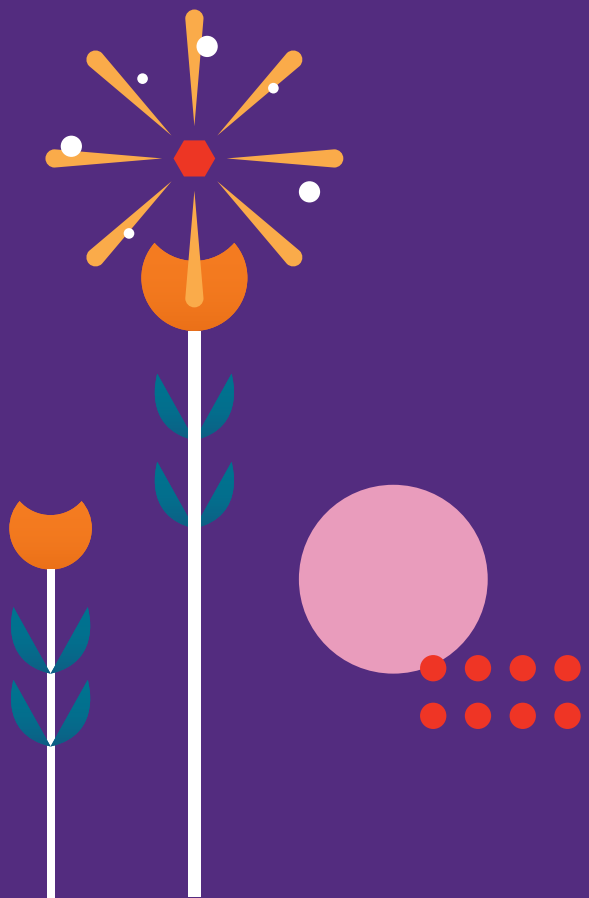
Kompetensi Peserta

Untuk menjalankan perannya, maka setelah pelatihan peserta diharapkan memiliki kompetensi dalam:

1. Memahami pendekatan *Respectful Midwifery Care* (RMC);
2. Melakukan analisis sosial untuk memahami kompleksitas dinamika permasalahan Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR) yang dihadapi perempuan;
3. Melakukan rujukan layanan komprehensif;
4. Mengintegrasikan pendekatan *Respectful Midwifery Care* pada Praktik Mandiri Bidan.

III

TUJUAN



BAB III
TUJUAN

Tujuan umum

Modul ini bertujuan untuk membangun pemahaman peserta atas pendekatan RMC, menguatkan keberpihakan peserta atas dinamika permasalahan Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR) yang dihadapi perempuan, dan membangun keterampilan peserta untuk mengintegrasikan pendekatan RMC pada PMB.

Modul pelatihan yang idealnya dilakukan selama tiga (3) hari pelatihan ini terdiri atas tiga (3) bab. Setiap bab terdiri dari dua sampai tiga topik dengan sistematika penyajian sebagai berikut:

Bab 1: Layanan RMC (*Respectful Midwifery Care*) untuk mencegah kematian ibu:

- Topik 1: Penyebab dan pencegahan kematian ibu
- Topik 2: Pemenuhan Hak Perempuan dalam Asuhan Kebidanan
- Topik 3: Memahami Pendekatan RMC

Bab 2: Akses Perempuan akan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi yang Komprehensif:

