



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN MOTIVASI DAN SUPERVISI  
DENGAN KOMPETENSI BIDAN  
DALAM MENANGGULANGI PERDARAHAN *POSTPARTUM*  
DI WILAYAH KOTA ADMINISTRATIF JAKARTA SELATAN  
TAHUN 2009**

**TESIS**

**DEWY MISMARITA MARDALENA  
NPM 0806442790**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
Desember 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN MOTIVASI DAN SUPERVISI  
DENGAN KOMPETENSI BIDAN  
DALAM MENANGGULANGI PERDARAHAN *POSTPARTUM*  
DI WILAYAH KOTA ADMINISTRATIF JAKARTA SELATAN  
TAHUN 2009**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat**

**DEWY MISMARITA MARDALENA  
NPM 0806442790**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KEKHUSUSAN KESEHATAN REPRODUKSI  
DEPOK  
Desember 2009**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

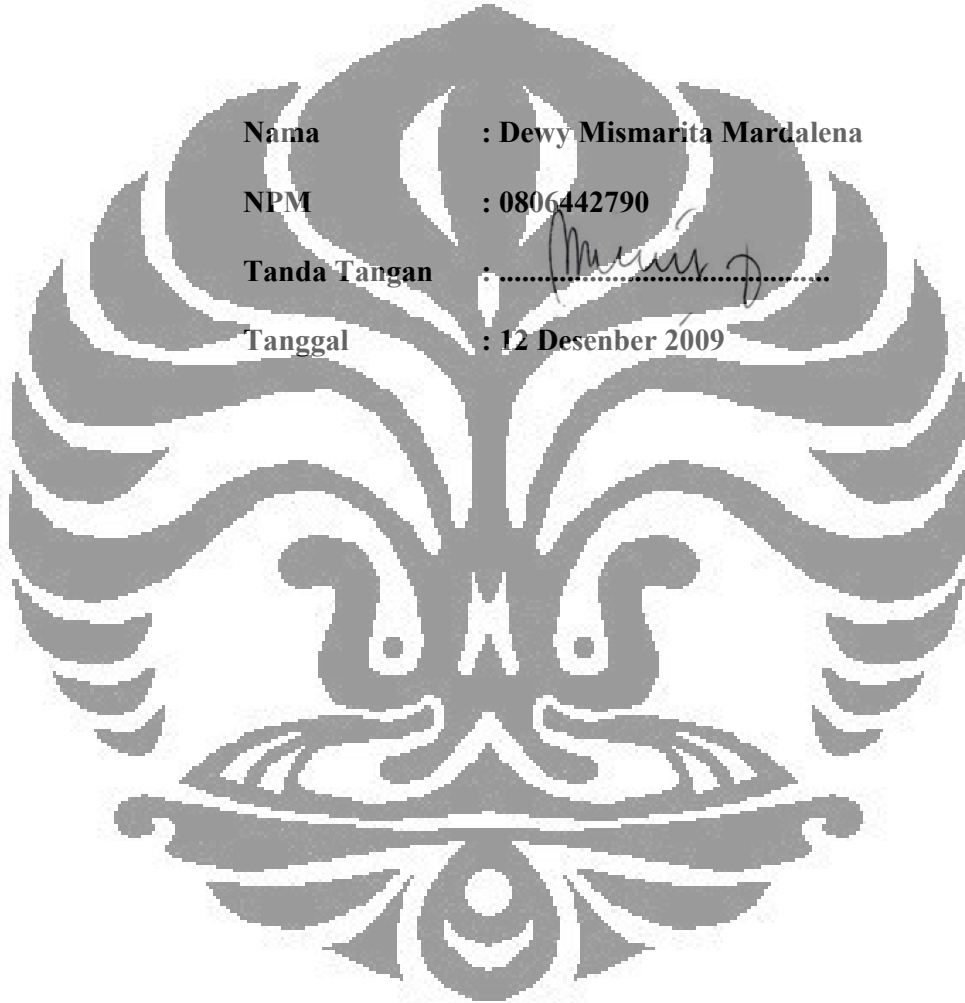
Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Dewy Mismarita Mardalena

NPM : 0806442790

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 Desember 2009



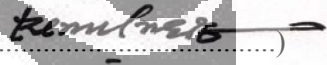
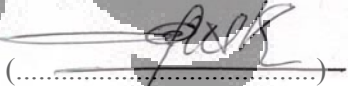

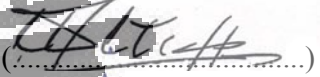
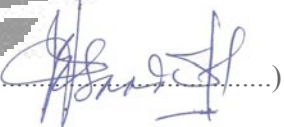
## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Dewy Mismarita Mardalena  
NPM : 0806442790  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Hubungan Motivasi dan Supervisi dengan Kompetensi  
Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum*  
di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan  
Tahun 2009.

Tesis berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar **Magister Kesehatan Masyarakat** pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Kemal N. Siregar, SKM, MA, PhD (.....)  
Pembimbing : dr. Agustin Kusumayati, MSc, PhD (.....)  
Penguji : dr. Mieke Savitri, MKes (.....)  
Penguji : Dra. Wasnidar, MKes (.....)  
Penguji : Euis Saadah Hernawati, SKM, MEpid (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Desember 2009

## KATA PENGANTAR

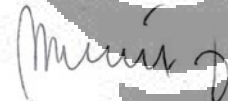
Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul "Hubungan Motivasi dan Supervisi dengan Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan Tahun 2009" sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Pada kesempatan ini, penulis dengan tulus banyak mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada yang terhormat Bapak dr. Kemal N. Siregar SKM, MA, PhD selaku pembimbing yang dengan tulus ikhlas telah memberikan bimbingan dan dorongan sejak awal penulisan hingga tesis ini selesai dikerjakan. Selanjutnya perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. dr. Agustin Kusumayati, MSc, PhD selaku pembimbing kedua dan penguji yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan, dorongan dan masukan sejak penelitian ini akan dilaksanakan sampai pada saat ujian tesis.
2. dr. Mieke Savitri MKes, Dra. Wasnidar MKes, Euis Saadah Hernawati, SKM, MEpid, selaku penguji yang banyak memberikan masukan, saran dan kritik saat ujian tesis, untuk menyempurnakan tesis ini.
3. Kepala Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan dan staf yang memfasilitasi penelitian ini sejak awal penulisan tesis sampai penelitian dilaksanakan.
4. Ketua Ikatan Bidan Indonesia Cabang Jakarta Selatan yang memfasilitasi penelitian ini, khususnya Ibu ketua IBI Sri India, SKM, MKes yang banyak membantu dengan tulus setiap proses penelitian ini.
5. Seluruh bidan di Wilayah Jakarta Selatan yang bersedia menjadi responden baik pada saat uji coba penelitian maupun pada saat penelitian ini berlangsung.
6. Suamiku tercinta Chairil Syah dan anak-anakku tersayang, Achmad Ghazali RW, M Fadhil Fachriansyah dan Muhammad Reza yang setiap saat memberikan semangat, dorongan dan ketenangan dikala proses studi ini berlangsung.

7. Ayahanda H. Jakfar Siddik dan ibunda Hj. Chaironi yang selalu membimbing, mendorong, memberikan semangat dan selalu mendoakan penulis dalam setiap kesempatan.
8. Teman-teman angkatan tahun 2008 Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia khususnya Peminatan Kesehatan Reproduksi terima kasih atas kebersamaan, bantuan, dorongan dan masukan sehingga tesis ini dapat penulis selesaikan.
9. Bu Nella dan bu Sinta yang telah banyak membantu dengan ikhlas selama penulis menjalani pendidikan sampai menyelesaikan ujian akhir studi.

Akhirnya kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang secara langsung maupun tidak langsung, telah membantu selama pendidikan sampai selesainya tesis ini, semoga Allah SWT memberikan banyak kemudahan dan melimpahkan rahmatNya kepada kita semua. Semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua khususnya untuk menambah pengetahuan di bidang kesehatan.

Jakarta, Desember 2009



Dewy Miswarita Mardalena

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

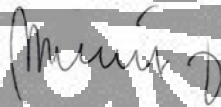
Nama : Dewy Mismarita Mardalena  
NPM : 0806442790  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:  
Hubungan Motivasi dan Supervisi dengan Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan Tahun 2009.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok  
Pada Tanggal: 12 Desember 2009  
Yang menyatakan



(Dewy Mismarita Mardalena)

## ABSTRAK

Nama : Dewy Mismarita Mardalena  
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Hubungan Motivasi dan Supervisi dengan Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan Tahun 2009

Program Kesehatan Ibu dan Anak sudah merupakan program prioritas dan angka cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan semakin tinggi. Tetapi di Wilayah Jakarta Selatan kematian ibu bersalin meningkat dari 5 kematian ibu pada tahun 2007 menjadi 11 kematian ibu pada tahun 2008, sebanyak 10 dari 11 kematian ibu tersebut akibat perdarahan *postpartum*. Sementara semua bidan yang berpraktek sudah lulus uji kompetensi. Sehingga peneliti merasa perlu mengetahui berapa besar proporsi kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* dan juga ingin mengetahui hubungan antara motivasi dan supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain studi potong lintang. Sampel adalah 69 bidan yang berpraktek menolong persalinan. Hasil penelitian didapatkan, kompetensi bidan dalam menanggulangi PP adalah rendah (23.2%), ternyata motivasi dan supervisi sangat berpengaruh terhadap kompetensi bidan dengan masing-masing nilai  $p$  0,02 dan 0,03 dan OR 10,6 dan 4,85. Sehingga diperlukan upaya penguatan dari Sudin Kesehatan Jakarta Selatan terhadap Bidan Puskesmas dalam memahami, mempraktekkan dan melembagakan sistem motivasi dan sistem supervisi dalam bentuk pelatihan dengan pendekatan jaminan mutu. Intensitas supervisi di setiap program terutama untuk meningkatkan kompetensi bidan mutlak diperlukan, karena supervisi bisa menjadi kontrol, membimbing dan memfasilitasi seluruh kegiatan yang diperlukan. Perlu dilakukan penganggaran untuk kegiatan supervisi yang didukung oleh pembentukan tim supervisi melalui Surat Keputusan Kepala Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan.

Kata kunci:

Motivasi, supervisi, kompetensi bidan, perdarahan *postpartum*



## ABSTRACT

Name : Dewy Mismarita Mardalena  
Study Program: Public Health Sciences  
Title : The Relationship Between Motivation and Supervision with  
Midwife Competency in Handling Postpartum Haemorrhage in  
South Jakarta District in 2009

Mother and child health program has been prioritized and the statistic of child delivery that is handled by health workers is increasing. Despite those facts, in South Jakarta alone, maternal mortality rate has been increasing. There had been 5 maternal death in 2007 and 11 maternal death in 2008 in which 10 out of it were due to postpartum haemorrhage. All practice midwives have passed the competency test. And that is why the writer need to find out how much midwife's competency plays its role in handling postpartum haemorrhage and also the relationship between motivation and supervision, and midwife's competency in handling postpartum haemorrhage. This is a quantitative study with cross sectional design. Samples are 69 midwives who have helped with delivery. The study resulted a low competency in handling postpartum haemorrhage (23.2%), and that motivation and supervision played a very important role in affecting midwives' competency with each has the p value 0.02 and 0.03 and OR 10.6 and 48.5. Thus, effort of reinforcement from Sudi kesehatan South Jakarta upon Bikor Puskesmas is needed in order to understand, practice and institutionalize the supervision and motivation system in the form of training and quality assurance. Progressively and continuously. The intensity of supervision in every program, mainly to increase the midwife's competency, is absolutely needed, because supervision is capable of being control and guidance and also of facilitating all the required activities. All this supervision activity needs budgeting that should be supported by team of supervision formed legally by Head officer Suku Dinas Kesehatan South Jakarta.

Key words:  
Motivation, supervision, midwife competency, postpartum hemorrhage

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	vi
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR ISTILAH .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvii
<b>1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.5 Manfaat Penelitian.....	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	7
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Kesehatan Reproduksi.....	8
2.2 Bidan.....	8
2.2.1 Standar Kompetensi Bidan .....	9
2.2.2 Pengertian Bidan.....	10
2.2.3 Ruang lingkup standar kebidanan.....	11
2.2.4 Kualifikasi Pendidikan Bidan.....	11
2.3 Perdarahan <i>Postpartum</i> .....	12
2.3.1 Batasan Perdarahan <i>Postpartum</i> .....	14
2.3.2 Penyebab dan Penanganan P. <i>Postpartum</i> .....	16
2.4 Kompetensi .....	26
2.4.1 Pengertian Kompetensi .....	26
2.4.2 Konsep Pokok Kompetensi .....	28
2.4.3 Pengukuran Kompetensi .....	34
2.5 Kerangka Teori ... ..	38
2.5.1 Komponen kompetensi .....	38
2.5.1.1 Pengetahuan .....	38
2.5.1.2 Sikap .....	39
2.5.1.3 Keterampilan .....	40
2.5.2 Karakteristik Individu .....	41
2.5.2.1 Umur .....	41
2.5.2.2 Pendidikan .....	41
2.5.2.3 Masa Kerja .....	42

2.5.2.4 Pelatihan .....	42
2.5.2.5 Motivasi .....	43
2.5.2.6 Supervisi .....	46
<b>3. KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERATIONAL HIPOTESIS</b> .....	<b>53</b>
3.1 Kerangka Konsep.....	53
3.2 Definisi Operasional.....	54
3.2.1 Variabel Kompetensi Bidan .....	54
3.2.2 Variabel Pengetahuan Bidan .....	55
3.2.3 Variabel Sikap Bidan .....	55
3.2.4 Variabel Keterampilan Bidan .....	56
3.2.5 Variabel Umur Bidan .....	56
3.2.6 Variabel Pendidikan Bidan .....	56
3.2.7 Variabel Masa Kerja Bidan .....	57
3.2.8 Variabel Pelatihan Bidan .....	57
3.2.9 Variabel Motivasi Bidan .....	58
3.2.10 Variabel Supervisi Bidan .....	58
3.3 Hipotesis.....	59
<b>4. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>60</b>
4.1 Desain Penelitian .....	60
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	60
4.3 Populasi dan Sampel.....	60
4.3.1 Populasi.....	60
4.3.2 Sampel.....	60
4.4 Pengukuran dan Pengamatan Variabel Penelitian.....	61
4.5 Pengumpulan Data.....	61
4.6 Pengolahan Data.....	62
4.7 Analisis Data.....	63
4.7.1 Analisis Univariat .....	63
4.7.2 Analisis Bivariat .....	63
4.7.3 Analisis Multivariat .....	64
<b>5. HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>65</b>
5.1 Gambaran Umum Kotif Jakarta Selatan .....	65
5.2 Pelaksanaan Penelitian.....	65
5.3 Gambaran Kompetensi Bidan .....	66
5.3.1 Kompetensi Bidan.....	66
a. Pengetahuan tentang Perdarahan <i>Postpartum</i> .....	66
b. Sikap Responden.....	68
c. Keterampilan dalam Menanggulangi PP.....	70
5.3.2 Kompetensi Bidan.....	72
5.3.3 Umur dan Masa Kerja.....	73
5.3.4 Pendidikan dan Pelatihan .....	74
5.3.5 Motivasi .....	75
5.3.6 Supervisi .....	78
5.4 Analisis Bivariat .....	82
5.4.1 Hubungan Antara Umur dan Kompetensi Bidan .....	82

