



PROSES PERENCANAAN DAN IMPLEMENTASI PADA LAYANAN KEBIDANAN

Wulan Rahmadhani¹

¹Prodi DIII Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong

Corresponding Author: Wulan Rahmadhani, Prodi DIII Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
Email : wulan@stikesmuhgombong.ac.id

Received January 13, 2020; **Accepted** January 24, 2020; **Online Published** January 29, 2020

Abstract

Pada 2015, International Confederation of Midwives (ICM) meluncurkan the Midwifery Services Framework (MSF): alat berbasis bukti baru untuk memandu negara melalui proses peningkatan layanan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi baru lahir melalui penguatan dan pengembangan tenaga kerja kebidanan. MSF diselaraskan dengan arsitektur global utama untuk kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi baru lahir dan sumber daya manusia untuk kesehatan, dan dengan rekomendasi dari the 2014 Lancet Series tentang Kebidanan. Yang kedua dalam serangkaian makalah ini menjelaskan proses penerapan MSF: pekerjaan persiapan, apa yang terjadi pada setiap tahap implementasi dan siapa yang harus dilibatkan pada setiap tahap. Ini memberikan gagasan tentang skala tugas, dan sumber daya yang akan diperlukan untuk mengimplementasikan MSF dalam konteks negara khususnya Indonesia. Makalah ini akan menarik bagi pembuat kebijakan kesehatan, mitra pembangunan dan asosiasi profesional di negara-negara yang mempertimbangkan pendekatan berbeda untuk memperkuat layanan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi baru lahir mereka, dan akan membantu mereka untuk memutuskan apakah dan kapan penuh atau implementasi parsial/bertahap dari MSF akan menjadi inisiatif yang tepat untuk mengatasi defisit yang diidentifikasi dalam konteks khusus mereka, mengingat ketersediaan sumber daya saat ini dan yang diproyeksikan.

Keywords: perencanaan, implementasi, kebidanan

PENDAHULUAN

International Confederation of Midwives (ICM) meresmikan The Midwifery Services Framework (MSF) pada maret 2015, dan setelah MSF diluncurkan sudah delapan negara mengaplikasikan program tersebut. MSF (ICM, 2015) adalah sebuah respon atas panggilan dunia untuk meningkatkan kesehatan melalui investasi pada kesehatan para pekerja (WHO & UNFPA, 2013) dan berdasarkan pada fakta yang nyata dan kuat bahwasanya kebidanan merupakan salah satu jembatan terkuat untuk menghasilkan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir (WHO & UNFPA, 2013), tetapi di beberapa negara, kebidanan bukanlah suatu profesi yang

sangat dihargai dan belum menerima perhatian yang tepat (Filby, McConville, & Portela, 2016).

Pengembangan MSF dipimpin oleh ICM dengan berkolaborasi dengan World Health Organisation (WHO) dan United Nations Population Fund (UNFPA). Kolaborasi ini menghasilkan suatu alat untuk membantu mengaplikasikan konsep penguatan profesi kebidanan agar dapat memenuhi kebutuhan perawatan pada kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir.

Perencanaan dan implementasi proses pada perhatian pada semua profesi merupakan salah satu hal yang rumit (WHO, 2015) dan oleh karena itu, memerlukan investasi waktu dan sumber daya lainnya yang berpengaruh signifikan serta pengetahuan politik (Tran, Portela, De Bernis, &

Beek, 2014), pemahaman kerangka hukum, peraturan dan tata kelola (Lassi, Kumar, & Bhutta, 2016) serta perlu adanya keahlian logistic dan teknis dibidang-bidang utama seperti Pendidikan dan pelatihan professional (World Health Organization, 2015)