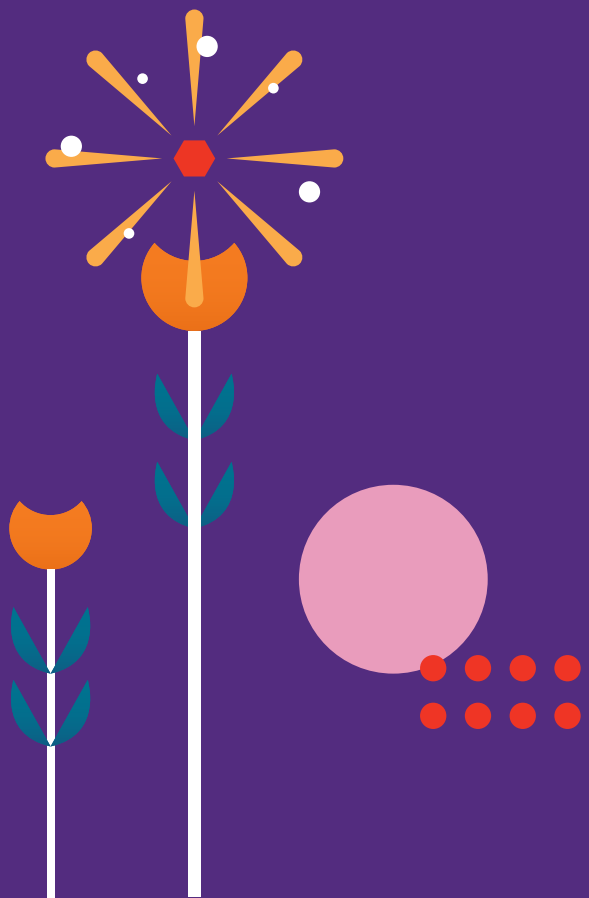
- Topik 4: Analisa Sosial situasi Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan
- Topik 5: Membangun Sistem Rujukan Antar Layanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif

Bab 3: Membangun Asuhan Kebidanan yang Berpihak pada Perempuan yang komprehensif

- Topik 6: Membangun Asuhan Kebidanan yang Berpihak pada Perempuan yang komprehensif
- Topik 7: Refleksi

IV

STRUKTUR PROGRAM PELATIHAN



BAB IV
STRUKTUR PROGRAM PELATIHAN

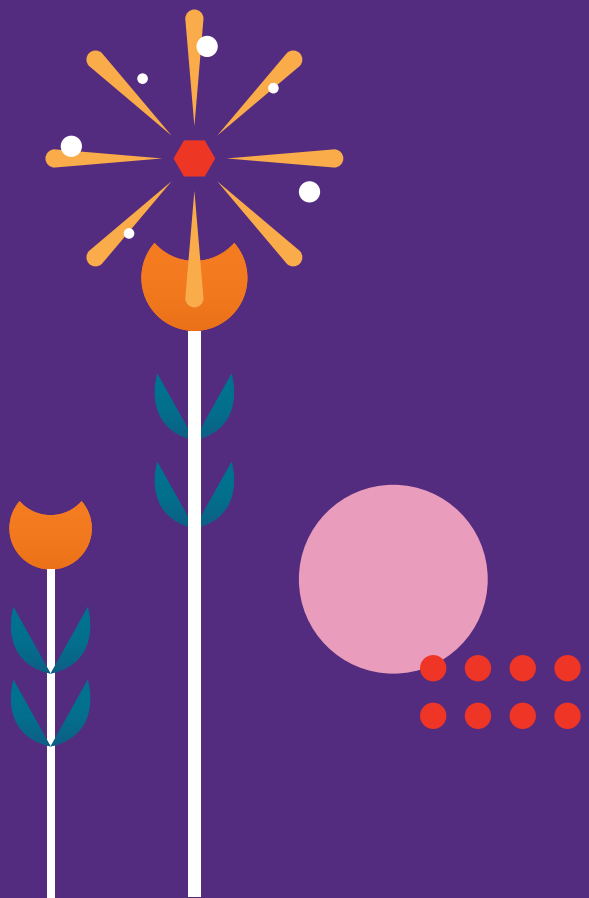
Untuk mencapai tujuan pelatihan yang telah ditetapkan, maka ditentukan materi yang akan dibahas, sebagai berikut:

No.	Materi	Waktu		Ju3
		T	P	
A	**Materi Dasar**			
	• Topik 1: Penyebab dan pencegahan kematian ibu	2	2	4
	• Topik 2: Pemenuhan Hak Perempuan dalam Asuhan Kebidanan	1	3	4
	Sub Total	***3***	***5***	***8***
B	**Materi Dasar**			
	• Topik 3: Memahami Pendekatan *Respectful Midwifery Care* (RMC)	1	3	4
	• Topik 4: Analisa Sosial situasi Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan	2	4	6
	• Topik 5: Membangun Sistem Rujukan Antar Layanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif	2	4	6
	• Topik 6: *Respectful Midwifery Care* yang komprehensif	2	4	6
	Sub Total	***7***	***15***	***22***
C	**Materi Dasar**			
	• Building Learning Commitment	0	2	2
	• Anti Korupsi	1	0	1
	• Rencana Tindak Lanjut dan Refleksi	0	3	3
	Sub Total	***0***	***5***	***5***
	Jumlah	**11**	**25**	**35**