5.4.2 Hubungan Pendidikan dengan Kompetensi Bidan .....	83
5.4.3 Hubungan Masa Kerja dengan Kompetensi Bidan .....	84
5.4.4 Hubungan Pelatihan dengan Kompetensi Bidan .....	84
5.4.5 Hubungan Motivasi dengan Kompetensi Bidan .....	85
5.4.6 Hubungan Supervisi dengan Kompetensi Bidan .....	86
5.5 Analisis Multivariat .....	86
5.5.1 Seleksi Kandidat Multivariat .....	86
5.5.2 Permodelan Multivariat .....	87
5.5.3 Uji Interaksi .....	88
<b>6. PEMBAHASAN .....</b>	<b>91</b>
6.1 Keterbatasan penelitian .....	91
6.2 Kompetensi Bidan .....	92
6.3 Hubungan Umur dengan Kompetensi Bidan .....	94
6.4 Hubungan Pendidikan dengan Kompetensi Bidan .....	94
6.5 Hubungan Masa Kerja dengan Kompetensi Bidan .....	95
6.6 Hubungan Pelatihan dengan Kompetensi Bidan .....	96
6.7 Hubungan Motivasi dengan Kompetensi Bidan .....	97
6.8 Hubungan Supervisi dengan Kompetensi Bidan .....	98
6.9 Faktor Interaksi dan <i>Confounding</i> .....	99
<b>7. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>101</b>
7.1 Kesimpulan .....	101
7.2 Saran .....	101
7.2.1 Bagi Sudinkes Jakarta Selatan .....	101
7.2.2 Bagi IBI Cabang Jakarta Selatan .....	102
7.2.3 Bagi Peneliti Lain .....	102
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>103</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>109</b>

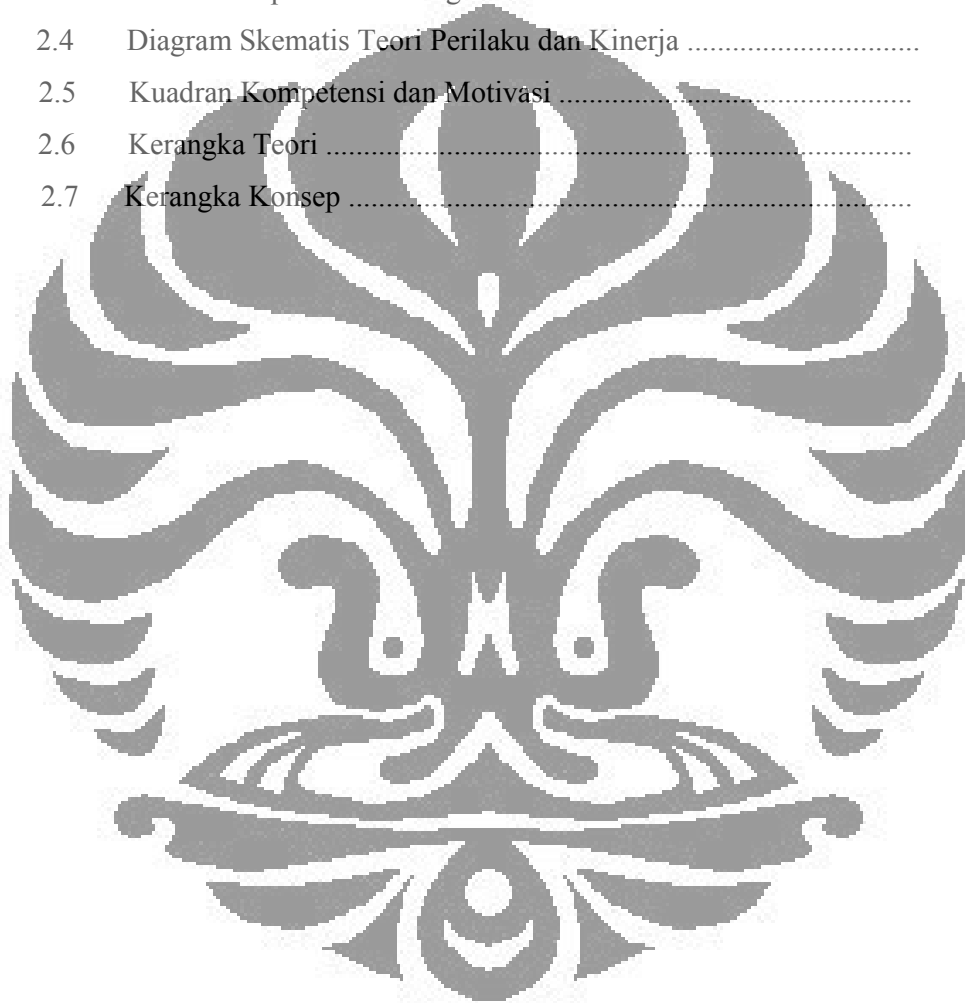
## DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
2.1	Manajemen Atoni Uteri .....	20
2.2	Dimensi dan Indikator Kompetensi .....	44
5.1	Gambaran Pengetahuan Responden tentang PP .....	66
5.1a	Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Tentang PP .....	68
5.2	Gambaran sikap Responden dalam Menanggulangi PP .....	69
5.2a	Gambaran sikap Responden dalam Menanggulangi PP .....	70
5.3	Distribusi Keterampilan Responden Menurut Komponen Perdarahan <i>postpartum</i> di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009.....	71
5.3a	Distribusi Responden Menurut Keterampilan dalam Menanggulangi PP .....	72
5.4	Distribusi Responden Menurut Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan <i>postpartum</i> .....	72
5.5	Distribusi Responden Menurut Umur dan Masa Kerja di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009.....	73
5.5a	Gambaran Umur dan Masa Kerja Responden .....	74
5.6	Distribusi Responden Menurut Pendidikan dan Pelatihan di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009.....	74
5.7	Gambaran Motivasi dalam Menanggulangi PP.....	75
5.7a	Distribusi Responden Menurut Motivasi.....	77
5.8	Gambaran Supervisi tentang Penanggulangan PP.....	78
5.8a	Gambaran Supervisi .....	81
5.8b	Distribusi Responden berdasarkan Supervisi.....	82
5.9	Distribusi Responden Menurut Umur dengan Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan <i>Postpartum</i> di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009.....	83

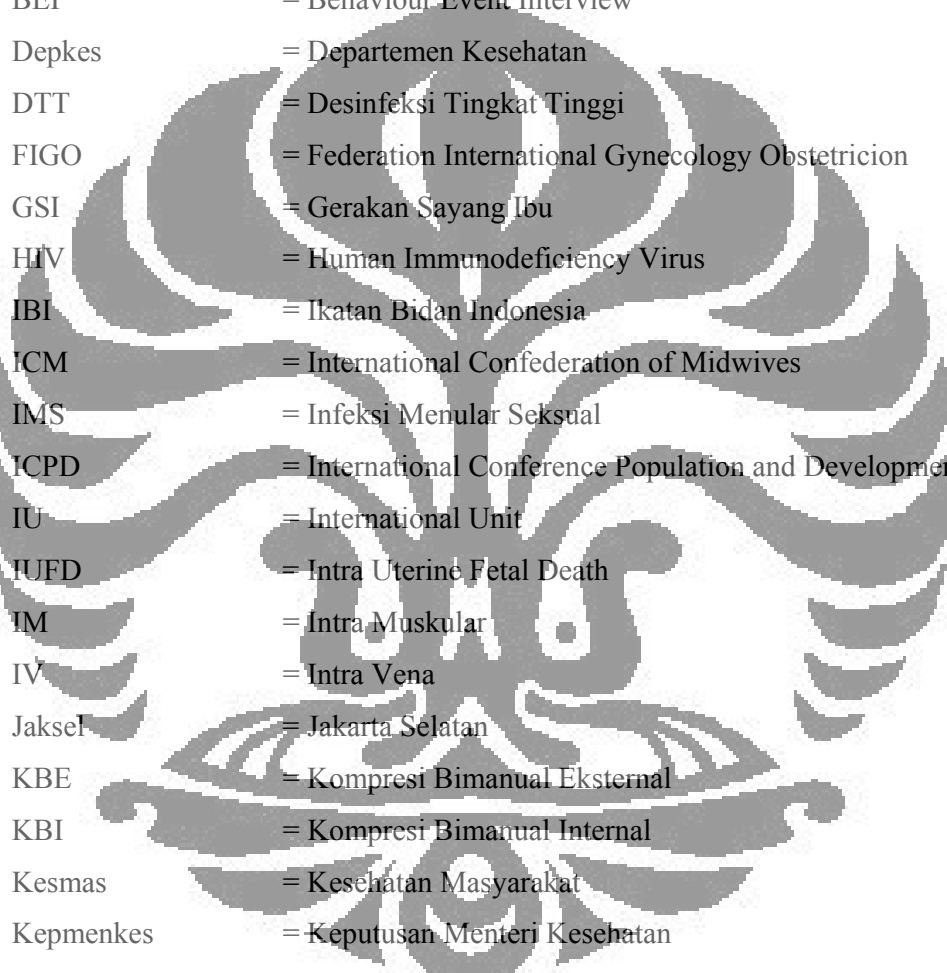
5.10	Distribusi Responden Menurut Pendidikan dengan Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan <i>Postpartum</i> di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009.....	83
5.11	Distribusi Responden Menurut Masa Kerja dengan Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan <i>Postpartum</i> di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009.....	84
5.12	Distribusi Responden Menurut Pelatihan dengan Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan <i>Postpartum</i> di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009.....	85
5.13	Distribusi Responden Menurut Motivasi dengan Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan <i>Postpartum</i> di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009.....	86
5.14	Distribusi Responden Menurut Supervisi dengan Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan <i>Postpartum</i> di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009.....	86
5.15	Hasil Seleksi Kandidat Multivariat Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan <i>Postpartum</i> di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009 .....	87
5.16	Hasil Permodelan Awal Multivariat .....	87
5.17	Hasil Permodelan Multivariat Setelah Variabel Masa Kerja Dikeluarkan.....	88
5.18	Perubahan OR Setelah Variabel Masa Kerja Dikeluarkan .....	89
5.19	Hasil Uji Interaksi antara Variabel Motivasi*Supervisi, Variabel Motivasi*Masa Kerja dalam Menanggulangi Perdarahan <i>Postpartum</i> Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009 .....	89
5.20	Model Terakhir Permodelan Multivariat .....	90

## DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
2.1	Penyebab Langsung Kemarian Ibu ..... 13
2.2	Penyebab dan Penanganan Perdarahan Postpartum ..... 16
2.3	Model Kompetensi Gunung Es ..... 30
2.4	Diagram Skematis Teori Perilaku dan Kinerja ..... 32
2.5	Kuadran Kompetensi dan Motivasi ..... 46
2.6	Kerangka Teori ..... 52
2.7	Kerangka Konsep ..... 54



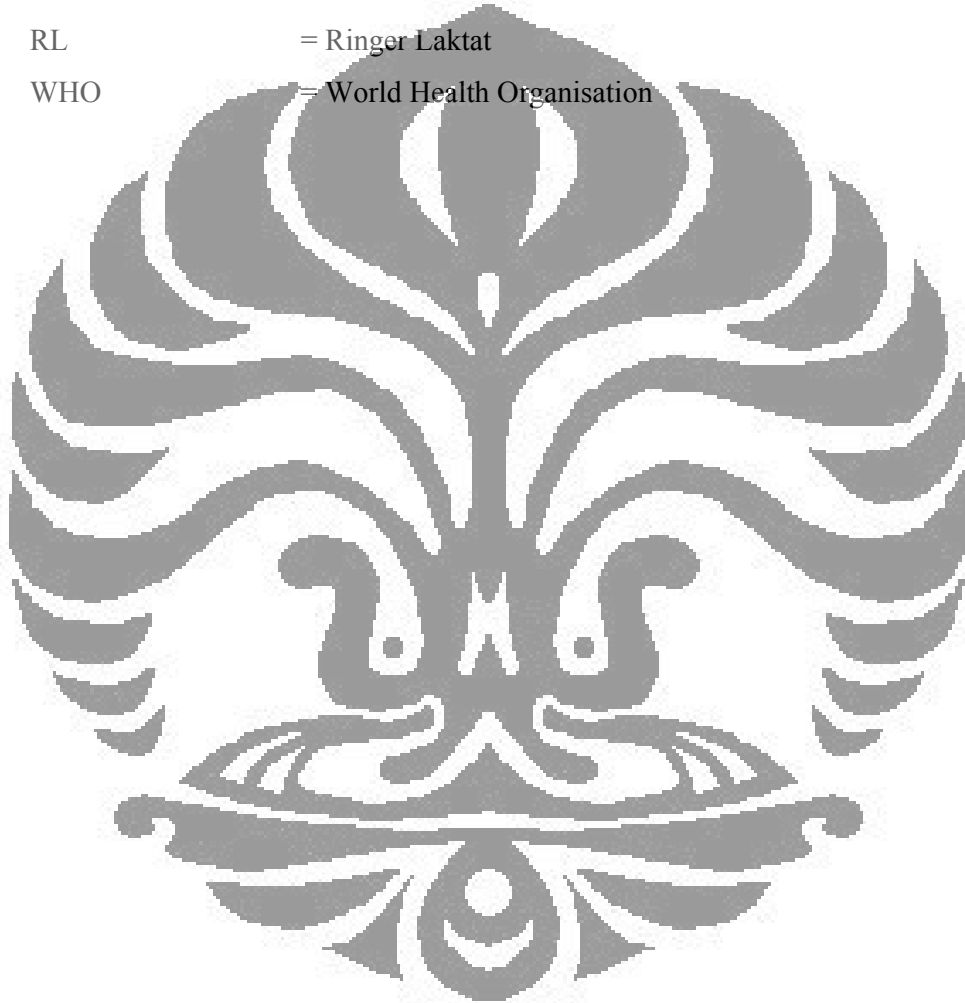
## DAFTAR ISTILAH



AKI	= Angka Kematian Ibu
AIDS	= Acquired Immune Deficiency Syndrome
ASEAN	= Association of South East Asia Nations
BB	= Berat Badan
BEI	= Behaviour Event Interview
Depkes	= Departemen Kesehatan
DTT	= Desinfeksi Tingkat Tinggi
FIGO	= Federation International Gynecology Obstetricion
GSI	= Gerakan Sayang Ibu
HIV	= Human Immunodeficiency Virus
IBI	= Ikatan Bidan Indonesia
ICM	= International Confederation of Midwives
IMS	= Infeksi Menular Seksual
ICPD	= International Conference Population and Development
IU	= International Unit
IUFD	= Intra Uterine Fetal Death
IM	= Intra Muskular
IV	= Intra Vena
Jaksel	= Jakarta Selatan
KBE	= Kompresi Bimanual Eksternal
KBI	= Kompresi Bimanual Internal
Kemas	= Kesehatan Masyarakat
Kepmenkes	= Keputusan Menteri Kesehatan
KIA	= Kesehatan Ibu dan Anak
Menkes	= Menteri Kesehatan
NS	= Normal Saline
OSCE	= Observed Structured Clinical Examination
PKRE	= Paket Kesehatan Reproduksi Esensial
PKRK	= Paket Kesehatan Reproduksi Komprehensif
PTT	= Penegangan Tali Pusat Terkendali