Karena proses perhatian kepada suatu profesi mungkin memerlukan banyak sumber daya dan membutuhkan adanya komitmen jangka panjang sehingga akan sangat membantu bagi mereka yang ditugasi untuk mengimplementasikan MSF atau memperpertimbangkan apakah MSF ini merupakan salah satu alat yang tepat untuk diterapkan di negara khususnya di Indonesia sehingga memiliki pemahaman yang luas. Beberapa pertanyaan muncul dari implikasi praktis seperti apa yang perlu mereka lakukan, siapa yang perlu dilibatkan dan sumber daya apa yang dibutuhkan. MSF inilah bertujuan untuk menjelaskan dari pertanyaan tersebut. Dari penjelasan diatas, makalah ini akan menjelaskan bagaimana dan mengapa MSF muncul serta menjelaskan pelajaran yang dipetik sejauh ini dari negara pertama yang mulai mengimplementasikan MSF.

DEFINISI DAN KONSEP UTAMA

Dalam mempertimbangkan konsep apakah MSF bermanfaat atau tidak di negara tertentu khususnya di Indonesia, penting terlebih dahulu memahami definisi dan konsep utama tentang bidan dan kebidanan:

PRINSIP-PRINSIP

KEBIDANAN:

Perawatan kebidanan yang professional, dimana termasuk juga perawatan kebidanan darurat pada garis depan harus dipastikan tersedia, dapat

diakses dan dapat diterima oleh semua wanita dan tentunya harus berkualitas baik, termasuk peka terhadap gender dan budaya terlebih lagi menghormati pengguna jasa. Bidan harus menyediakan layanan berbasis fakta sepanjang seluruh rangkain perawatan mulai dari remaja, pra-kehamilan melalui perawatan kehamilan, kelahiran anak dan periode pascanatal, termasuk juga didalamnya keluarga berencana (Lassi et al., 2016). Mereka harus memberikan layanan dalam rangkain yang lengkap dari rumah melalui fasilitas perawatan kesehatan primer hingga rumah sakit/bidan rujukan. Untuk mencapai hal diatas, bidan harus dididik dan diatur sesuai dengan standar global (De Graft-Johnson et al., 2006) dan beroperasi dalam system kesehatan yang berfungsi termasuk kader-kader petugas kesehatan seperti dokter dan perawat (Babigumira, Vlassoff, Ahimbisibwe, & Stergachis, 2015).

APA ITU BIDAN?

Seorang bidan adalah seorang profesional kesehatan yang bertanggung jawab yang bekerja dalam kemitraan dengan wanita untuk memberikan dukungan, perawatan dan saran yang diperlukan dari titik dimana seorang wanita atau gadis menjadi aktif secara seksual, melalui kehamilan, persalinan dan periode postnatal. Bidan adalah dukun bayi yang terlatih sebagaimana didefinisikan oleh WHO (WHO, 2015) dan dapat melakukan persalinan dengan tanggung jawab mereka sendiri serta menyediakan perawatan untuk bayi baru lahir. Peran tersebut termasuk konseling kesehatan dan pendidikan

untuk wanita, keluarga mereka dan masyarakat luas.

Tidak semua bidan memiliki jabatan sebagai 'bidan'. Sebagai contoh, beberapa negara memiliki bidan perawat yang memiliki tanggung jawab keperawatan di samping tanggung jawab kebidanan mereka, atau yang mengejar karir di kebidanan setelah awalnya memenuhi syarat sebagai perawat. Dalam makalah ini, kata 'bidan' digunakan untuk merujuk pada petugas kesehatan yang sesuai dengan deskripsi diparagraf sebelumnya, terlepas dari jabatan atau jalur pendidikan yang mereka ambil untuk menjadi berkualitas.

KOMPETENSI KEBIDANAN

ICM telah menetapkan tujuh kompetensi kebidanan (Titaley et al., 2017), yang membentuk dasar MSF dan dirangkum sebagai berikut: (1) pengetahuan dan keterampilan dari kebidanan, neonatologi, ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etika yang membentuk dasar tinggi kualitas, relevan secara budaya, perawatan yang sesuai untuk wanita, bayi baru lahir, dan keluarga yang mengandung anak; (2) pendidikan dan layanan kesehatan untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, kehamilan yang direncanakan dan pengasuhan yang positif; (3) perawatan antenatal, termasuk deteksi dini dan pengobatan atau rujukan untuk komplikasi; (4) perawatan selama persalinan; (5) perawatan postpartum untuk wanita; (6) merawat bayi yang baru lahir hingga usia dua bulan; dan (7) perawatan terkait aborsi yang sesuai dalam hukum, peraturan, dan protokol yang berlaku.