Keterangan:
T : Teori; P: Penugasan;
Untuk Teori dan Penugasan, 1 jam pelatihan (jpl) @ 45 menit

V

GARIS-GARIS BESAR PROGRAM PEMBELAJARAN (GBPP)



BAB V
Garis-Garis Besar Program Pembelajaran (GBPP)

Nomor : MD.1.
Materi : Penyebab dan Pencegahan Kematian Ibu
Waktu : 4 JPL (T:2; P:2)
Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) : Setelah mengikuti materi ini, peserta diharapkan mampu memahami penyebab utama kematian perempuan terkait dengan kehamilan.

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan penyebab utama kematian ibu ; 2. Menjelaskan peran bidan dalam pencegahan kematian ibu.	1. Penyebab Utama Kematian ibu • Definisi kematian ibu • Angka Kematian Ibu sebagai salah satu indikator penting Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*) • Penyebab kematian ibu • Upaya prioritas penurunan AKI 2. Peran bidan dalam pencegahan kematian ibu • Masa kehamilan • Persalinan • Pasca keguguran • Nifas	1. Refleksi 2. Diskusi kelas	1. Modul RMC 2. *Que card* berisi pertanyaan pemantik 3. Slide tentang data dan update klinis penanganan medis terkait kematian ibu 4. Video mengenai kasus kematian ibu. Contohnya adalah video *Safe Motherhood Road to Death* (UNICEF)	1. WHO Website. Maternal Mortality. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Nomor : MD.2.
Materi : Pemenuhan Hak Perempuan dalam Asuhan Kebidanan
Waktu : 4 JPL (T:1; P:3)
Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) : Setelah mengikuti materi ini, peserta diharapkan mampu memahami tentang hak-hak perempuan serta kewajiban dan hak bidan.

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan hak perempuan berdasarkan kode etik bidan yang sejalan dengan Bill of Rights dalam International Confederation of Midwives. 2. Menjelaskan hak dan kewajiban bidan berdasarkan International Confederation of Midwives.	1. Hak-hak perempuan berdasarkan International Confederation of Midwives. 2. Kewajiban dan Hak bidan berdasarkan kode etik bidan yang sejalan dengan Bill of Rights dalam International Confederation of Midwives.	1. Bermain peran 2. Diskusi kelas	1. Modul RMC 2. Pemeran pasien dalam bermain peran yang berasal dari pihak eksternal (non peserta) 3. Instruksi dan kasus untuk bermain peran 4. Poin pertanyaan untuk refleksi 5. Kertas plano, metaplan, spidol	1. ICM. International Code of Ethics for Midwives. 2. ICM. Bill of Rights.

Nomor : MI.1.
Materi : Pendekatan *Respectful Midwifery Care*
Waktu : 4 JPL (T:1; P:3)
Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) : Setelah mengikuti materi ini, peserta diharapkan mampu memahami prinsip-prinsip *Respectful Midwifery Care*

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu menjelaskan RMC	1. Sejarah 2. Definisi RMC 3. Prinsip dasar 4. Pentingnya RMC 5. Karakteristik	1. Diskusi kelompok 2. Presentasi kelompok 3. Diskusi kelas	1. Modul RMC 2. Daftar pertanyaan untuk diskusi kelompok 3. Slide presentasi terkait pelayanan kebidanan yang berpihak pada perempuan 4. Kertas plano, metaplan, spidol	1. WHO. Respectful Maternity Care: The UNiversal Rights of Childbreaing Women. 2. Population Council. Promoting Respectful Maternity Care: Training Guide for Community-Based Workshops. 3. USAID. Respectful Maternity Care Workshop Learning Resource Package.