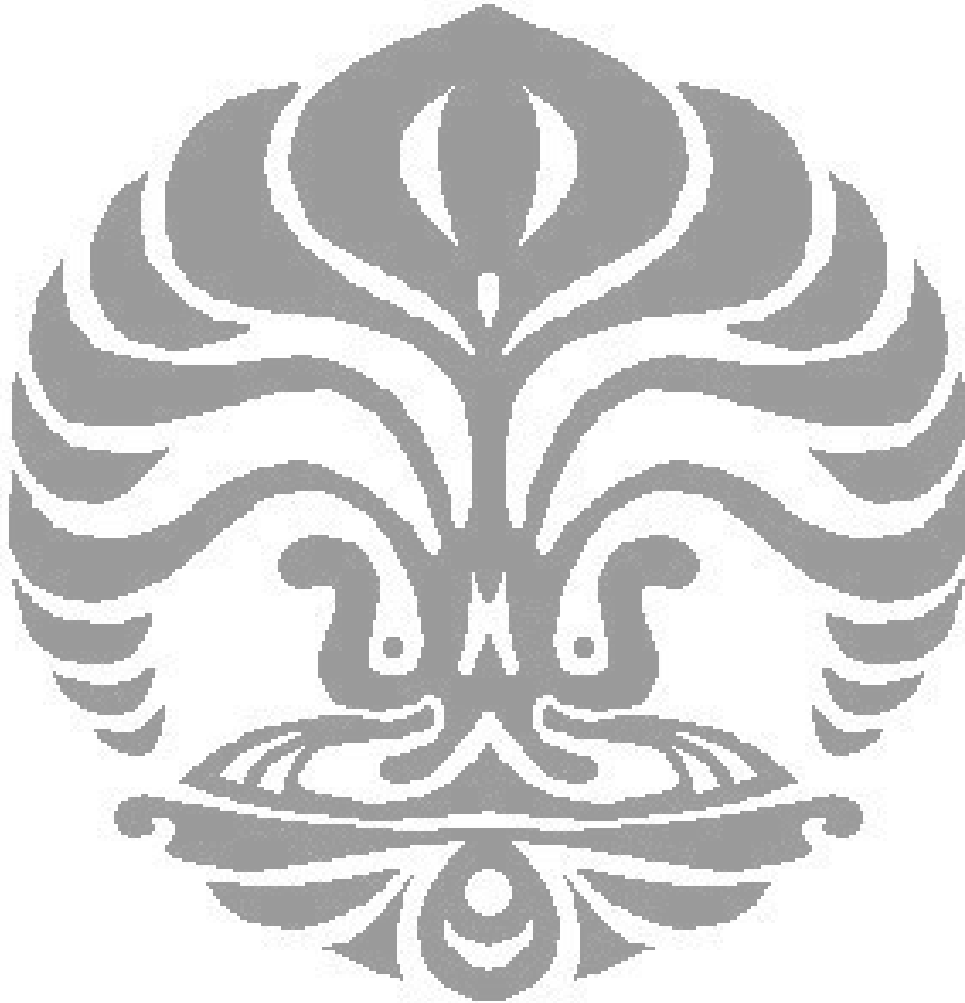


PONED	= Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	= Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
PP	= Perdarahan <i>Postpartum</i>
UNFPA	= United Nations Fund Population
SKRT	= Survei Kesehatan Rumah Tangga
SMR	= Specialist Management Resources
Sudin	= Suku Dinas
RL	= Ringer Laktat
WHO	= World Health Organisation



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian .....	109
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian Buat IBI Cabang Jakarta Selatan .....	126
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian Buat Sudinkes Jakarta Selatan .....	127



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### I.1 Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara yang ikut meratifikasi kesepakatan ICPD (*International Conference on Population and Development*) 1994 di Cairo. Indonesia juga menyetujui untuk memberikan prioritas pembangunan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi. Salah satu hasil kesepakatan ICPD adalah pendekatan kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan siklus kehidupan manusia dimana dikenal lima tahap kehidupan yaitu konsepsi, bayi dan anak, remaja, usia subur dan usia lanjut. Sesuai dengan kondisi Kesehatan di Indonesia, pemerintah menetapkan kebijakan kesehatan reproduksi dengan memprioritaskan 5 komponen, yaitu 1) Kesehatan Ibu dan Bayi baru lahir, 2) Keluarga Berencana, 3) Kesehatan Reproduksi Remaja, 4) Pencegahan dan penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi, termasuk Infeksi Menular Seksual (IMS) - HIV/AIDS dan 5) Kesehatan Reproduksi pada Usia Lanjut. Keempat bidang pertama dikenal dengan Paket Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) dan jika ditambah bidang kelima disebut Paket Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) (UNFPA, 2005).

Beberapa negara di ASEAN seperti Vietnam, Singapura dan Malaysia, pada tahun 2003 tercatat bahwa angka kematian ibu di negara Vietnam, tercatat 95/100.000 kelahiran hidup, Singapura 9/100.000 kelahiran hidup dan Malaysia tercatat 30/100.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2008).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menyebutkan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) menurun, bila dibandingkan tahun 1992 AKI sebesar 425/100.000 kelahiran hidup, tahun 1994 AKI 390/100.000 kelahiran hidup, tahun 1997 AKI sebesar 334/100.000 kelahiran hidup, tahun 2002 AKI sebesar 307/100.000 kelahiran hidup dan tahun 2007 AKI sebesar 228/100.000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2008). Hasil laporan tahunan Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan, kematian Ibu akibat proses persalinan tahun 2007 sebanyak 5 orang, sedangkan pada tahun 2008 ibu yang meninggal karena proses persalinan sebanyak 11 orang.

Angka kematian ibu (AKI) bukan saja digunakan untuk mengukur derajat kesehatan masyarakat namun juga digunakan untuk melihat kesejahteraan suatu masyarakat. Semakin tinggi Angka Kematian Ibu berarti tingkat kesejahteraan masyarakat di Wilayah/negara itu dapat dikatakan masih rendah, karena faktor utama kejadian kematian ibu sangat terkait dengan masih terbatasnya aksesibilitas dan mutu pelayanan kesehatan terhadap ibu serta faktor sosial ekonomi masyarakat (Depkes RI, 2007b).

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Departemen Kesehatan pada periode tahun 2005-2009 memprioritaskan pelayanan ibu dan anak (KIA) pada urutan pertama dalam pembangunan kesehatan, sehingga untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut diperlukan adanya kesadaran, kemauan dan kemampuan semua komponen bangsa untuk mewujudkan rakyat sehat (Depkes RI, 2008). Tingginya kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh penyebab langsung pada saat persalinan dan 90% terjadi karena komplikasi. Penyebab langsung kematian ibu menurut SKRT (2001), perdarahan (28%), eklamsi (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium (11%), abortus (5%), trauma obstetri (5%), partus lama (5%), emboli obstetri (5%), serta lainnya (11%).

Penyebab mendasar kematian ibu dipengaruhi oleh kondisi geografis, penyebaran penduduk yang tidak merata, kondisi sosial ekonomi, budaya, kondisi bias gender dalam masyarakat dan keluarga serta tingkat pendidikan masyarakat. Faktor-faktor ini yang menyebabkan keterlambatan-keterlambatan sehingga terjadi kematian ibu. Keterlambatan-keterlambatan tersebut adalah sebagai berikut: (1) terlambat mengenali tanda-tanda bahaya dan mengambil keputusan untuk segera mencari pertolongan, (2) terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pertolongan persalinan dan (3) terlambat mendapat pertolongan persalinan yang memadai pada fasilitas pelayanan kesehatan di rumah sakit (UNFPA, 2005).

Upaya penurunan AKI sudah banyak dilakukan tetapi hasilnya masih jauh dari apa yang diharapkan, ini terjadi karena masih banyak kesenjangan yang terjadi antara lain adalah sebagai berikut:

Berdasarkan kebijakan nasional kesehatan, di semua tingkat pelayanan kesehatan terdapat kekurangan sumber daya manusia, dimana sekitar 30% dari rumah sakit

kabupaten dan Kota tidak memiliki dokter spesialis kebidanan dan kandungan maupun dokter spesialis lainnya sedangkan pada seluruh sistem kesehatan terdapat kekurangan dokter umum, bidan dan perawat. Dari segi kualitas walaupun dokter umum, bidan dan bidan di desa telah memperoleh pelatihan, namun keterampilan mereka dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir masih kurang memadai. Ketersediaan dan kualitas data dari sistem informasi kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang ada, kurang memberikan informasi yang dapat digunakan sebagai dasar bagi perencanaan dan manajemen program (Depkes RI, 2007a).

Kebijakan bahwa semua persalinan harus ditolong oleh petugas kesehatan, Melalui Permenkes 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang bidan di desa telah diberi wewenang untuk menangani komplikasi kehamilan dan persalinan tertentu, namun di berbagai daerah pelayanan yang aman tidak tersedia secara adekuat (Depkes RI, 2007a).

Keberhasilan menurunkan Angka Kematian Ibu bisa dicapai bila ada komitmen dari pemerintah, pertolongan persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan dan menyediakan sistem informasi dan peningkatan aksesibilitas dan mutu terhadap pelayanan kesehatan secara merata. Disini peran bidan sangat dibutuhkan dalam menangani pertolongan persalinan sehingga kompetensi bidan sangat menentukan keberhasilan dalam mencegah komplikasi obstetri (Depkes RI, 2007a).

Kematian ibu karena proses persalinan sebenarnya dapat dicegah dengan memberikan pelayanan pertolongan persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga kesehatan (bidan) yang berkompeten sesuai dengan standar pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2004e). Hasil penelitian Nasir (2007) di Kabupaten Bekasi tentang pengaruh kompetensi bidan dalam pelayanan neonatal diperoleh hasil bahwa 68,3% bidan masih kurang kompeten dan terdapat hubungan yang bermakna antara kompetensi dan kinerja bidan dalam memberikan pelayanan neonatal. Penelitian Nungkat (2007) tentang kompetensi bidan di kabupaten Sanggau di Kalimantan Barat didapat hasil 83% bidan di desa masih kurang kompeten dalam melaksanakan pelayanan asuhan persalinan normal. Penelitian Nirwana (2008) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara motivasi kerja dengan

kompetensi bidan dalam memberikan pertolongan persalinan di kota Bandar Lampung. Menurut Ilyas (2002), terdapat hubungan yang bermakna antara supervisi dan kontrol dalam meningkatkan kinerja individu, di dalam penelitiannya disebutkan bahwa pada negara berkembang seperti Indonesia berbeda dengan negara maju dimana mereka tidak membutuhkan supervisi dan kontrol karena mereka telah melaksanakan fungsi dan tanggung jawabnya dengan pengawasan melekat pada setiap pekerja telah berjalan dengan baik.

Wilayah kerja Sudin Kesehatan Jakarta Selatan mempunyai luas wilayah 14.573 Km<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk 1.747.778 jiwa, terdiri dari 10 kecamatan, 65 kelurahan, 575 RW dan 6.126 RT. Untuk fasilitas kesehatan terdiri sebanyak 10 puskesmas kecamatan, 10 rumah bersalin puskesmas, 68 puskesmas kelurahan, 28 rumah bersalin swasta, 13 rumah bersalin puskesmas dan jumlah bidan sebanyak 446 orang (anggota IBI Cabang Jakarta Selatan), 221 orang berpraktik dan 211 yang telah ikut uji kompetensi dan dinyatakan lulus walaupun ada yang langsung lulus atau lulus melalui prosedur pengkayakan lebih dahulu. Cakupan program Kesehatan Ibu dan Anak di Sudin Kesmas Jakarta Selatan tahun 2007, untuk persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (nakes) mencapai 85,56%, kunjungan neonatus 82,8%, cakupan K1 sebesar 100,6% dan cakupan K4 sebesar 93,45%, jumlah sasaran persalinan 53.422, sementara angka kematian ibu sebesar 5/45.709 persalinan pada tahun 2007, sementara cakupan program Kesehatan Ibu dan Anak pada tahun 2008, persalinan oleh tenaga kesehatan 97,06%, kunjungan neonatus 91,46%, cakupan K1 sebesar 117,2%, cakupan K4 sebesar 107,2% dan angka kematian ibu untuk tahun 2008 sebesar 11/42.608 persalinan.

Bidan dalam menjalankan profesinya pada semua tatanan harus sesuai atau memenuhi standar profesi bidan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369/MENKES/III/2007, terlihat bahwa dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, bidan ketika bertindak harus mengacu pada standar profesi bidan, untuk menjamin pelayanan yang bersih dan aman.

Perdarahan *postpartum* (perdarahan pascapersalinan) adalah perdarahan per vaginam yang melebihi 500 ml dalam atau setelah 24 jam setelah anak lahir (Saifuddin, 2006). Perdarahan ini merupakan komplikasi obstetri yang dapat dicegah dan atau diidentifikasi secara dini. Kasus perdarahan *postpartum* masih

merupakan penyebab utama kematian ibu setelah proses persalinan. Di Wilayah Kota Administratif (Kotif) Jakarta Selatan terjadi 10 dari 11 kasus kematian ibu akibat perdarahan *postpartum*, semua penyebabnya adalah akibat atoni uteri. Jadi ada peningkatan kasus kematian pada tahun 2008. Seharusnya hal ini bisa diminimalis mengingat Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan berada di wilayah ibu kota negara dimana semua fasilitas pelayanan kesehatan tersedia dan mudah dijangkau. Masih tingginya angka kematian ibu di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan menunjukkan bahwa meskipun cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (bidan) sudah 97,06% dan semua bidan yang melakukan penanganan persalinan sudah lulus uji kompetensi, walaupun kelulusan mereka ada yang langsung lulus dan ada yang harus ikut prosedur pengkayakan lebih dahulu dan akhirnya lulus, tetapi kematian ibu akibat komplikasi perdarahan *postpartum* masih terjadi dan semua kasus kematian ibu akibat perdarahan di Jakarta Selatan disebabkan oleh atoni uteri. Berdasarkan hal tersebut penulis merasa perlu untuk mengetahui hubungan motivasi dan supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kotif Jakarta Selatan.

### **I.2. Rumusan Masalah**

Sebagaimana telah disebutkan pada latar belakang bahwa ada peningkatan kasus kematian ibu di Jakarta Selatan, sementara cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan >90% dan semua bidan yang berpraktik menolong persalinan sudah lulus uji kompetensi, sehingga peneliti ingin mengetahui berapakah proporsi kompetensi bidan dan mengetahui hubungan antara motivasi dan supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta selatan.

### **I.3. Pertanyaan penelitian**

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka pertanyaan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Berapakah proporsi kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan?

2. Apakah terdapat hubungan antara motivasi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* yang ada di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan?
3. Apakah terdapat hubungan antara supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kotif Jakarta Selatan?
4. Faktor apa yang paling dominan yang mempengaruhi kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kotif Jakarta Selatan?

#### **I.4. Tujuan Penelitian**

##### **Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan antara motivasi dan supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kotif Jakarta Selatan.

##### **Tujuan khusus**

1. Diketuainya proporsi bidan yang berkompeten dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan.
2. Diketuainya hubungan antara motivasi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan.
3. Diketuainya hubungan antara supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan.
4. Diketuainya faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah kota Administratif Jakarta Selatan.



## **I.5. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan**

Penelitian ini diharapkan menjadi bahan masukan bagi Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan untuk memperbaiki kompetensi bidan yang ada di Wilayah Kotif Jakarta Selatan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.

### **2. Bagi Ikatan Bidan Indonesia Cabang Jakarta Selatan**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi IBI cabang Jakarta Selatan untuk memperbaiki kompetensi bidan yang berada di Wilayah Kotif Jakarta Selatan.

### **3. Bagi peneliti lain**

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan rujukan untuk melengkapi kajian pustaka, berkaitan dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.

## **I.6. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dibatasi pada hubungan antara motivasi dan supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan pada tahun 2009. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2009. Populasi dan sampel diambil dari sampling bidan yang melakukan praktik kebidanan yang menangani persalinan di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat, bivariat dengan uji *Chi-square* dan analisis multivariat dengan uji regresi logistik ganda model faktor risiko. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian *cross sectional* dengan metode kuantitatif.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kesehatan Reproduksi**

Kesehatan Reproduksi yang disepakati pada *International Conference on Population and Development* (ICPD) di Cairo pada tahun 1994 adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya (Budiharsana dalam Situmorang, 2002). Indonesia sebagai salah satu negara yang ikut meratifikasi kesepakatan ICPD Cairo, secara konsisten melaksanakan kebijakan kesehatan reproduksi dengan paradigma baru. Kesehatan reproduksi dengan paradigma baru mengisyaratkan perlunya memperhatikan hal-hal, antara lain mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak-hak reproduksi, kesetaraan dan keadilan gender, menggunakan siklus kehidupan dalam menangani masalah kesehatan reproduksi, memperhatikan jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi secara proaktif dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas (Azwar, 1996 dalam Hartono, 2007).

Masalah kesehatan reproduksi yang ada sangat erat hubungannya dengan kualitas pelayanan yang diberikan oleh bidan praktik, sehingga bidan dalam melaksanakan praktik dituntut untuk memenuhi standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan.

#### **2.2 Bidan**

Dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan, definisi bidan menurut *International Confederation of midwives* (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan diseluruh dunia, diakui oleh *World Health Organisation* (WHO) dan *Federation Internasional Gynecology Obstetrition* (FIGO). Definisi tersebut secara berkala direview dalam pertemuan internasional/Kongres ICM dan definisi terakhir disusun melalui kongres ICM ke 27 pada bulan Juli tahun 2005 di Brisbane Australia ditetapkan sebagai berikut: Bidan adalah seseorang yang telah

mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar dan atau memiliki izin yang sah untuk melakukan praktik bidan.