TAHAPAN THE MIDWIFERY SERVICES FRAMEWORK (MSF)

Sebelum memulai implementasi MSF, dua langkah persiapan terjadi: (1) mengamankan komitmen pemerintah dan pemangku kepentingan utama lainnya, dan (2) pengumpulan informasi latar belakang yang penting. MSF sendiri terdiri dari empat langkah pengembangan layanan modular: paket perawatan, pengorganisasian layanan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir serta tenaga kerja dan lingkungan kerja, terlebih pada pemantauan dan evaluasi yang berkelanjutan. Yang mendasari semua kegiatan ini adalah pengembangan atau penguatan asosiasi bidan nasional. Jadi, total ada tujuh langkah dan akan dideskripsikan dibawah ini:

LANGKAH PERSIAPAN A: AMANKAN KOMITMEN PARA PEMANGKU KEPENTINGAN UTAMA

Karena MSF adalah proses yang dipimpin oleh negara, itu hanya dapat berhasil jika mereka yang bertanggung jawab untuk memimpin proses berkomitmen untuk menyediakan kepemimpinan dan/atau sumber daya yang diperlukan yaitu manusia dan keuangan. Ini berarti bahwa departemen yang tepat dalam kementerian kesehatan harus memahami MSF, setuju bahwa ia selaras dengan kebijakan dan strategi kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir di negara yang luas ini, dan berkomitmen untuk mendukung proses tersebut. Disarankan agar para pemangku kepentingan utama lainnya seperti badan-badan asosiasi bidan profesional (termasuk mereka yang berasal dari profesi terkait selain kebidanan), penyandang dana dan penyedia layanan juga harus bersedia untuk mendukung proses tersebut. Dari para pemangku kepentingan

ini, organisasi pemimpin dipilih. Untuk memenuhi peran ini secara efektif, penting bagi organisasi pemimpin untuk: memiliki basis di negara, memiliki mandat kesehatan ibu, memiliki rekam jejak yang dihormati, bersedia bekerja dalam kemitraan dengan kementerian kesehatan, profesional dan pemangku kepentingan lain yang relevan, dan memiliki fungsi manajemen, administrasi dan keuangan yang diperlukan. Organisasi ini diidentifikasi melalui diskusi antara ICM, Kemenkes, asosiasi bidan dan pemangku kepentingan lainnya.

LANGKAH PERSIAPAN B: KUMPULKAN INFORMASI LATAR BELAKANG YANG PENTING

Langkah ini pada dasarnya adalah analisis situasi untuk layanan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir yang memastikan bahwa keputusan dan tindakan yang diambil selama langkah-langkah pengembangan layanan berbasis bukti dan disesuaikan dengan konteks negara. Informasi tersebut terbagi dalam empat kategori: (1) jumlah yang diantisipasi dan distribusi geografis kehamilan selama 10 tahun ke depan, (2) karakteristik populasi seperti profil usia, urbanisasi, tingkat kehamilan remaja, distribusi kekayaan, (3) karakteristik sistem kesehatan, misalnya jenis, jumlah dan lokasi fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir, ukuran relatif dan ruang lingkup sektor kesehatan publik dan swasta, ketersediaan obat-obatan, peralatan dan persediaan penting lainnya, lingkungan kebijakan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir, dan (4) karakteristik tenaga kerja kesehatan seksual,

reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir, misalnya ketersediaan, distribusi geografis (misalnya menggunakan analisis berdasarkan sistem informasi geografis), usia dan profil gender, pola migrasi, mekanisme penyebaran, jalur pendidikan. Ada panduan untuk mencari, menyusun, dan menganalisis informasi dengan cara yang sejalan dengan proses MSF (Liang, 2013; WHO & UNFPA, 2013).