Nomor : MI.2.
Materi : Topik 4. Analisa sosial situasi Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan
Waktu : 6 JPL (T:2; P:4)
Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) : Setelah mengikuti materi ini, peserta diharapkan mampu melakukan analisa sosial situasi Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini, peserta **mampu**: 1. Menjelaskan layanan kesehatan reproduksi komprehensif 2. Melakukan praktik analisa sosial dalam mengenali akar persoalan kesehatan seksual dan reproduksi perempuan	1. Layanan kesehatan reproduksi komprehensif • Definisi layanan kesehatan seksual dan reproduksi komprehensif • Peran bidan dalam pemberian layanan kesehatan seksual dan reproduksi komprehensif 2. Analisa sosial • Pengertian analisis sosial • Unsur-unsur analisis sosial • Tahapan analisa sosial Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals	1. Studi kasus 2. Simulasi kasus 3. Presentasi 4. Curah pendapat	1. Modul RMC 2. Cerita kasus 3. Kertas Plano 4. Spidol 5. Selotip kertas 6. Metaplan 7. Sticky note 8. Gunting 9. Flipchart	1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman pelayanan kesehatan reproduksi terpadu di tingkat pelayanan dasar. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/ MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan 3. Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 4. Undang-undang Kebidanan No.4 Tahun 2019 5. Peraturan Pemerintah tentang Kesehatan Reproduksi No.61 Tahun 2014

Nomor : MI.3.
Materi : Topik 5. Membangun Sistem Rujukan Antar Layanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif
Waktu : 6 JPL (T:2; P:4)
Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) : Setelah mengikuti materi ini, peserta diharapkan mampu mengembangkan strategi sistem rujukan layanan kesehatan reproduksi komprehensif

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: 1. Mengenali pihak strategis dan mekanisme dalam pemberian layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif; 2. Mengenali hambatan-hambatan struktural yang ada, terkait proses rujukan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif; 3. Merumuskan strategi rujukan layanan berbasis kebutuhan perempuan.	1. Filosofi asuhan kebidanan 2. Definisi sistem rujukan kesehatan seksual dan reproduksi 3. Prinsip-prinsip dalam merujuk pasien/klien dengan kebutuhan lanjutan 4. Bentuk-bentuk layanan 5. Tahapan merujuk pasien/klien dengan kebutuhan lanjutan	1. Studi kasus 2. Presentasi 3. Curah pendapat	1. Modul RMC 2. Cerita kasus 3. Kertas Plano 4. Spidol 5. Selotip kertas 6. Metaplan 7. Sticky note 8. Gunting	1. ICM. Bill of Rights for Women and Midwives. 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/ MENKES/320/ 2020 tentang Standar Profesi Bidan 3. OHCHR. Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Harmful Practices. 4. OHCHR. Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Contraception and Family Planning. 5. OHCHR. Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Gender-Based Violence. 6. Peraturan Pemerintah tentang Kesehatan Reproduksi No.61 Tahun 2014 7. Undang-undang Kebidanan No.4 Tahun 2019 8. Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan, Kementerian Kesehatan, dan IBI. Panduan Pengajar dan Modul Mahasiswi tentang Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak.

Nomor : MI.4.
Materi : *Respectful Midwifery Care* yang komprehensif di Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB)
Waktu : 6 JPL (T:2; P:4)
Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) : Setelah mengikuti materi ini, peserta diharapkan mampu melakukan *Respectful Midwifery Care* yang komprehensif

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: 1. Mengembangkan strategi penanganan kasus kesehatan seksual dan reproduksi yang datang ke layanan PMB 2. Melakukan praktik RMC yang komprehensif dalam PMB.	1. Strategi penanganan kasus dengan pendekatan RMC di PMB 2. Contoh Praktik RMC yang komprehensif dalam PMB. komprehensif Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals)	1. Bermain peran 2. curah pendapat	1. Modul RMC 2. Kertas yang berisi kasus untuk role play yang akan diberikan ke peserta. 3. Metaplan untuk Fasilitator mencatat poin penting saat role play/ refleksi peserta. 4. Selotip 5. Plano 6. Spidol/ alat tulis	1. Philosophy and Model of Midwifery Care-ICM 2014 2. International Definition of the Midwife - ICM 2017 3. Bill of Rights for Women and Midwives – ICM 2017 4. Fontein-Kuipers Y, et al., 2018, Women Centered Care 2.0: Bringing the concept into focus 5. PMK No. 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. 6. UU No.4 Tahun 2019 tentang Kebidanan 7. Modul Mahasiswi : Konseling Kesehatan Reproduksi (YPKP, 2013) 8. Modul Mahasiswi : Kesehatan Reproduksi (YPKP, 2011)