### **2.2.1 Standar Kompetensi Bidan**

Standar yang harus dipenuhi untuk mendapatkan izin praktik kebidanan:

STANDAR KOMPETENSI BIDAN; Kompetensi ke 1:

Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

PRA KONSEPSI, KB DAN GINEKOLOGI; Kompetensi ke 2:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

ASUHAN DAN KONSELING SELAMA KEHAMILAN; Kompetensi ke 3:

Bidan memberikan asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

ASUHAN SELAMA PERSALINAN DAN KEHAMILAN; Kompetensi ke 4:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

ASUHAN PADA IBU NIFAS DAN MENYUSUI; Kompetensi ke 5:

Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap dengan budaya setempat.

ASUHAN PADA BAYI BARU LAHIR; Kompetensi ke 6:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan satu bulan.

ASUHAN PADA BAYI DAN BALITA; Kompetensi ke 7:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat satu bulan sampai lima tahun.

KEBIDANAN KOMUNITAS; Kompetensi ke 8:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

ASUHAN PADA IBU ATAU WANITA DENGAN GANGGUAN REPRODUKSI; Kompetensi ke 9:

Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

### 2.2.2 Pengertian Bidan

Pengertian bidan menurut Ikatan Bidan Indonesia (IBI) adalah: Seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di Wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregistrasi, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak serta akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai dan melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Pelayanan kebidanan adalah bagian integral dari sistim pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar (terregister) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan.

Praktik kebidanan adalah implementasi dari atau ilmu kebidanan oleh bidan yang bersifat otonom, kepada perempuan, keluarga dan komunitasnya, didasari etika dan kode etik bidan. Bidan yang dinyatakan lulus dalam uji kompetensilah yang boleh melakukan praktik kebidanan.

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (IBI, 2003).

### 2.2.3 Ruang Lingkup Standar Pelayanan Kebidanan

Ada 24 standar pelayanan kebidanan yang dikelompokkan sebagai berikut:

1. Standar pelayanan kebidanan umum (2 standar)
2. Standar pelayanan antenatal (6 standar)
3. Standar pertolongan persalinan (4 standar)
4. Standar pelayanan nifas (3 standar)
5. Standar pelayanan kegawatdaruratan obstetri-neonatal (9 standar).

Penanganan kegawatdaruratan obstetri-neonatal merupakan komponen penting dalam upaya mencegah kematian ibu dan neonatal. Dalam standar penanganan kegawatdaruratan obstetri-neonatal yang harus di ketahui, dipahami, dikuasai dan dapat diterapkan oleh bidan, agar dapat menyelamatkan ibu dan neonatal, di bawah ini merupakan kasus yang sering terjadi dan menjadi penyebab utama kematian ibu dan neonatal adalah terjadinya perdarahan dalam kehamilan pada trimester ke III, eklampsia, partus macet, retensio plasenta, perdarahan *postpartum* primer dan sekunder dan asfiksia neonatorum serta bidan harus mampu menggunakan vakum ekstraktor (IBI, 2008).

### 2.2.4 Kualifikasi Pendidikan Bidan

- a. Lulusan bidan sebelum tahun 2000 dan Diploma III kebidanan merupakan bidan pelaksana, yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan dan mengelola praktiknya baik di institusi pelayanan maupun praktik perorangan.
- b. Lulusan bidan setingkat diploma IV/S1 merupakan bidan profesional yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik di institusi pelayanan maupun praktik perorangan. Mereka dapat berperan sebagai pemberi layanan, pengelola dan pendidik.
- c. Lulusan bidan setingkat S2 dan S3, merupakan bidan profesional yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik di institusi

pelayanan maupun praktik perorangan, mereka dapat berperan sebagai pemberi layanan, pengelola, pendidik, peneliti, pengembang dan konsultan dalam pendidikan bidan maupun system/ketata-laksanaan pelayanan kesehatan secara universal.

### **2.3 Perdarahan *Postpartum* (pascapersalinan)**

Angka kesakitan dan kematian ibu di beberapa negara berkembang masih tinggi, penyebabnya adalah perdarahan *postpartum*, eklampsia, sepsis dan komplikasi keguguran, dll. Seharusnya hal ini dapat dicegah yaitu melalui upaya yang efektif, di beberapa negara berkembang dan hampir semua negara maju, berhasil menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu ketingkat yang sangat rendah.

Asuhan kesehatan ibu selama dua dasawarsa terakhir difokuskan pada:

- Keluarga berencana (KB) untuk membantu para ibu dan suaminya merencanakan kehamilan yang diinginkan.
- Asuhan antenatal (ANC) terfokus memantau perkembangan kehamilan, mengenali tanda bahaya secara dini, menyiapkan persalinan dan kesediaan menghadapi komplikasi.
- Asuhan pasca keguguran untuk menatalaksana gawat-darurat keguguran dan komplikasinya serta tanggap terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya.
- Persalinan yang bersih dan aman serta pencegahan komplikasi.
- Penatalaksanaan komplikasi.

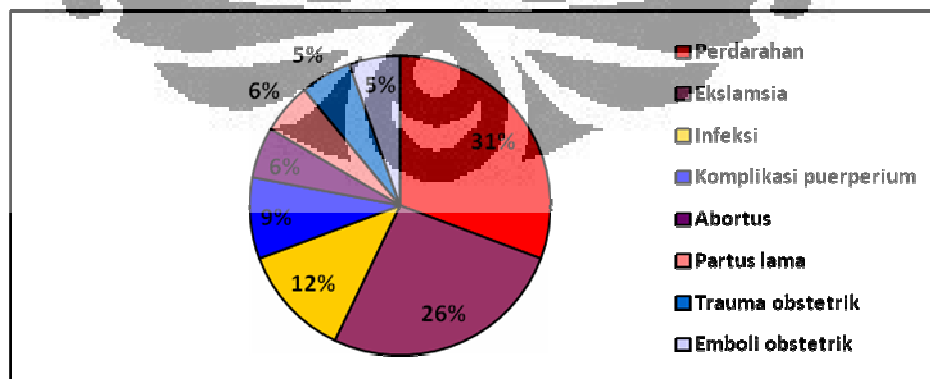
#### **Pergeseran Paradigma**

Fokus asuhan persalinan normal adalah persalinan yang bersih dan aman serta mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan pergeseran paradigma dari menunggu terjadinya dan kemudian menangani komplikasi, menjadi pencegahan komplikasi. Persalinan yang bersih dan aman serta pencegahan komplikasi selama dan *postpartum* terbukti mampu mengurangi kesakitan atau kematian ibu dan bayi baru lahir.

Beberapa contoh dibawah ini, menunjukkan adanya pergeseran paradigma tersebut di atas:

- Mencegah perdarahan *postpartum* yang disebabkan oleh atoni uteri dengan cara, manipulasi minimal proses persalinan, manajemen aktif kala tiga, pengamatan melekat kontraksi uterus *postpartum* dan segera rujuk bila terjadi persalinan patologis dan dilakukan saat ibu masih dalam kondisi optimal.
- Episiotomi tidak lagi dilakukan secara rutin.
- Manajemen aktif kala tiga untuk mencegah perdarahan.
- Partus lama
- Asfiksia bayi baru lahir

Sampai saat ini perdarahan *postpartum* masih merupakan penyebab utama kematian ibu yang terjadi di Indonesia maupun di beberapa negara berkembang lainnya, sehingga di setiap negara mempunyai upaya-upaya yang berbeda-beda dalam menghadapi masalah tersebut. Di Indonesia, hasil dari beberapa studi serta pengamatan atas peristiwa kematian ibu, mengungkapkan bahwa penyebab utama kematian dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung biasanya terkait erat dengan kondisi kesehatan ibu sejak proses kehamilan, proses persalinan, dan *postpartum*. Sedangkan penyebab tidak langsung lebih terkait dengan kondisi sosial, ekonomi, geografi serta perilaku budaya masyarakat yang terangkum dalam 4 Terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak anak, terlalu sering/rapat) dan 3 Terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat membawa, dan terlambat mendapat pelayanan) (Depkes RI, 2007f)



**Gambar 2.1 Penyebab Langsung Kematian Ibu**

Sumber: SKRT, 200

Dari hasil penelitian di dapat bahwa semakin tinggi cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten maka angka kematian ibu akan mengalami penurunan dan sebaliknya makin rendah cakupan persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan yang berkompeten semakin tinggi angka kematian ibu. Dalam hal ini yang dimaksud dengan tenaga yang berkompetensi dalam pertolongan persalinan adalah tenaga dokter atau bidan. Kematian ibu karena kehamilan dan persalinan sangat erat kaitannya dengan penolong persalinan, proporsi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan adalah 39% di Afrika, 56% di Asia, 81% di Amerika Latin, Karibia dan 99% di negara-negara maju (Depkes RI, 2007f).

Dari fakta di atas maka upaya pelayanan kesehatan dan program kesehatan ibu dan anak difokuskan pada peningkatan aksesibilitas serta kualitas pelayanan terkait dengan berbagai faktor risiko yang menjadi penyebab utama kematian ibu.

Upaya aksesibilitas pelayanan kesehatan dilakukan dengan mendekatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat melalui paket penempatan tenaga bidan dan polindes di berbagai pelosok pedesaan serta tenaga dokter di daerah terpencil. Sedangkan aspek peningkatan kualitas pelayanan, dilakukan melalui upaya meningkatkan kemampuan/kompetensi tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan obstetri dan neonatal emergensi dasar (PONED) dan rujukan (PONEK), yang ada di Puskesmas dan rumah sakit rujukan serta berbagai program intervensi seperti peningkatan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, deteksi dini risiko tinggi, dan rujukan kelompok risiko tinggi yang ditemukan (Depkes RI, 2007e).

### **2.3.1 Batasan Perdarahan *Postpartum***

Perdarahan *postpartum* adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III. Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari yang sebenarnya. Darah tersebut tercampur dengan cairan amnion atau dengan urin. Darah juga tersebar pada spons, handuk, kain, di dalam ember dan di lantai. Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya, sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seseorang ibu dengan kadar hemoglobin normal akan



dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah dan akan berakibat fatal pada yang anemia. Oleh sebab itu batasan operasional untuk *postpartum* adalah setelah bayi lahir. Sedangkan jumlah perdarahan, disebutkan sebagai perdarahan yang lebih dari normal dimana telah menyebabkan perubahan tanda-tanda vital (pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, sistolik < 90 mmHg, nadi >100 x/menit, kadar Hb < 8 gr%) (Saifuddin, 2006).

**Klasifikasi Klinis:**

- Perdarahan *postpartum* primer terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir, dan perdarahan terbanyak dalam 2 jam pertama.
- Perdarahan *postpartum* sekunder yaitu perdarahan yang terjadi setelah 24 jam bayi lahir (Depkes RI, 2007b).

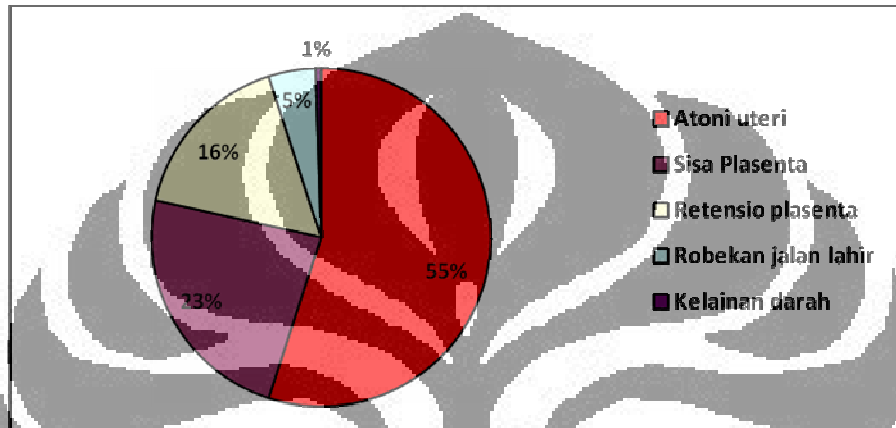
**Penanganan umum:**

1. Ketahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal (saat masuk)
2. Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan yang bersih dan aman ( termasuk pencegahan perdarahan *postpartum*).
3. Lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama *postpartum* (di ruang bersalin) dan lanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (diruang rawat gabung). Perhatikan pelaksanaan asuhan mandiri.
4. Selalu siapkan keperluan tindakan gawat darurat.
5. Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi.
6. Atasi syok
7. Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah), lakukan pijatan uterus, beri uterotonika 10 IU IM dilanjutkan infus 20 IU dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetesan permenit.
8. Pastikan plasenta telah lahir dengan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir.
9. Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah.
10. Pasang kateter menetap dan pantau masuk keluar cairan.
11. Cari penyebab perdarahan dan lakukan tindakan spesifik (Depkes RI, 2007b).

Tiga hal yang harus diperhatikan dalam menolong persalinan dengan komplikasi perdarahan *post partum*:

1. Menghentikan perdarahan.
2. Mencegah timbulnya syok.
3. Mengganti darah yang hilang (Saifuddin, 2006).

### 2.3.2 Penyebab dan Penanganan Perdarahan *Postpartum*



Gambar 2.2 Penyebab Perdarahan *Postpartum*

Sumber: UNFPA, 2005

**Atoni uteri** (Saifuddin, 2006):

Atoni uteri adalah keadaan dimana uterus tidak berkontraksi atau tidak berkontraksi secara terkoordinasi setelah lahirnya plasenta. Atonia uteri merupakan penyebab utama terjadinya Perdarahan *postpartum*. Pada atonia uteri, uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan.

Predisposisi terjadinya atoni uteri:

- Grande multipara
- Uterus terlalu regang (hidramnion, hamil ganda, anak besar (BB > 4 gr))
- Kelainan uterus (*uterus bicornis*, mioma uteri, bekas operasi)
- Plasenta previa dan solutio plasenta (perdarahan *antepartum*)
- Partus lama (*exhausted mother*)
- *Partus precipitatus*
- Hipertensi dalam kehamilan (*gestosis*)
- Infeksi uterus

- Anemi berat
- Penggunaan oksitosin yang berlebihan dalam persalinan (induksi partus)
- Riwayat perdarahan pascapersalinan sebelumnya atau riwayat plasenta manual
- Pimpinan kala III yang salah, dengan memijit-mijit dan mendorong-dorong uterus sebelum plasenta terlepas.
- IUFD yang sudah lama, penyakit hati, emboli air ketuban (koagulopati)
- Tindakan operatif dengan anestesi umum yang terlalu dalam.

Gejala dan tanda atoni uteri:

- Uterus tidak berkontraksi dan lembek.
- Perdarahan segera setelah bayi lahir (pada perdarahan *postpartum* primer).
- Perdarahan lanjut yang terjadi setelah 24 jam setelah kelahiran.

Penanganan Atoni uteri (Salfuddin, 2006):

1. Kenali dan tegakan diagnosis kerja Atoni uteri.
2. Sementara dilakukan pemasangan infus dan pemberian uterotonika, lakukan kompresi bimanual.
3. Pastikan plasenta lahir lengkap (bila ada indikasi sebagian plasenta masih tertinggal lakukan evaluasi sisa plasenta) dan tidak ada lacerasi jalan lahir.
4. Berikan transfusi darah bila sangat diperlukan.
5. Lakukan laju beku darah (lihat solusio plasenta) untuk konfirmasi sistem pembekuan darah.

Bila semua tindakan diatas telah dilakukan tetapi masih terjadi perdarahan lakukan tindakan spesifik sebagai berikut:

Pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar maka sebaiknya dilakukan (Depkes RI, 2007f):

#### **Kompresi bimanual eksternal**

Menekan uterus melalui dinding abdomen dengan jalan saling mendekatkan kedua belah telapak tangan yang melingkupi uterus. Pantau aliran darah yang keluar. Bila perdarahan berkurang, kompresi diteruskan, pertahankan hingga uterus dapat kembali berkontraksi atau dibawa ke fasilitas rujukan. Bila belum berhasil, coba dengan kompresi bimanual internal.