AKTIVITAS YANG SEDANG BERLANGSUNG: MENGATUR DAN/ATAU MENGEMBANGKAN DAN MEMPERKUAT ASOSIASI BIDAN

Bersama dengan pendidikan dan peraturan, asosiasi bidan membentuk fondasi profesi kebidanan yang kuat (Health, 2011). Asosiasi profesional yang kuat bersifat representatif secara nasional, berkelanjutan, dipimpin oleh anggota dan memiliki kapasitas untuk melaksanakan berbagai fungsi yang sesuai dengan konteks negara, seperti jaminan kualitas, advokasi untuk kebutuhan pengguna layanan dan bidan, dan kontribusi untuk relevan undang-undang (Jena, 2013). Keberlanjutan kegiatan yang dimulai di bawah MSF tergantung pada asosiasi bidan nasional yang kuat, sehingga bagian dari proses MSF adalah untuk menilai dan, jika perlu, meningkatkan kapasitas asosiasi bidan di Indonesia. 'Analisis kesenjangan' awal dapat mengidentifikasi area yang membutuhkan penguatan (ICM, 2015; International Confederation of Midwives (ICM), 2010), dan ICM dapat memberikan dukungan untuk mengatasi kesenjangan. Jika tidak ada asosiasi bidan di negara ini, ICM dapat memberikan saran dan dukungan untuk mengaturnya.

LANGKAH PENGEMBANGAN LAYANAN 1: SETUJU PADA PAKET PERAWATAN KESEHATAN SEKSUAL, REPRODUKSI, IBU DAN BAYI YANG BARU LAHIR YANG HARUS DITERIMA WANITA DAN KELUARGA MEREKA DAN TENTUKAN LAYANAN YANG AKAN DIBERIKAN OLEH BIDAN

Tujuan dari langkah ini adalah untuk mendefinisikan: (a) paket perawatan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir yang menjadi hak wanita dan bayi baru lahir dalam batas waktu yang ditentukan, disepakati, dan (b) elemen paket perawatan ini yang harus diberikan oleh bidan. Banyak negara sudah memiliki 'paket manfaat minimum' yang mendefinisikan hak untuk perawatan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir (Liang, 2013; WHO & UNFPA, 2013), yang dapat digunakan sebagai dasar untuk mencapai kesepakatan tentang (a), dan juga banyak negara telah menyetujui dan mendokumentasikan ruang lingkup praktik untuk bidan yang dapat memberikan jawaban untuk (b). Namun, akan sangat membantu untuk menilai sejauh mana dokumen-dokumen ini selaras dengan standar global (Health, 2011) dan didasarkan pada kebutuhan perempuan dan keluarga mereka, dan jika tidak, untuk mengembangkan visi untuk masa depan dengan tujuan jangka pendek, menengah dan panjang.

LANGKAH PENGEMBANGAN LAYANAN 2: DISKUSIKAN BAGAIMANA LAYANAN KESEHATAN SEKSUAL, REPRODUKSI, IBU DAN BAYI YANG BARU LAHIR HARUS DIATUR UNTUK MEMBERIKAN