Nomor : MP 1.
Materi : Building Learning Commitment
Waktu : 2 JPL (T:0; P:2)
Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) : Setelah mengikuti pelatihan ini, peserta mampu membangun suasana belajar yang kondusif

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: 1. Mengenal sesama peserta, pelatih dan penyelenggara. 2. Melakukan pencairan (*ice breaking*) diantara peserta. 3. Mengidentifikasi harapan, kekhawatiran dan komitmen terhadap proses selama pelatihan. 4. Membuat kesepakatan nilai, norma, dan kontrol kolektif. 5. Membuat kesepakatan organisasi dalam kelas	1. Proses perkenalan sesama peserta, pelatih dan penyelenggara. 2. Proses pencairan (*ice breaking*) di antara peserta. 3. Harapan, kekhawatiran dan komitmen terhadap proses selama pelatihan. 4. Nilai, norma, dan kontrol kolektif.	Permainan	1. Papan 2. Kertas metaplan 3. Kertas *flipchart* 4. Spidol 5. ATK 6. Alat bantu permainan	1. Lembaga Administrasi Negara, 2003, *Building Learning Commitment*, Jakarta. 2. Pusdiklat SDM Kesehatan, 2007, Modul TPPK, Jakarta.

Nomor : MP 2.
Materi : Anti korupsi
Waktu : 1 JPL (T:0; P:1)
Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) : Setelah mengikuti pelatihan ini, peserta mampu menciptakan budaya anti korupsi

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini: 1. Menjelaskan pengertian korupsi 2. Menjelaskan budaya anti korupsi 3. Menjelaskan ciri-ciri korupsi 4. Menjelaskan faktor penyebab korupsi 5. Menjelaskan Jenis-jenis korupsi 6. Menjelaskan pengertian gratifikasi 7. Menjelaskan upaya pemberantasan korupsi	1. Pengertian korupsi 2. Budaya anti korupsi 3. Ciri-ciri korupsi 4. Faktor penyebab korupsi 5. Jenis-jenis korupsi 6. Pengertian gratifikasi 7. Upaya pemberantasan korupsi	Ceramah tanya jawab	1. LCD *projector* 2. Layar LCD 3. Laptop 4. Papan 5. *Flipchart* 6. Spidol permainan	1. Modul Anti Korupsi, Kemenkes BPPSDMK, 2014

Nomor : MP 3.
Materi : Rencana Tindak Lanjut
Waktu : 3 JPL (T:0; P:3)
Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) : Setelah mengikuti pelatihan ini, peserta diharapkan mampu melakukan refleksi atas proses dan menyusun rencana tindak lanjut untuk melaksanakan peran dan fungsinya sebagai pemberi asuhan kebidanan di TPMB

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)	Pokok Bahasan dan Sub Pokok Bahasan	Metode	Media dan Alat Bantu	Referensi
Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: 1. Melakukan refleksi diri 2. Menyusun rencana tindak lanjut	1. Refleksi diri: • Belajar dari pengalaman • Pemahaman, nilai, sikap dan perilaku diri • Membedakan layanan RMC dengan non RMC 2. Rencana tindak lanjut • Pengertian • Langkah-langkah penyusunan	1. Refleksi (menyeberangi sungai) 2. Refleksi (menulis surat cinta) 3. Ceramah tanya jawab 4. Presentasi	1. Kertas berisi daftar pernyataan untuk sesi menyeberangi sungai 2. Kertas HVS untuk menulis surat cinta 3. Selotip/tali 4. Alat tulis 5. Flip chart 6. permainan	1. Pedoman Rencana Tindak Lanjut (RTL) Pelatihan Teknis Administrasi. Pusdiklat Tenaga Administrasi Badan Litbang dan Diklat Kementerian Agama (2019) 2. Pedoman Penyusunan Kurikulum dan Modul Pelatihan di Bidang Kesehatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013)

PEKERTi

Didukung oleh