### **Kompresi bimanual internal**

Uterus ditekan diantara telapak tangan pada dinding abdomen dan tinju tangan dalam vagina untuk menjepit pembuluh darah di dalam endometrium (sebagai mekanisme kontraksi). Perhatikan perdarahan yang terjadi. Pertahankan kondisi ini bila perdarahan berkurang dan berhenti, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali. Apabila perdarahan tetap terjadi, coba kompresi aorta abdominalis.

#### Kompresi aorta abdominalis

Raba arteri Femoralis dengan ujung jari tangan kiri, pertahankan posisi tersebut. Genggam tangan kanan kemudian tekankan pada daerah sedikit kekiri bawah umbilikus, tegak lurus dengan sumbu badan, hingga mencapai *columna vertebralis*. Penekanan yang tepat, akan menghentikan atau sangat mengurangi denyut arteri *femoralis*. Lihat hasil kompresi dengan memperhatikan perdarahan yang terjadi.

Pada rumah sakit rujukan

- Ligasi arteri uterina dan ovarika
- Histerektomi

Penanganan perdarahan *postpartum* primer (Depkes RI, 2007e):

- a. Bila perdarahan karena hipotoni uteri lakukan masase uterus dengan diberikan uterotonika metilergometrin 1 ampul i.m./i.v. atau oksitosin drip perinfus 10 IU, atau misoprostal 2 tablet (400 mg) peroral.
- b. Bila hipotonik karena adanya sisa plasenta lakukan evakuasi manual atau kuretase.
- c. Bila perdarahan karena adanya lacerasi jalan lahir lakukan penjahitan.
- d. Bila perdarahan karena atoni uteri lakukan kompresi bimanual atau tampon uterus yang padat dan penderita dirujuk ketempat pelayanan kesehatan yang mampu melakukan operasi.
- e. Bila perdarahan karena ruptura uteri, (syok cepat terjadi tidak sebanding dengan darah yang nampak keluar, abdomen terdapat cairan bebas), penderita yang memerlukan segera dirujuk ke rumah sakit yang mampu operasi.

Untuk mencegah perdarahan *postpartum* maka perlu diperhatikan langkah-langkah manajemen aktif kala tiga dan manajemen toni uteri hasil revisi terakhir buku Asuhan Persalinan Normal tahun 2008 sebagai berikut:

a. Manajemen Aktif Kala Tiga terdiri dari tiga langkah utama:

1. Pemberian suntikan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar, dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir dan dipastikan tidak ada bayi lain. Tujuan pemberian sesegera mungkin agar oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.
2. Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dengan cara: berdiri disamping ibu, pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva, letakkan tangan pada abdomen ibu (beralas kain) tepat di atas simfisis pubis untuk meraba kontraksi fundus dan menekan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso-kranial), lakukan secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri. Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali dan lakukan hal yang sama dengan cara di atas. Bila tali pusat semakin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan. Jika setelah 30-40 detik dimulainya penegangan tali pusat dan tidak ada tanda-tanda yang menunjukkan lepasnya plasenta, jangan teruskan penegangan tali pusat. Setelah plasenta lahir anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina dan tetap tegangkan tali pusat sejajar lantai. Pada saat plasenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan yang lain untuk meletakkan dalam wadah penampung. Lahirkan plasenta dan selaput ketuban dengan lembut dan hati-hati dengan cara memutar plasenta agar selaput ketuban terpilin menjadi satu. Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, maka nasehati keluarga kemungkinan

ibu akan dirujuk. Tapi bila bidan sudah terlatih maka bisa dilakukan plasenta manual.

3. Masase fundus uteri

**b. Manajemen Atoni Uteri terdiri dari 12 langkah berikut:**

**Tabel 2.1**  
**Manajemen Atoni Uteri**

LANGKAH-LANGKAH MANAJEMEN ATONI UTERI	
LANGKAH	ALASAN
1. Rangsangan taktil (masase) fundus uteri segera setelah plasenta, maksimal 15 detik.	Pemijatan merangsang kontraksi uterus. Sambil melakukan pemijatan sekaligus dapat dilakukan penilaian kontraksi uterus.
2. Bersihkan bekuan darah dan/atau selaput ketuban dari vagina dan saluran serviks.	Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi uterus berkontraksi dengan baik.
3. Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh atau dapat dipalpsi, lakukan kateterisasi menggunakan tehnik aseptik.	Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi berkontraksi dengan baik.
4. Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit.	Kompresi uterus memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka didinding dalam uterus dan merangsang kontraksi miometrium. Jika KBI 5 menit tidak berhasil perlu tindakan lain.
5. Anjurkan keluarga untuk memulai KBE (Kompresi Bimanual Eksterna).	Keluarga dapat meneruskan kompresi bimanual secara eksternal sambil penolong melakukan langkah-langkah selanjutnya.
6. Keluarkan tangan perlahan-lahan.	
7. Berikan ergotamin 0,2 mg IM (jangan berikan jika ada hipertensi)	Ergotamin akan bekerja dalam 5-7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus.
8. Pasang infus menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 ml larutan ringer laktat ditambah 20 unit oksitosin. Habiskan 500 ml pertama secepat mungkin (60 tetes permenit).	Jarum diameter besar memungkinkan pemberian larutan iv cepat dan jika perlu transfusi darah. Pemberian RL membantu memulihkan volume cairan, oksitosin merangsang kontraksi uterus dengan cepat.
9. Ulangi Kompresi Bimanual Internal (KBI)	KBI dan pemberian bersama-sama dengan ergometrin dan oksitosin membantu kontraksi uterus.
10. Rujuk segera	Jika uterus tidak berkontraksi dalam 1-2 menit berarti bukan atoni sederhana, Perlu perawatan kegawatdaruratan di fasilitas dengan bedah dan transfusi darah.
11. Dampingi ibu ketempat rujukan. Teruskan melakukan KBE.	KBE memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka melalui dinding uterus dan merangsang kontraksi miometrium.
12. Lanjutkan infus RL ditambah 20 unit oksitosin dalam 500 ml/jam hingga tiba ditempat rujukan ,1,5 liter infus (40 tts/ menit). Kemudian berikan 125 ml/jam. Jika tidak tersedia cairan, berikan 500 ml kedua dengan perlahan dan beri minum untuk rehidrasi.	Ringer laktat membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan. Oksitosin IV merangsang kontraksi uterus dengan cepat.

Sumber: Depkes RI, 2008

## **Retensio Plasenta (Saifuddin, 2006)**

Gejala dan tanda yaitu tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi setengah jam setelah janin lahir, tandanya perdarahan segera, uterus berkontraksi dan keras. Hampir semua gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus.

Jenis retensio plasenta:

1. Plasenta adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.
2. Plasenta akreta adalah implementasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan endometrium.
3. Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion hingga mencapai atau memasuki endometrium.
4. Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
5. Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta didalam kavum uteri, disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.

Penting untuk diperhatikan pada kasus retensio plasenta:

Bila tepi plasenta tidak teraba atau plasenta berada pada dataran yang sama tinggi dengan dinding uterus maka hentikan upaya plasenta manual karena hal itu menunjukkan plasenta inkreta (tertanam dalam endometrium).

Bila hanya sebagian dari implantasi plasenta yang dapat dilepaskan dan bagian lainnya melekat erat maka hentikan plasenta manual karena hal tersebut adalah plasenta akreta. Untuk keadaan ini sebaiknya ibu diberi uterotonik tambahan (mesoprostol 600 mg per rektal) sebelum dirujuk ke fasilitas rujukan (Depkes RI, 2008).

Penanganan retensio plasenta dengan separasi parsial

- Tentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang akan diambil.
- Regangkan tali pusat dan minta pasien untuk mengedan. Bila ekspulsi plasenta tidak terjadi, cobakan traksi tali pusat secara terkontrol.
- Pasang infus oksitosin 20 unit dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetesan permenit. Bila perlu, kombinasikan dengan mesoprostol 400 mg rektal

(sebaiknya tidak menggunakan ergometrin karena kontraksi tonik yang timbul dapat menyebabkan plasenta terperangkap dalam kavum uteri).

- Bila traksi terkontrol gagal untuk melahirkan plasenta, lakukan manual plasenta secara hati-hati dan halus.
- Restorasi cairan untuk mengatasi hipovolemia.
- Lakukan tranfusi darah apabila diperlukan.
- Beri antibiotik profilaksis (ampisilin 2 gram IV/oral + metronidazol 1 gram suppositoria/oral).
- Segera atasi bila terjadi komplikasi perdarahan hebat, infeksi dan syok neurogenik (Saifuddin, 2006).

Prosedur plasenta manual sebagai berikut:

- Sebaiknya pelepasan plasenta secara manual dilakukan dalam narkosis, karena relaksasi otot memudahkan pelaksanaannya terutama bila retensi telah lama. Sebaiknya juga dipasang infus NaCl 0,9% sebelum tindakan dilakukan. Setelah desinfektan tangan dan vulva termasuk daerah sekitarnya, labia dibebaskan dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan dimasukkan secara obstetrik kedalam vagina.
- Sekarang tangan kiri menahan fundus untuk mencegah kolporeksi. Tangan kanan dengan posisi obstetrik menuju ke ostium uteri dan terus ke lokasi plasenta; tangan dalam ini menyusuri tali pusat agar tidak terjadi salah jalan (false route).
- Supaya tali pusat mudah diraba, dapat diregangkan oleh pembantu (asisten). Setelah tangan dalam mencapai sampai ke plasenta, maka tangan tersebut dipindahkan ke pinggir plasenta dan mencari bagian plasenta yang sudah lepas untuk menentukan bidang pelepasan yang tepat. Kemudian dengan sisi tangan kanan sebelah kelingking (*ulnar*), plasenta dilepaskan pada bidang antara bagian plasenta yang sudah terlepas dan dinding rahim dengan gerakan yang sejajar dengan dinding rahim. Setelah seluruh plasenta terlepas, plasenta dipegang dan dengan perlahan-lahan ditarik keluar.
- Kesulitan yang mungkin dijumpai pada waktu pelepasan plasenta secara manual ialah adanya lingkaran konstiksi yang hanya dapat dilalui dengan



dilatasi oleh tangan dalam secara perlahan-lahan dan dalam narkosis yang dalam. Lokasi plasenta pada dinding depan rahim juga sedikit lebih sukar dilepaskan dari pada lokasi di dinding belakang. Ada kalanya plasenta tidak dapat dilepaskan secara manual seperti halnya pada plasenta akreta, dalam hal ini tindakan dihentikan.

- Setelah plasenta dilahirkan dan diperiksa bahwa plasenta lengkap, segera dilakukan kompresi bimanual uterus dan disuntikkan ergometrin 0,2 mg IM atau IV sampai kontraksi uterus baik. Pada kasus retensio plasenta, risiko atoni uteri tinggi oleh karena itu harus segera dilakukan tindakan pencegahan perdarahan *postpartum*. Apabila kontraksi rahim tetap buruk, dilanjutkan dengan tindakan sesuai dengan tindakan sesuai prosedur tindakan pada atoni uteri. Pada plasenta akreta ibu dirujuk ke rumah sakit untuk dilakukan histerektomi.

#### **Sisa plasenta**

Sisa plasenta dan ketuban yang tersisa didalam rongga rahim dapat menimbulkan perdarahan *postpartum* dini atau perdarahan *postpartum* lambat (biasanya terjadi dalam 6-10 hari *postpartum*). Pada perdarahan *postpartum* dini akibat sisa plasenta ditandai dengan perdarahan pada rongga rahim setelah plasenta lahir dan kontraksi rahim baik. Pada perdarahan *postpartum* lambat gejalanya sama dengan subinvolusi rahim, yaitu perdarahan yang berulang atau berlangsung terus dan berasal dari rongga rahim. Perdarahan akibat sisa plasenta jarang menimbulkan syok.

Penilaian klinis sulit untuk memastikan adanya sisa plasenta, kecuali apabila penolong persalinan memeriksa kelengkapan plasenta setelah plasenta lahir. Apabila kelahiran plasenta dilakukan oleh orang lain atau terdapat keraguan akan sisa plasenta, maka untuk memastikan adanya sisa plasenta ditentukan dengan eksplorasi dengan tangan, kuret atau alat bantu diagnostik yaitu ultrasonografi. Pada umumnya perdarahan dari rongga rahim setelah plasenta lahir dan konteraksi rahim baik dianggap sebagai akibat sisa plasenta yang tertinggal dalam rongga rahim (Depkes RI, 2007e).

## Pengelolaan

1. Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase. Dalam kondisi tertentu apabila memungkinkan, sisa plasenta dapat dikeluarkan secara manual. Kuretase harus dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.
2. Setelah selesai pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau peroral.
3. Antibiotik dalam dosis pencegahan sebaiknya diberikan (Depkes RI, 2007e).

## **Perlukaan jalan lahir (Saifuddin, 2006)**

Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir.

Perlukaan jalan lahir terdiri dari:

1. Robekan perineum
2. Hematoma vulva
3. Robekan dinding vagina
4. Robekan serviks
5. Ruptura uteri (Saifuddin, 2006).

## **Robekan perineum dibagi atas 4 tingkat:**

Tingkat I: robekan hanya pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum.

Tingkat II: robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perinei transversalis, tetapi tidak mengenai sfingter ani.

Tingkat III: robekan mengenai seluruh perineum dan otot sfingter ani.

Tingkat IV: robekan sampai mukosa rektum.

Kolporeksi adalah suatu keadaan dimana terjadi robekan di vagina bagian atas, sehingga sebagian serviks uteri dan sebagian uterus terlepas dari vagina. Robekan ini memanjang atau melingkar.

Robekan serviks dapat terjadi di satu tempat atau lebih. Pada kasus partus presipitatus, persalinan sungsang, plasenta manual, terlebih lagi persalinan

operatif, pervaginam harus dilakukan pemeriksaan dengan spekulum untuk melihat keadaan jalan lahir termasuk serviks (Saifuddin, 2006).

### **Pengelolaan episiotomi, robekan perineum dan robekan vulva.**

Ketiga jenis perlukaan tersebut harus dijahit.

#### 1. Robekan perineum tingkat I

Penjahitan robekan perineum tingkat I dapat dilakukan dengan memakai *catgut* yang dijahit secara jelujur atau dengan cara jahitan angka delapan (*figure of eight*).

#### 2. Robekan perineum tingkat II

Penjahitan mukosa vagina dimulai dari puncak robekan. Sampai kulit perineum dijahit dengan benang *catgut* secara jelujur.

#### 3. Robekan perineum tingkat III

Pada robekan tingkat III mula-mula dinding depan rektum yang robek dijahit, kemudian fascia perirektal dan fascia septum retrovaginal vaginal dijahit dengan *catgut* kromik, sehingga bertemu kembali. Ujung-ujung otot sfingter ani yang terpisah akibat robekan dijepit dengan klem/*pean* lurus, kemudian dijahit dengan 2-3 jahitan sehingga bertemu lagi. Selanjutnya robekan dijahit lapis demi lapis seperti menjahit robekan perineum tingkat II.

#### 4. Robekan perineum tingkat IV

Pada robekan perineum tingkat IV karena tingkat kesulitan untuk melakukan perbaikan cukup tinggi dan risiko terjadinya gangguan berupa gejala sisa dapat menimbulkan keluhan sepanjang kehidupannya, maka dianjurkan apabila memungkinkan untuk melakukan rujukan dengan rencana tindakan perbaikan di rumah sakit (Saifuddin, 2006).

### **Hematoma vulva**

1. Penanganan hematoma tergantung pada lokasi dan besar hematoma. Pada hematoma yang kecil, tidak perlu tindakan operatif, cukup dilakukan kompres.