PERAWATAN YANG DIPIMPIN OLEH BIDAN DENGAN DUKUNGAN YANG EFEKTIF

Meskipun sebagian besar negara memiliki seperangkat kader petugas kesehatan yang serupa dalam angkatan kerja kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir mereka (Day-Stirk et al., 2014), cara di mana layanan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir diselenggarakan sangat bervariasi. Di salah satu ujung rangkaian adalah model perawatan yang sepenuhnya dipimpin bidan di mana bidan adalah kepala kesehatan yang profesional untuk wanita hamil kecuali ada komplikasi yang memerlukan rujukan ke dokter, dan di ujung lain adalah model yang dipimpin dokter di mana bidan melakukan peran yang serupa dengan perawat kebidanan atau kader pembantu dan ada banyak pengaturan lain di antara kedua ekstrem ini (Klopper & Uys, 2013; Slattery, 2002). Bahkan dibawah judul 'asuhan bidan yang dipimpin', ada berbagai model, termasuk beban kasus, tim, kebidanan berbasis komunitas dan berbasis fasilitas (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016). Berdasarkan bukti kemandirian perawatan yang dipimpin bidan (Sandall et al., 2016), MSF menganjurkan model yang dipimpin bidan, yang bagi beberapa negara akan memerlukan reorganisasi layanan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir yang signifikan sambil mempertahankan integrasi penuh dari layanan ini dalam cakupan sistem kesehatan yang lebih luas.

LANGKAH PENGEMBANGAN LAYANAN 3: KEMBANGKAN TENAGA KERJA DAN

CIPTAKAN LINGKUNGAN YANG MEMUNGKINKAN

Langkah ini dibagi menjadi dua tahap yang terkait dan bersamaan, satu berkaitan dengan tenaga kerja dan yang lainnya dengan tempat kerja. Tahap 'angkatan kerja' bertujuan untuk menetapkan bagaimana memenuhi persyaratan negara saat ini dan masa depan dalam hal ketersediaan, pendidikan dan peraturan bidan dan bagaimana hal ini dapat diatur untuk memenuhi kebutuhan perempuan dan keluarga mereka. Selama langkah ini, referensi dapat dibuat untuk menetapkan pedoman dan tolok ukur untuk memperkirakan jumlah bidan yang dibutuhkan (Brand, Morrison, & Down, 2014), mengingat bahwa kebutuhan masing-masing negara khususnya Indonesia akan bervariasi sesuai dengan kondisi demografi dan epidemiologi yang berlaku (ten Hoope-Bender et al., 2017). Referensi juga harus dibuat untuk menetapkan standar global untuk pendidikan dan peraturan bidan (ICM, 2015).

Tahap 'tempat kerja' mengakui bahwa tenaga kerja hanya dapat memenuhi kebutuhan populasi jika ada lingkungan kerja yang mendukung, yaitu lingkungan dengan peralatan, persediaan, infrastruktur dan sistem rujukan yang diperlukan untuk menyediakan perawatan berkualitas tinggi dan penuh hormat, dan di mana pekerja dimotivasi oleh lingkungan kerja yang aman, kolaboratif dan mendukung. Selama tahap ini, pertimbangan diberikan untuk bagaimana memastikan lingkungan yang memungkinkan.

LANGKAH PENGEMBANGAN LAYANAN 4: UJI, PANTAU, EVALUASI, DAN SESUAIKAN LAYANAN KEBIDANAN

Pada tahap yang tepat dalam proses (seringkali bersamaan dengan langkah pengembangan layanan 1 dan 2) pemangku kepentingan diminta untuk menentukan seperti apa implementasi yang akan terlihat seperti, dan berdasarkan definisi ini, untuk menyetujui target terikat waktu yang ingin dicapai sebagai hasilnya implementasi MSF. Ini mengarah pada pemilihan indikator yang relevan untuk memungkinkan pemantauan kemajuan menuju target, yang pada gilirannya memerlukan pengumpulan data pemantauan, baik secara berkelanjutan atau pada interval yang disepakati sesuai dengan indikator. Data yang dikumpulkan selama langkah persiapan B dapat digunakan untuk mencerminkan situasi baseline untuk setiap indikator, sehingga kemajuan di masa depan dapat diukur terhadap baseline ini.