2. Pada hematoma yang besar dan lebih-lebih disertai dengan anemia dan presyok, perlu segera dilakukan pengosongan hematoma tersebut. Dilakukan sayatan disepanjang hematoma yang paling teregang. Seluruh bekuan darah dikeluarkan sampai kantong hematoma kosong. Dicari sumber perdarahan. Perdarahan dihentikan dengan mengikat atau menjahit sumber perdarahan

tersebut. Luka sayatan kemudian dijahit. Dalam perdarahan difus dapat dipasang *drain* atau dimasukan kasa steril sampai padat dan meninggalkan ujung kasa tersebut keluar.

### **Robekan dinding vagina**

1. Robekan dinding vagina harus dijahit
2. Kasus kolporeksis dan fistula *vesicovaginal* harus dirujuk ke rumah sakit.

### **Robekan serviks**

Robekan serviks paling sering terjadi pada jam 3 dan jam 9. Bibir depan dan bibir belakang serviks dijepit dengan klem fenster. Kemudian serviks ditarik sedikit untuk menentukan letak robekan. Selanjutnya robekan dijahit dengan *catgut* kromik dimulai dari ujung robekan untuk menghentikan perdarahan (Depkes RI, 2007e)

### **Ruptura Uteri**

Bila ada kasus ruptur uteri maka ibu langsung dikirim kerumah sakit rujukan terdekat, karena harus segera dilakukan *sectio caesaria*.

## **2.4. Kompetensi**

### **2.4.1 Pengertian Kompetensi**

Menurut Miller, Rankin dan Neathey (2001) dalam Hutapea (2008) kompetensi didefinisikan sebagai berikut:

- Kompetensi sebagai gambaran tentang apa yang harus diketahui atau dilakukan seseorang untuk melaksanakan pekerjaannya dengan baik. Pengertian kompetensi jenis ini dikenal dengan nama kompetensi teknis atau fungsional atau dapat juga disebut dengan istilah *skill hard competency* (kompetensi keras). Kompetensi jenis ini bermula dan berkembang di Inggris dan banyak digunakan di negara-negara Eropa dan di negara-negara *Commonwealth*. Konsentrasi kompetensi teknis adalah pada pekerjaan, yaitu untuk menggambarkan tanggung jawab, tantangan dan sasaran kerja yang harus dilakukan atau dilakukan oleh si pemangku jabatan agar sipemangku jabatan dapat berprestasi dengan baik.
- Kompetensi yang menggambarkan bagaimana seseorang harus berperilaku agar dapat melaksanakan pekerjaannya dengan baik. Pengertian

kompetensi ini dikenal dengan nama kompetensi perilaku (*behavioral competencies* atau *soft competency*). Perlu diketahui disini bahwa perilaku akan teridentifikasi bila seseorang memperagakannya dalam melakukan pekerjaan. Pemberi kontribusi awal dalam pengembangan kompetensi ini adalah Prof. Mc. Clelland (1973) dari Havard University Amerika Serikat, kemudian dilanjutkan oleh Boyatzis (1982), Woodruffe (1999) dan Spenser & Spenser (1993).

Menurut Boyatzis (1982) dalam Hutapea (2008):

Kompetensi didefinisikan sebagai “kapasitas yang ada pada seseorang yang bisa membuat orang tersebut mampu menemukan apa yang disyaratkan oleh pekerjaan dalam suatu organisasi sehingga organisasi tersebut mampu mencapai hasil apa yang diharapkan”.

Menurut Woodruffe (1991) dan Woodruffe (1990) dalam Hutapea (2008):

Mereka membedakan antara pengertian *competence* dan *competency*, yang mana *competence* diartikan sebagai konsep yang berhubungan dengan pekerjaan, yaitu menunjukan “wilayah kerja dimana orang dapat menjadi kompeten atau unggul”. Sedangkan *competency* merupakan konsep dasar yang berhubungan dengan orang, yaitu menunjukan “dimensi perilaku yang melandasi prestasi unggul (*competent*).

Menurut Spenser & Spenser (1993) dalam Hutapea (2008):

Kompetensi adalah “karakteristik dasar seseorang yang ada hubungan sebab-akibatnya dengan pretasi kerja yang luar biasa atau efektivitas kerja”.

Kompetensi diartikan sebagai “pengetahuan atau keterampilan individu”. Penekanan pengertian kompetensi jenis ini adalah kepemilikan pengetahuan dan keterampilan. Salah seorang ahli yang memberikan pengertian kompetensi yang senada dengan pengertian ini adalah Dave Ulrich, Profesor dari University of Michigan (1995) yang mendefinisikan kompetensi sebagai “pengetahuan, keterampilan atau kemampuan individu yang diperagakan”.

Kompetensi bidan pada penelitian adalah Penilaian terhadap cerminan yang realistik yang dimiliki bidan meliputi aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* terutama yang disebabkan oleh atoni uteri.

#### **2.4.2 Konsep pokok kompetensi**

Spenser dan Spenser (1993) dalam Hutapea (2008) dan dalam Palan (2008), mengemukakan bahwa ada tiga komponen utama pembentuk kompetensi, yaitu pengetahuan yang dimiliki seseorang, keterampilan dan perilaku individu, yang mana ketiga komponen tersebut dipengaruhi oleh konsep diri, ciri diri dan motif.

### 1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan informasi yang dimiliki seseorang. Pengetahuan adalah komponen utama kompetensi yang mudah diidentifikasi. Seseorang yang mengetahui tentang banyak hal belum tentu orang tersebut dapat melakukan apa yang dia ketahui. Sebagai salah satu contoh, ada seorang pengamat politik sering memberikan komentar tentang jalannya pemerintahan yang dinilainya buruk dan memberi saran bagaimana memperbaikinya. Hal ini menunjukkan bahwa pengamat politik tersebut mengetahui tentang teori atau konsep pemerintahan yang baik. Dengan pengetahuannya itu dia mampu meyakinkan pendengar atau pemirsa televisi bahwa dia adalah seorang yang sungguh ahli dan mampu menjalankan pemerintahan, termasuk diantaranya mampu meyakinkan Presiden Republik Indonesia, yang pada periode berikutnya dia diangkat menjadi Menteri, ternyata setelah beberapa tahun bekerja sebagai menteri dia tidak mampu menunjukkan prestasinya.

### 2. Keterampilan

Keterampilan merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan suatu aktivitas atau pekerjaan. Telah dibahas diatas bahwa seseorang yang memiliki pengetahuan belum tentu punya kemampuan untuk melaksanakan pekerjaan, misalnya orang yang memiliki pengetahuan tentang bagaimana mengendarai mobil tidak berarti orang tersebut mampu mengendarai mobil. Demikian juga halnya orang yang mengetahui bagaimana mengetik, tidak berarti orang tersebut mampu mengetik. Keterampilan lebih sukar dimiliki dari pada pengetahuan. Seseorang yang memiliki keterampilan dengan sendirinya sudah memiliki pengetahuan atas pekerjaan yang mereka lakukan. Pada umumnya keterampilan tidak mudah diperoleh dari perkuliahan, terutama perkuliahan yang tidak disertai dengan studi kasus atau role play.

### 3. Konsep Diri

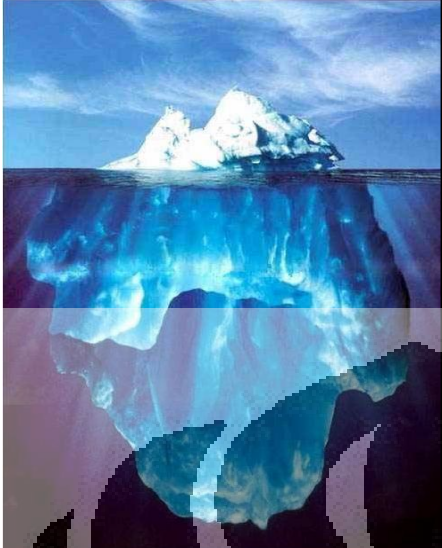
Konsep diri merupakan sikap individu atau nilai individu. Nilai individu mempunyai sifat reaktif yang dapat memprediksi apa yang akan dilakukan oleh seseorang dalam waktu singkat. Konsep diri dipengaruhi oleh nilai-nilai yang dimiliki oleh seseorang yang diperolehnya sejak kecil sampai saat tertentu. Konsep menunjukkan bagaimana seseorang melihat dirinya sendiri atau sesuatu. Konsep diri ini mempengaruhi etika, cara pandang atau pengertian seseorang tentang sesuatu.

#### 4. Ciri diri (karakteristik pribadi)

Ciri diri (*trait*) adalah karakter bawaan diri, misalnya reaksi yang konsisten terhadap sesuatu. Seseorang yang mahir menerbangkan pesawat atau berprofesi sebagai pilot pesawat udara dapat dikatakan dia memiliki karakter bawaan diri sebagai pilot. Ciri diri ini merupakan karakteristik fisik, kognitif dan sosial yang melekat secara permanen pada diri seseorang.

#### 5. Motif

Motif adalah sesuatu yang difikirkan atau diinginkan seseorang secara konsisten, yang dapat menghasilkan perbuatan. Kebutuhan keinginan dan perhatian yang biasanya terjadi tanpa disadari ini akan terasa mempengaruhi pemikiran seseorang untuk mencapai sasaran kerjanya sehingga pada akhirnya akan berdampak pada perilaku seseorang. Dari uraian diatas oleh Spenser dan Spenser (1994) menggambarkan komponen utama kompetensi dengan model gunung es sebagai berikut:

	<b>TERLIHAT</b> 1. Pengetahuan 2. Keterampilan
	<b>TERSEMBUNYI</b> 1. Konsep diri 2. Karakteristik pribadi 3. Motif

**Gambar 2.3. Model Kompetensi Gunung Es**

(Dimodifikasi dari Spenser and Spenser, 1994 dalam Hutapea, 2008)

Pengetahuan dan keterampilan tampak dipermukaan atau dilapisan luar gunung es, namun komponen utama kompetensi lainnya seperti konsep diri, ciri diri (karakteristik individu) dan motif tidak tampak dipermukaan gunung es. Mengapa? karena pengetahuan seseorang mudah diidentifikasi, misalnya dari pembicaraan dan keterampilan kerjanya. Itulah sebabnya pada gambaran gunung es tersebut pengetahuan dan keterampilan terletak disebelah luar atau bagian atas gunung es. Sebaliknya perilaku seseorang sesungguhnya kadang kala sukar diketahui karena orang yang mampu mengendalikan logika biasanya mampu juga mengendalikan perilakunya. Karena perilaku seseorang lebih didominasi konsep diri, ciri diri dan motif yang dimilikinya. Sehingga perilaku lebih sukar untuk diidentifikasi dan dibentuk.

Berbeda dengan pendapat Benyamin Bloom (1908) dalam Depkes (2006), beliau adalah seorang psikolog pendidikan yang membagi perilaku dalam 3 domain atau ranah, yang terdiri dari ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*afective domain*) dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Untuk mengukur hasil pendidikan maka ketiga ranah ini diukur dari pengetahuan.



## **Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang setelah orang tersebut melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Dari penelitian yang dilakukan ternyata bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih lestari dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

## **Sikap**

Sikap merupakan respon yang bersifat tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Menurut *Newcomb* yang merupakan salah satu ahli psikologi sosial, bahwa sikap itu adalah kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dari seseorang. Sikap bukan merupakan suatu tindakan atau aktifitas tetapi merupakan predisposisi suatu tindakan atau aktifitas.

## **Praktik**

Seseorang akan mengambil suatu tindakan tertentu dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap terhadap suatu objek tersebut. Sikap belum tentu dapat diwujudkan dalam suatu tindakan karena tergantung dari beberapa faktor pendukung antara lain fasilitas yang tersedia, dorongan dari lingkungan seperti keluarga, dll.

Teori Gibson dalam Ilyas (2002), mengemukakan ada tiga perangkat variabel yang mempengaruhi perilaku individu dan kinerja yaitu:

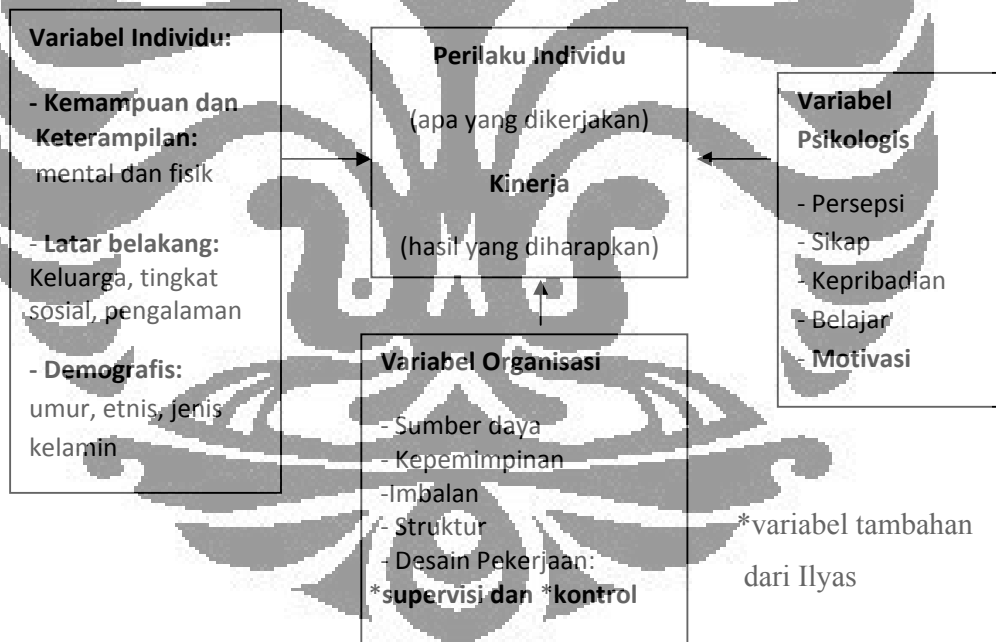
Variabel individu terdiri dari sub-variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan variabel demografis. Sub-variabel Kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan prestasi individu atau kinerja. Kemampuan adalah sifat yang dibawa sejak lahir atau dipelajari yang memungkinkan seseorang menyelesaikan pekerjaan. Sedangkan keterampilan adalah kecakapan yang berhubungan dengan tugas yang dimiliki dan dipergunakan oleh seseorang pada waktu yang tepat. Variabel demografis mempunyai efek yang tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu.

Variabel psikologis terdiri dari sub-variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel ini menurut Gibson (1987) sangat dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografis.

Variabel psikologis seperti persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur. Gibson (1987) juga mengatakan sukar mencapai kesepakatan tentang pengertian variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang budaya dan keterampilan yang berbeda satu dengan yang lainnya.

Variabel organisasi menurut Gibson (1987) berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel ini digolongkan dalam sub-variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan. Menurut Ilyas (2002) dalam penelitiannya bahwa, dari sejumlah penelitian yang dilakukan di Indonesia, ditemukan hubungan yang bermakna antara variabel supervisi dan variabel kontrol dengan kinerja individu.

Secara skematis variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja dari Gibson sebagai berikut:



**Gambar 2.4**

**Diagram Skematis Teori Perilaku dan Kinerja dari Gibson (1987)**

Sumber: Gibson, James L, John. I., James, 1998. Organisasi dan Manajemen: Perilaku, Struktur, Proses Terjemahan Djarkasih, Cetakan Kesembilan, Jakarta, Penerbit Erlangga

Menurut Hutapea (2008) konsep dasar kompetensi berawal dari konsep individu yang bertujuan untuk mengidentifikasi, memperoleh dan mengembangkan kemampuan individu agar dapat bekerja dan berprestasi yang luar biasa.

Menurut Green (1980) perilaku kerja seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing*), pengetahuan, sikap, nilai dan keyakinan.
2. Faktor pemungkin (*enabling*) adalah faktor yang memudahkan atau memungkinkan seseorang berperilaku, yang termasuk disini adalah sumber daya, kelengkapan sarana, transportasi, dana dan lain-lain.
3. Faktor pendukung (*reinforcing*) yang terdiri dari atasan/supervisi, rekan kerja, pemerintah, masyarakat.

Menurut Kamus Kompetensi LOMA (1998) dalam Lasmahadi (2002), kompetensi didefinisikan sebagai aspek-aspek pribadi dari seorang pekerja yang memungkinkan dia untuk mencapai kinerja yang superior. Aspek-aspek pribadi ini termasuk sifat, motif-motif, sistem nilai, sikap, pengetahuan dan keterampilan. Kompetensi akan mengarahkan tingkah laku, sedangkan tingkah laku akan menghasilkan kinerja.

Berdasarkan definisi tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tidak semua aspek-aspek pribadi dari seseorang pekerja itu merupakan kompetensi. Hanya aspek-aspek pribadi yang mendorong dirinya untuk mencapai kinerja yang superiorlah yang merupakan kompetensi yang dimilikinya. Selain itu, juga dapat disimpulkan bahwa kompetensi akan selalu terkait dengan kinerja yang superior.

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personel yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada keseluruhan jajaran personel didalam organisasi, Ilyas (2008).

Menurut Nungkat (2007) bahwa sebagian besar bidan di desa kabupaten Bengkayang Kalimantan Barat (83%) masih kurang kompeten melaksanakan pelayanan asuhan persalinan normal.

Menurut Nirwana (2008) kompetensi bidan di Bandar Lampung hanya 29% bidan yang kompeten dalam pelayanan pertolongan persalinan, bidan yang dilatih APN kompetensinya lebih baik dibanding dengan yang belum dilatih APN. Faktor-faktor yang dominan berpengaruh terhadap kompetensi bidan adalah motivasi. Bidan yang motivasinya baik (tinggi) akan berpeluang lebih kurang 10 kali memiliki kompetensi dalam pelayanan pertolongan persalinan dibandingkan bidan yang motivasinya kurang baik.

Menurut Nasir (2007) sebagian besar bidan (61%) di Bekasi masih kurang kompeten dalam memberikan pelayanan neonatal dan terdapat hubungan yang bermakna antara kompetensi dan kinerja bidan dalam pelayanan neonatal dengan  $OR= 6,75$ .

### **2.4.3 Pengukuran Kompetensi**

Pengukuran kompetensi merupakan proses yang dilakukan untuk mengukur kemampuan seseorang yang dicerminkan dalam pengetahuan, sikap dan perilaku individu. Penilaian kompetensi mencakup pengumpulan data dan bukti yang dibandingkan dengan standar yang ditentukan untuk memastikan apakah seseorang mempunyai level kompetensi tertentu yang dibutuhkan (Palan, 2007).

Hasil kesepakatan pada Canadian Nurses Association (2000), Pengukuran atau penilaian kompetensi dapat dilakukan melalui tiga cara yaitu:

#### **1. Ujian tertulis**

Ujian tertulis yang digunakan adalah berupa *multiple choice question* (MCQ). Teknik ini dipilih karena efektif untuk mengukur kemampuan yang bersifat pengetahuan dan efektif dari segi biaya. Keuntungan menggunakan cara ini adalah dapat digunakan untuk menilai responden secara langsung dalam jumlah banyak.

#### **2. Wawancara praktik**

Wawancara dilakukan berdasarkan pertanyaan standar atau skenario yang sudah disusun sebelumnya. Wawancara dilakukan dalam waktu 1-1,5 jam. Penilaian dengan cara ini memberikan kesempatan memperoleh pemahaman yang lebih dalam. Biasanya digunakan dalam mengukur

kemampuan analisis dan motivasi seseorang. Keterbatasan tehnik ini karena membutuhkan waktu yang lama untuk menilai seseorang.

### 3. *Observed Structured Clinical Examination (OSCE)*

Tehnik OSCE adalah peserta mendemonstrasikan keterampilan klinis melalui beberapa *station*. Penguji mengevaluasi performa peserta berdasarkan kriteria standar yang sudah ditetapkan. Setiap *station* biasanya menguji satu atau lebih komponen spesifik dari kompetensi klinis, seperti melakukan pemeriksaan, melakukan diagnosis atau merencanakan pengobatan. Setiap *station* diatur seperti kejadian sebenarnya. Metode ini digunakan untuk menilai kriteria *valid, reliabel dan feasible*.

Pengukuran kompetensi untuk perdarahan *postpartum* menurut jurnal internasional *gynecology and obstetrics* tahun 2005 dalam *skill birth attendance* dilakukan dengan cara dialog interaktif dan dengan studi kasus.

Pengukuran kompetensi menurut *Specialist Management Resources (SMR)* dalam Palan, 2008 yaitu dengan metode dan jenis penilaian dalam format RIOT (*Review, Interview, observation and test*) sebagai berikut:

#### 1. Evaluasi

Metode evaluasi sering digunakan karena mudah digunakan. Tetapi data yang dihasilkan dari proses ini tidak selalu objektif. Ada beberapa cara untuk menjalankan pengukuran melalui evaluasi, yaitu evaluasi diri, atasan dan panel ahli. Bisa juga kita menggunakan evaluasi 360 derajat, oleh atasan, teman sejawat, bawahan dan diri sendiri.

Evaluasi dari atasan langsung biasa digunakan untuk mengakses semua jenis kompetensi, metode ini dapat digunakan apabila atasan telah dilatih sebagai penguji (*assesor*) dan dapat mengakses berdasarkan indikator kinerja. Proses penilaian ini cepat tetapi kualitas data kadang mengkhawatirkan apabila tidak dimonitor sisi objektifnya. Berdasarkan pengalaman bahwa evaluasi dari atasan langsung sangat bermanfaat untuk mengakses kompetensi fungsional, terutama sebagai langkah awal dalam mengimplementasikan kompetensi. Apabila menggunakan metode ini perlu dibuat sistem untuk menghindari bias.

Untuk mendapatkan kualitas data yang baik cara yang paling efektif digunakan adalah evaluasi dari panel ahli, karena panel ahli akan menilai produk

akhir yang dihasilkan, mengamati dan menilai proses kerja, serta mewawancarai karyawan yang dinilai dan rekan-rekannya. Data yang dihasilkan memang sangat bermutu, tetapi waktu, upaya dan biaya yang dibutuhkan untuk menyelesaikan assesmen dengan metode ini cukup besar.

## 2. Wawancara

Wawancara adalah interaksi tatap muka antara penguji dengan pekerja. Wawancara dapat dilakukan secara tradisional atau nontradisional. Contoh wawancara nontradisional adalah wawancara kejadian perilaku (*behaviour event interview/BEI*). Wawancara tradisional yang biasa tidak terstruktur tidak relevan untuk penilaian kompetensi karena tidak valid dan tidak handal. Wawancara tradisional tidak dapat berfungsi baik karena tidak menghasilkan informasi yang diperlukan untuk menentukan apakah seorang kompeten atau tidak. Jawaban atas pertanyaan seperti “beritahu saya tentang latar belakang atau pengalaman anda”, tidak membantu pewawancara menilai kemampuan seseorang dalam melaksanakan suatu pekerjaan. Fakta menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil orang yang mengetahui kompetensi mereka sendiri. Banyak orang yang mengatakan bahwa mereka benci berjualan, namun akhirnya menjadi penjual yang berprestasi dan muncul sebagai bintang, karena memiliki orientasi prestasi yang tinggi.

Chris Argyris dalam Palan (2008), seorang psikolog dari Harvard, menunjukkan bahwa teori tindakan (apa yang mereka katakan mereka lakukan) tidak mendukung terhadap teori pakar (apa yang sebenarnya mereka lakukan). Orang-orang juga tidak bisa memperlihatkan motif atau kemampuan mereka yang sebenarnya. Pertanyaan-pertanyaan wawancara tradisional menghasilkan tanggapan-tanggapan yang secara sosial diinginkan. Prinsip dasar dalam penilaian kompetensi bukanlah untuk mengetahui ucapan atau pikiran seseorang, tetapi apa yang dilakukan dan apa hasilnya.

Kelemahan metode wawancara tradisional ini, menuntun kami menggunakan wawancara kejadian perilaku (*behaviour event interview/BEI*) yang dikembangkan oleh McClelland. Metode ini telah banyak digunakan dalam penilaian kompetensi perilaku. Tujuan dari wawancara kejadian perilaku adalah

menggalikan pengalaman seseorang mengenai tindakan yang telah dilakukan seseorang mengetahui apa yang sebenarnya telah dilakukan.

BEI dikembangkan dari metode kejadian penting Flannaga. Dalam BEI, terwawancara diminta untuk menceritakan tiga puncak keberhasilan dan kegagalan di waktu lalu dalam bentuk cerita pendek. Mereka diminta untuk menjelaskan kejadian-kejadian penting yang dialaminya saat bekerja. Pewawancara mencatat informasi tentang situasi, orang-orang yang terlibat, apa yang individual dilakukan oleh orang tersebut dan apa hasilnya.

Keunggulan BEI adalah mendukung indentifikasi empiris kompetensi. Aspek-aspek yang paling penting dari metode ini adalah:

1. Penggunaan kriteria contoh (*criterion sample*).

Kriteria contoh adalah metode yang membandingkan orang yang sukses dengan orang yang kurang sukses untuk mengidentifikasi karakteristik yang berhubungan dengan kesuksesan. Pendekatan ini bukanlah sesuatu yang baru. Pada masa perang dunia ke-II, identifikasi EWS (*experienced/exemplary worker standards*) telah dilakukan untuk digunakan sebagai model. Perilaku mereka berhasil diidentifikasi, dibuat modelnya, untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dengan mendesain program pelatihan yang efektif berdasarkan EWS.

2. Identifikasi pemikiran dan perilaku yang memprediksikan keberhasilan hasil. Ini merupakan metode pengukuran kompetensi dengan situasi terbuka, di mana seseorang harus berperilaku seperti gambaran yang seharusnya dilakukan. Prediksi terbaik mengenai apa yang dapat dilakukan seseorang adalah pemikiran dan tindakan spontan dalam situasi yang tidak terstruktur.

Kelemahan metode ini adalah tuntutan waktu, biaya dan keahlian. Metode ini hanya hanya praktis untuk beberapa pekerjaan saja.

3. Observasi

Metode observasi digunakan untuk mengakses kompetensi teknis di tempat kerja. Keunggulan dan metode observasi adalah sangat valid dan dapat diandalkan. Namun metode ini membutuhkan banyak asesor, dan sangat mahal untuk melatih mereka. Metode observasi hanya efektif apabila dilengkapi dengan daftar periksa terstruktur. Untuk membuat daftar periksa terstruktur diperlukan keahlian profesional yang sulit ditemukan. Selain itu, penggunaan metode ini

memerlukan waktu lebih banyak dibanding metode evaluasi (*review*) atau wawancara.

#### 4. Tes

Tes pengetahuan dan keahlian sangat bermanfaat untuk mengases kompetensi fungsional. Sebagai contoh, kompetensi fungsional seorang pengelas dapat dinilai menggunakan tes di tempat kerja. Metode tes, meskipun kualitas datanya sangat baik sulit untuk dibuat dan pengadministrasiannya.

Assesement center dan tes psikomotorik juga digunakan secara luas. Biasanya penggunaan satu jenis tes saja, tidak dapat diterima untuk menilai kompetensi, terutama apabila tes tersebut belum divalidasi oleh badan profesional.

### 2.5. Kerangka Teori

#### 2.5.1 Komponen Kompetensi

Kompetensi saat ini merupakan kebutuhan yang mutlak dan berkontribusi yang sangat signifikan terhadap pengembangan sumber daya manusia sehingga pada gilirannya nanti dapat memberikan daya saing bagi suatu organisasi. Kompetensi bidan pada penelitian ini adalah Penilaian terhadap cerminan realistik yang dimiliki bidan meliputi komponen pengetahuan, sikap dan keterampilan bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.

##### 2.5.1.1 Pengetahuan

Berdasarkan teori Benyamin S. Bloom dalam Djaali (2008) pengetahuan ialah kemampuan untuk menghafal, mengingat atau mengulangi informasi yang telah diberikan. Menurut Notoadmojo (2003) pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam menentukan tindakan seseorang. Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*aplication*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*) dan evaluasi (*evaluation*). Kemampuan dalam melaksanakan tugas sangat dipengaruhi faktor pengetahuan. Tanpa adanya pengetahuan, maka bidan akan mendapatkan kesulitan dalam melaksanakan program kerjanya. Dalam Palan (2008) pengetahuan



merujuk pada informasi dan hasil pembelajaran, seperti pengetahuan seorang ahli bedah tentang anatomi manusia.

Pengukuran pengetahuan dapat diukur dengan menggunakan angket atau wawancara yang menanyakan isi materi yang ingin diukur. Kuesioner bertujuan untuk mencari informasi yang lengkap tentang suatu masalah dari responden (Riduwan, 2007).

Pengetahuan dalam hal ini merupakan informasi yang dimiliki oleh bidan untuk menanggulangi perdarahan *postpartum*. Bidan dikatakan berpengetahuan baik bila dapat menjawab 80% atau lebih pertanyaan pengetahuan (Depkes RI, 2007c).

### 2.5.1.2 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek yang tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2003). Allport (1954) sebagaimana dikutip Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 komponen pokok yaitu (1) kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek; (2) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek; dan (3) kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam membentuk sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu menerima, merespon, menghargai, bertanggung jawab dan praktik atau tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung antara lain adalah fasilitas. Di samping itu praktik ini mempunyai beberapa tingkatan yaitu persepsi, respon terpimpin, mekanisme dan adopsi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Pengukuran secara langsung dapat dilakukan dengan mengajukan pernyataan-pernyataan tentang stimulus atau objek yang ingin diteliti, atau dapat juga dengan memberikan pendapat dengan menggunakan kata “setuju” atau “tidak setuju” terhadap objek yang ingin diteliti. Pengukuran secara tidak langsung dapat

dilakukan dengan melakukan observasi dan mengamati sikap dalam kegiatan tertentu (Notoatmodjo, 2003).

Pada penelitian ini Sikap bidan adalah kesiapan bidan dalam melakukan penanggulangan perdarahan *postpartum* meliputi: manajemen aktif kala tiga dan manajemen atoni uteri (Depkes RI, 2007c).

### **2.5.1.3 Keterampilan**

Keterampilan adalah kecakapan yang berhubungan dengan tugas yang dimiliki dan dipergunakan oleh seseorang pada waktu yang tepat (Gibson, 1996). Menurut Palan (2008) keterampilan adalah keahlian merujuk kemampuan seseorang untuk melakukan suatu kegiatan, seperti keahlian ahli bedah untuk melakukan operasi. Menurut Hutapea (2008) keterampilan merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan suatu aktivitas atau pekerjaan. Telah dibahas diatas bahwa seseorang yang memiliki pengetahuan belum tentu punya kemampuan untuk melaksanakan pekerjaan.

Pada penelitian ini, dimaksud dengan keterampilan adalah kemampuan bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Pengukuran terhadap keterampilan dapat dilakukan dengan menilai seseorang dalam melakukan perbuatan atau tindakan tertentu (*psychomotor*), yang diobservasi melalui gerakan fisik dan keterampilan motorik dengan mencocokkan dengan daftar tilik (*checklist*) atau dengan cara melakukan wawancara interaktif dengan studi kasus.

Pada penelitian ini responden diajak wawancara interaktif tentang kasus perdarahan *postpartum* yang terjadi, mulai dari manajemen aktif kala tiga sampai manajemen perdarahan akibat atoni uteri serta peragaan KBI, KBE dengan model panggul dan model uterus. Dimana penguji mendengarkan, mengamati dan menilai demonstrasi yang dilakukan responden dengan mencocokkan jawaban atau pernyataan dengan langkah-langkah tindakan yang dilakukan responden sesuai skenario wawancara yang sudah dipersiapkan oleh peneliti.