Pemantauan dan evaluasi yang berkelanjutan yang sedang berlangsung melibatkan pengambilan keputusan dan tindakan yang diambil selama langkah 1-3 untuk diteliti, dengan tujuan untuk menentukan apakah mereka menghasilkan hasil yang diinginkan atau tidak. Ini adalah proses yang berkelanjutan daripada aktivitas tunggal, karena MSF dirancang untuk menyediakan layanan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir berbasis kebutuhan, dan tingkat dan jenis kebutuhan untuk layanan ini berubah seiring waktu. Karena itu, bereaksi terhadap perubahan dan mengantisipasi perubahan di masa depan sangat penting untuk keberhasilan implementasi MSF. Selain memantau kemajuan menuju target yang disepakati, evaluasi menyeluruh tentang keberhasilan dan kegagalan selama langkah 1-3 juga direkomendasikan. Kegiatan-kegiatan ini akan membantu untuk memastikan akuntabilitas,

dan untuk memastikan bahwa pelajaran dipelajari untuk pengembangan layanan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir di masa depan.

Jika negara sudah memiliki mekanisme pemantauan dan evaluasi yang berkelanjutan untuk hasil kesehatan dan/atau tenaga kesehatan, pemantauan dan evaluasi yang berkelanjutan MSF dapat dimasukkan ke dalamnya. Kalau tidak, mekanisme dibuat lebih dahulu dimana perlu dirancang, berdasarkan pedoman yang ditetapkan seperti yang diproduksi oleh World Health organization (Dal Poz, Gupta, Quain, & Soucat, 2009). ICM saat ini sedang bekerja untuk merancang template pemantauan dan evaluasi yang berkelanjutan untuk MSF, yang dapat disesuaikan dengan konteks negara.

TAHAP IMPLEMENTASI (I): PERTEMUAN PENGANTAR

Serangkaian pertemuan pengantar berlangsung, untuk memastikan koneksi antara semua pemangku kepentingan negara yang relevan. Tujuan utamanya adalah mereka yang menghadiri pertemuan akan memperoleh pemahaman yang jelas tentang MSF dan keputusan akan dibuat untuk melanjutkan (baik secara penuh, atau sebagian/bertahap), atau tidak melakukannya. Jika keputusan akan dilanjutkan, perwakilan kementerian kesehatan akan memimpin proses, dan kementerian kesehatan menyatakan keterbukaan untuk meninjau sistem kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir dan mengambil tindakan untuk memperbaikinya karena hal ini diidentifikasi selama proses MSF. Di bawah kepemimpinan kementerian kesehatan, para pemangku kepentingan lain biasanya

berkomitmen untuk memberikan kontribusi keuangan dan/atau teknis untuk implementasi MSF, seorang ketua ditunjuk, nominasi dibuat untuk orang-orang untuk bergabung dengan satuan kerja implementasi MSF, dan sekretariat gugus yang bertugas telah ditunjuk. Rencana juga dibuat untuk langkah implementasi selanjutnya, termasuk siapa yang akan terlibat dalam langkah persiapan B (pengumpulan data).

TAHAP IMPLEMENTASI (II): PENGUMPULAN DATA DAN PERSIAPAN LOKAKARYA

Jika perlu, ICM menyediakan alat pengumpulan data template untuk diisi oleh pemangku kepentingan negara. Mungkin tidak mungkin untuk mengisi alat sepenuhnya sebelum lokakarya penilaian (pada kenyataannya, musyawarah di lokakarya akan hampir pasti diperlukan untuk beberapa item data), tetapi semakin lengkap mereka sebelum lokakarya, semakin mudah itu akan bekerja melalui kegiatan lokakarya. Pada saat yang sama, persiapan dibuat untuk lokakarya, di mana agenda, daftar peserta dan pengaturan logistik (misalnya tempat) telah disepakati.

TAHAP IMPLEMENTASI (III): LOKAKARYA PENILAIAN NEGARA

Lokakarya ke tiga mencakup sejumlah presentasi dan kegiatan terstruktur yang difasilitasi oleh ICM dan mitra lainnya, dengan tujuan untuk mencapai konsensus tentang isu-isu utama, termasuk: (1) definisi paket perawatan yang harus diterima oleh perempuan dan keluarga, dan yang unsur-unsur paket ini harus disampaikan oleh bidan, (2) bagaimana sistem kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir harus diorganisir untuk memberikan cakupan perawatan kebidanan

yang efektif, (3) tantangan apa yang dihadapi negara dalam hal tenaga kerja dan lingkungan kerja yang berdasar pada kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir, (4) urutan prioritas di mana tantangan harus diatasi, dan (5) organisasi dan individu mana yang harus bertanggung jawab untuk mengatasi tantangan dan untuk pemantuan dan evaluasi yang berkelanjutan dari proses MSF. Berdasarkan keputusan ini dan di bawah kepemimpinan kementerian kesehatan maka kelompok kerja teknis dibentuk, dan diberi tanggung jawab untuk satu atau lebih aspek spesifik implementasi MSF.

Setelah lokakarya, ICM menghadiri pertemuan tanya jawab dengan kementerian kesehatan dan mitra terkait lainnya, di mana draft referensi dan rencana aksi kelompok kerja teknis disusun. ICM juga menyusun laporan lokakarya sehingga masalah dan keputusan utama didokumentasikan untuk referensi di masa mendatang oleh semua pemangku kepentingan.

TAHAP IMPLEMENTASI (IV): PENGEMBANGAN LAYANAN

Berdasarkan laporan lokakarya, kerangka acuan dan rencana aksi, para kelompok kerja teknis mengedepankan agenda yang disepakati dalam lokakarya. Fokus utama mereka adalah mengembangkan tenaga kerja yang berdasar pada kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir dan lingkungan kerja, tetapi kelompok kerja teknis juga dapat dituntut dengan kegiatan terkait lainnya seperti pengumpulan data pemantuan dan evaluasi yang berkelanjutan atau menyelesaikan kegiatan yang belum selesai di bawah langkah pengembangan layanan 1 dan 2. Tahap proses ini sepenuhnya dipimpin oleh

negara, tetapi jika kelompok kerja teknis memerlukan keahlian teknis yang tidak mudah tersedia di negara, ICM dapat menggunakan jaringan pakar globalnya untuk memberikan saran dan/atau dukungan praktis yang diperlukan.

Selama fase ini, ICM melakukan program kerja dengan asosiasi bidan nasional untuk memperkuatnya, sehingga asosiasi bidan dapat mendukung pengenalan atau pengarusutamaan model perawatan yang dipimpin bidan yang merupakan pusat MSF. Kegiatan penguatan ini akan membantu asosiasi bidan untuk menjadi advokat yang kompeten dan kredibel untuk profesi kebidanan. Banyak dari kegiatan kelompok kerja teknis akan membutuhkan investasi jangka panjang dari waktu dan sumber daya yang dapat menjangkau pemerintah dan/atau siklus pendanaan, dan oleh karena itu ada risiko bahwa kemauan politik untuk mengimplementasikan MSF akan berkurang dari waktu ke waktu dan proses akan terhenti. Untuk mengurangi risiko ini, keterlibatan yang efektif dengan pembuatan kebijakan dan upaya advokasi yang gigih dari asosiasi bidan akan diperlukan untuk menjaga MSF tetap tinggi dalam agenda politik, dana dan sistem kesehatan selama diperlukan untuk mencapai tujuannya.

KESIMPULAN

MSF dirancang untuk dapat diterapkan dalam semua konteks; sifat modularnya berarti bahwa negara dapat memilih bagian mana yang akan diimplementasikan dan di mana fokus utamanya seharusnya, sesuai dengan konteks nasional. Proses yang direkomendasikan jelas didokumentasikan dalam catatan pedoman (ICM, 2015), sehingga negara-negara dengan asosiasi

profesional yang kuat dan kemauan politik untuk melakukan perbaikan pada kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir melalui investasi di kebidanan dapat menerapkan pedoman ICM secara mandiri. Indonesia akan membutuhkan dukungan dari ICM dan mitra untuk mengikuti proses yang dijelaskan dalam makalah ini, yang membutuhkan komitmen waktu dan sumber daya yang berkelanjutan dari berbagai pemangku kepentingan. Pengalaman sampai saat ini menunjukkan bahwa implementasi yang sukses dan hati-hati akan menghasilkan sistem perawatan kesehatan seksual, reproduksi, ibu dan bayi yang baru lahir berbasis fakta yang didukung dengan baik, kuat, berkelanjutan dan berdasarkan kebutuhan dengan kepemimpinan dari semua petugas kesehatan yang relevan termasuk bidan.

REFERENSI

Babigumira, J. B., Vlassoff, M., Ahimbisibwe, A., & Stergachis, A. 2015. Surgery for Family Planning, Abortion, and Postabortion Care. In *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1): Essential Surgery*. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0346-8_ch7

Brand, G., Morrison, P., & Down, B. 2014. How do health professionals support pregnant and young mothers in the community? A selective review of the research literature. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.004>

Dal Poz, M. R., Gupta, N., Quain, E., & Soucat, A. L. B. 2009. Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health: with special applications for low- and middle-income countries. *Monitoring and*

Evaluation of Human Resources for Health: Challenges and Opportunities.

Day-Stirk, F., McConville, F., Campbell, J., Laski, L., Guerra-Arias, M., Ten Hoopen-Bender, P., ... De Bernis, L. 2014. Delivering the evidence to improve the health of women and newborns: State of the World's Midwifery, report 2014. *Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-89>

De Graft-Johnson, J., Kerber, K., Tinker, A., Otchere, S., Narayanan, I., & Shoo, R. 2006. The Maternal, Newborn, and Child Health Continuum of Care. *Opportunities for Africa's Newborns*.

Filby, A., McConville, F., & Portela, A. 2016. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>

Health, C. 2011. Essential Interventions , Commodities and Guidelines for Reproductive , Maternal , Newborn and Child Health A Global Review of the key Interventions. *The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health*.

ICM. 2015. The ICM Midwifery Services Framework for Reproductive, Maternal, Neonatal, Child Health Services.

International Confederation of Midwives (ICM). 2010. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES Essential competencies for basic midwifery practice. *INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES*

- Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010 Revised 2013.*
- Jena, S. 2013. Primary Health Care and Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. *African Union.*
- Klopper, H. C., & Uys, L. R. 2013. The State of Nursing and Nursing Education in Africa: A Country-By-Country Review. *Sigma Theta Tau International.*
- Lassi, Z. S., Kumar, R., & Bhutta, Z. A. 2016. Community-Based Care to Improve Maternal, Newborn, and Child Health. In *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2): Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health.* https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0348-2_ch14
- Liang, E. L. M. 2013. Adolescent pregnancy : A Review of the Evidence. In *UNFPA.*
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. 2016. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Slattery, L. E. 2002. Birth by design: Pregnancy, maternity care, and midwifery in North America and Europe. *JOURNAL OF MIDWIFERY & WOMENS HEALTH.*
- ten Hoop-Bender, P., Nove, A., Sochas, L., Matthews, Z., Homer, C. S. E., & Pozo-Martin, F. 2017. The “Dream Team” for sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health: An adjusted service target model to estimate the ideal mix of health care professionals to cover population need. *Human Resources for Health.* <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0221-4>
- Titaley, C. R., Wijayanti, R. U., Damayanti, R., Setiawan, A. D., Dadun, Dachlia, D., ... Storey, D. 2017. Increasing the uptake of long-acting and permanent methods of family planning: A qualitative study with village midwives in East Java and Nusa Tenggara Barat Provinces, Indonesia. *Midwifery.* <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.014>
- Tran, N. T., Portela, A., De Bernis, L., & Beek, K. 2014. Developing capacities of community health workers in sexual and reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health: A mapping and review of training resources. *PLoS ONE.* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094948>
- WHO. 2015. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. In *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice.*
- WHO & UNFPA. 2013. Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries: a Call To Action. *Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health.*
- World Health Organization. 2015. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. In *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice.*