### **2.5.2 Karakteristik Individu**

### **2.5.2.1 Umur**

Menurut Gibson (1993) dalam Ilyas (2002) menyatakan bahwa faktor usia merupakan variabel individu yang pada dasarnya semakin bertambah usia seseorang akan bertambah kedewasaannya dan semakin banyak menyerap informasi yang akan mempengaruhi kinerjanya. Semakin tua usia seseorang semakin bijaksana dan matang sikapnya dan mempengaruhi pengembangan pekerjaan dalam langkah penegasan tugas dan keterampilan, semakin meningkat usia seseorang maka kedewasaan teknis dan psikologinya meningkat dan merupakan masa yang paling produktif sehingga bila dikaitkan dengan kinerja merupakan usia yang paling baik/ tinggi kinerjanya. Menurut Hastono dkk, dalam Hernawati (2007) mengemukakan umur bidan lebih tua yaitu  $\geq 32$  tahun mempunyai tingkat kepatuhan lebih tinggi atau lebih patuh dan sebaliknya umur bidan yang lebih muda  $< 32$  tahun mempunyai kepatuhan yang kurang atau tidak patuh. Sedangkan pada penelitian Sudarmadji (2007) mengemukakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kemampuan intelektual. Juga hal yang sama dengan penelitian Legiman (2006), bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pengetahuan asuhan kebidanan antara umur  $\geq 30$  tahun dengan umur  $< 30$  tahun.

### **2.5.2.2 Pendidikan**

Menurut Green (1980) pendidikan merupakan faktor internal sebagai penentu perubahan perilaku seseorang, sebaliknya pendidikan juga dapat menjadi faktor eksternal yang memudahkan seseorang berperilaku tertentu. Menurut Notoatmodjo (2007) pendidikan formal adalah proses penyampaian materi pendidikan kepada seseorang untuk mendapatkan perubahan tingkah laku. Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, akhlak mulia serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (Depdinas, 2003) dalam (Ridwan, 2008). Pada penelitian Nungkat (2008) tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan bidan dengan kompetensi dan kinerja bidan di desa dalam melaksanakan pelayanan asuhan persalinan normal di Kabupaten Bengkayang. Demikian juga dengan penelitian Guswanti (2008) diperoleh bahwa

tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja bidan di desa.

### **2.5.2.3 Masa Kerja**

Menurut Green (1980) masa kerja seseorang berkaitan erat dengan pengalaman kerja yang merupakan bekal yang sangat baik untuk memperbaiki kinerja seseorang. Dengan demikian semakin lama seseorang melakukan suatu pekerjaan maka semakin banyak pengalaman yang dapat di jadikan pedoman untuk memperbaiki kinerjanya. Sedangkan menurut Robbins (2000) senioritas menunjukkan suatu hubungan positif dengan produktifitas.

Lamanya masa tugas dan pengalaman dalam mengelola kasus berhubungan dan berpengaruh terhadap keterampilan seseorang. Pengalaman adalah latar belakang yang menentukan secara tidak langsung kinerja dan perilaku seseorang (Gibson, 1996). Menurut hasil penelitian Eulisa Fajriani (2001) menyatakan bahwa bidan yang masa kerjanya lebih dari 3 (tiga) tahun mempunyai peluang kinerja lebih baik sebesar 1,364 kali dibanding yang masa kerjanya kurang dari 3 (tiga) tahun. Hal yang sama dengan penelitian Zaim (2001) pada penelitiannya tentang kinerja dokter PTT di desa dalam pertolongan persalinanan di Kabupaten Sanggau Kalimantan Barat, bahwa faktor pengalaman kerja berpengaruh terhadap kinerja bidan dalam pertolongan persalinan ( $p = 0,024$ ).

### **2.5.2.4 Pelatihan**

Menurut World Health Organization dalam Depkes (2007) pelatihan dan supervisi yang baik dan terencana akan meningkatkan kinerja tenaga kesehatan, pendidikan seseorang dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang pada akhirnya dapat berpengaruh terhadap cara dia bersikap dan bertingkah laku.

Menurut Ginting (2001) Program pelatihan keterampilan pengendalian infeksi nosokomial (IN) yang diberikan kepada perawat bermanfaat untuk menurunkan tingkat IN. Dengan kata lain produktivitas perawat meningkat dalam pengendalian IN setelah pelatihan keterampilan. Jadi ada hubungan yang signifikan antara tingkat keterampilan perawat sebelum dan sesudah dilatih.

Menurut Rahmadi (2006) disimpulkan bahwa terdapat pengaruh variabel manfaat pelatihan dan dukungan pelatihan terhadap kepuasan kerja. Sehingga ada beberapa saran agar manfaat pelatihan dapat dirasakan dan dukungan pelatihan

yang dilaksanakan dapat memberikan kepuasan kerja yang tinggi. Jika kepuasan kerja tinggi, hal ini tentu akan berimbas pada tingkat perputaran karyawan/ *labor turn over* yang rendah, karena tidak ada atau berkurangnya karyawan yang keluar.

#### **2.5.2.5 Motivasi**

Menurut Uno (2008) pengertian motivasi adalah dorongan dasar yang menggerakkan seseorang bertingkah laku. Dorongan ini berada pada diri seseorang yang menggerakkan untuk melakukan sesuatu yang sesuai dengan dorongan dalam dirinya. Sedangkan motivasi adalah dorongan dari dalam diri dan luar diri seseorang untuk melakukan sesuatu yang terlihat dari dimensi internal dan eksternal. Motivasi juga di artikan sebagai proses psikologogis yang dapat menjelaskan perilaku seseorang. Perilaku padahakekatnya merupakan orientasi pada suatu tujuan, dimana untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan proses interaksi dari beberapa unsur. Dengan demikian motivasi merupakan kekuatan yang mendorong seseorang melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan. Kekuatan-kekuatan ini pada dasarnya dirangsang oleh adanya berbagai macam kebutuhan, seperti keinginan yang hendak dipenuhinya, tingkah laku, tujuan dan umpan balik. Proses interaksi ini disebut sebagai produk motivasi dasar. Dari definisi diatas, dapat diketahui bahwa motivasi terjadi apabila seseorang mempunyai keinginan dan kemauan untuk melakukan suatu kegiatan atau tidak dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

Motivasi merupakan konsep hipotesis merupakan suatu kegiatan yang dipengaruhi oleh persepsi dan tingkah laku seseorang untuk mengubah situasi yang tidak memuaskan atau tidak menyenangkan. Maslow sebagai tokoh motivasi aliran humanisme mengatakan bahwa kebutuhan manusia secara hierarki semuanya laten dalam diri manusia. Kebutuhan tersebut mencakup kebutuhan fisiologis (sandang pangan), kebutuhan rasa aman (bebas bahaya), kebutuhan kasih sayang, kebutuhan dihargai dan dihormati dan kebutuhan aktualisasi diri. Teori ini lebih dikenal dengan teori kebutuhan dan teori ini dapat diterapkan dalam berbagai aspek kehidupan manusia. Teori ini mempunyai makna serta peranan kognitif dalam kaitannya dengan perilaku seseorang, menjelaskan adanya peristiwa internal yang terbentuk sebagai perantara dari stimulus tugas dan tingkah laku. Seseorang yang mempunyai segalanya, motivasinya rendah; orang

yang berhasil dengan tugas-tugas yang sulit akan memiliki kebanggaan tersendiri baginya. Teori ini mengubah konstruk motivasi yang pokok, yaitu konsepsi tentang dorongan sebagai penyebab kompleks, yang selanjutnya dinamakan atribusi. Pengertian atribusi mengacu pada penyebab kejadian atau hasil menurut persepsi individu.

Cara pengukuran motivasi yang paling tepat adalah dengan metode pengisian kuesioner yang berhubungan dengan dimensi dan indikator kerja.

**Tabel 2.2**

**Dimensi dan Indikator Motivasi**

Dimensi	Indikator
Motivasi Internal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanggung jawab dalam melaksanakan bekerja.</li> <li>- Melaksanakan tugas dengan target yang jelas.</li> <li>- Memiliki tujuan yang jelas dan menantang.</li> <li>- Ada umpan balik dari hasil pekerjaannya.</li> <li>- Memiliki perasaan senang dalam bekerja.</li> <li>- Selalu berusaha untuk melebihi orang lain.</li> <li>- Diutamakan prestasi dari apa yang dikerjakannya.</li> </ul>
Motivasi Eksternal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya peralatan yang lengkap dalam bekerja</li> <li>- Senang memperoleh pujian dari apa yang dikerjakannya.</li> <li>- Bekerja dengan harapan ingin memperoleh insentif.</li> <li>- Bekerja dengan harapan ingin memperoleh perhatian teman dan atasan.</li> </ul>

Sumber: Uno, 2008, Teori Motivasi dan Pengukurannya, Analisis Di bidang Pendidikan, Edisi Keempat, Jakarta, Bumi Aksara

Teori motivasi kesehatan dari Herzberg. Herzberg mengembangkan teori motivasi dua faktor. Teori ini mendalilkan adanya beberapa faktor yang kalau tidak ada, menyebabkan ketidakpuasan dan yang terpisah dari faktor motivasi lain yang membangkitkan upaya dan kinerja sangat istimewa. Hal-hal yang tidak memuaskan ia gambarkan sebagai faktor kesehatan dan hal-hal yang memuaskan digambarkan sebagai motivator. Faktor-faktor kesehatan tidak mendorong minat para pegawai. Akan tetapi jika faktor-faktor ini dianggap tidak dapat memuaskan dalam berbagai hal, umpamanya karena gaji tidak cukup tinggi atau kondisi kerja tidak menyenangkan, faktor-faktor tersebut menjadi sumber ketidakpuasan potensial yang kuat. Motivator sebaliknya merupakan faktor yang mendorong

semangat guna mencapai kinerja yang lebih tinggi dan pekerjaan dengan mutu yang lebih baik.

Suryabrata dalam Djaali (2008) motivasi adalah keadaan yang terdapat dalam diri seseorang yang mendorongnya untuk melakukan aktivitas tertentu guna mencapai suatu tujuan.

Gates dalam Djaali (2008) menyebutkan bahwa motivasi adalah suatu kondisi fisiologis dan psikologis yang terdapat dalam diri seseorang yang mengatur tindakannya dengan cara tertentu.

Greenberg dalam Djaali (2008) mengemukakan bahwa motivasi adalah proses membangkitkan, mengarahkan dan memantapkan perilaku arah suatu tujuan.

Djaali (2008) menyimpulkan bahwa motivasi adalah kondisi fisiologis dan psikologis yang terdapat dalam diri seseorang yang mendorongnya untuk melakukan aktivitas tertentu guna mencapai suatu tujuan (kebutuhan).

Menurut Bernard Berenson dan Gary A. Steiner dalam Ilyas (2002) Mendefinisikan motivasi sebagai suatu kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti: aneka keinginan, harapan, kebutuhan, dorongan dan kesukaan yang mendorong individu untuk berperilaku kerja untuk mencapai kepuasan atau mengurangi ketidak seimbangan.

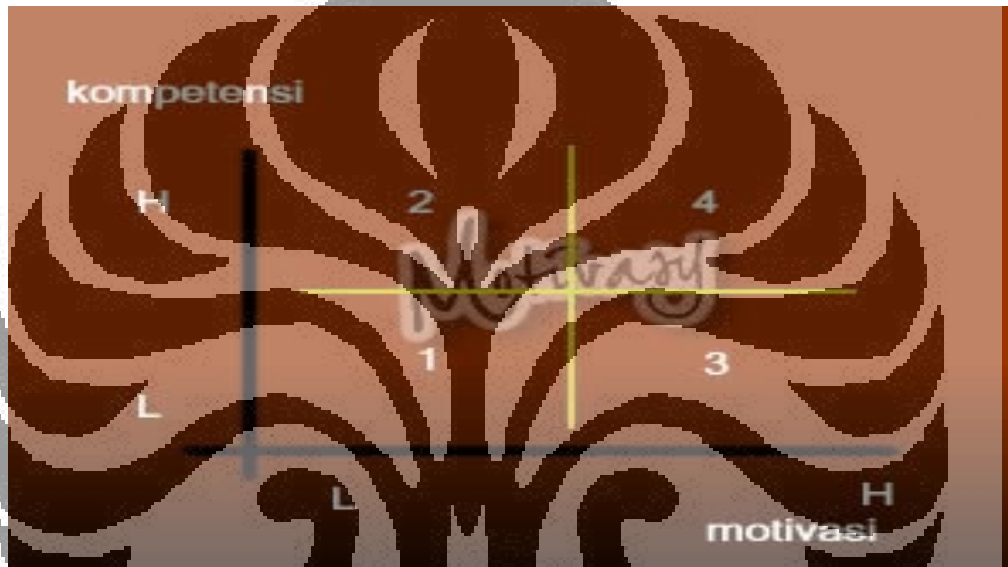
Motivasi adalah sesuatu hal yang berasal dari internal individu yang dapat menimbulkan dorongan atau semangat untuk bekerja keras. Selain itu motivasi merupakan sebuah determinan penting bagi prestasi individu dan bukan satu-satunya determinan, masih ada variabel yang lain yang mempengaruhi antara lain: upaya kerja yang dikerahkan, kemampuan orang yang bersangkutan dan pengalaman (kerja) sebelumnya (Winardi, 2002).

Motivasi adalah konsep yang menguraikan tentang kekuatan-kekuatan yang ada dalam diri karyawan yang memulai dan mengarahkan perilaku (Gibson, 1996). Menurut Robbins (2006) motivasi didefinisikan sebagai kesediaan untuk mengeluarkan tingkat upaya yang tinggi ke arah tujuan organisasi, yang dikondisikan oleh kemampuan upaya itu untuk memenuhi sesuatu kebutuhan individual. Motivasi pada dasarnya merupakan hasil sejumlah proses, yang bersifat internal atau eksternal bagi seseorang individu, yang menyebabkan

timbulnya sikap *entusiasme* dan *persistensi* dalam hal melaksanakan kegiatan-kegiatan tertentu (Winardi, 2002 ).

Dari beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa motivasi bidan adalah, sesuatu yang dapat mendorong, menggerakkan dan membangkitkan semangat kerja bidan untuk meningkatkan kompetensinya dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.

Menurut Haryanto (2007) kompetensi erat kaitannya dengan motivasi dan kompetensi dibagi menjadi 4 kuadran yaitu:



**Gambar 2.5. Kuadran Kompetensi dan Motivasi**

(Sumber: : <http://www.kabarindonesia.com> diakses 15 juni 2009)

1. Kompetensi rendah dan motivasi rendah  
Bersikap sebagai *trainer/coach* dan sebagai *leader* untuk memberikan penjelasan bahkan sampai ke teknis dan bimbingan secara spirit yang diperlukan kerja keras.
2. Kompetensi tinggi, tetapi motivasi rendah  
Bersikap sebagai motivator, di sini penekanan untuk bimbingan secara teknis tidak perlu dilakukan terlalu dalam. Namun penekanan adalah untuk memotivasi dan membangkitkan inisiatif dan kontrol yang cukup tinggi.



### 3. Motivasi tinggi, tetapi kompetensi rendah

Bersikap sebagai tutor dan *controller* dan tidak perlu motivasi diri, semua tugas bisa dikerjakan, selain itu kemauan belajarnya lebih bisa diandalkan.

### 4. Motivasi tinggi dan kompetensi tinggi

Bersikap sebagai delegator dan ditambah sedikit kontrol. Dengan memberikan kepercayaan yang lebih tugas akan diselesaikan secara maksimal.

## 2.5.2.6 Supervisi

### Pengertian supervisi

Supervisi adalah proses yang memacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi tercapai (Ilyas, 2002).

Menurut Siagian (2007) supervisi adalah proses pengamatan dari seluruh kegiatan organisasi guna lebih menjamin bahwa semua pekerjaan yang sedang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya.

Menurut Sahertian (2008) pengertian supervisi adalah suatu usaha untuk menstimulasi, koordinasi dan membimbing secara kontinyu baik secara individual maupun kolektif, agar lebih mengerti dan lebih efektif dalam mewujudkan seluruh fungsi perencanaan sesuai dengan yang diharapkan.

Dari beberapa pendapat di atas peneliti menyimpulkan bahwa supervisi yang berhubungan dengan kompetensi bidan adalah suatu stimulasi, koordinasi dan bimbingan yang dilakukan secara kontinyu untuk lebih menjamin agar semua tindakan atau penanganan proses persalinan yang dilakukan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan atau standar profesi bidan yang telah ditetapkan.

Dari sejumlah penelitian yang dilakukan di Indonesia, ditemukan hubungan yang bermakna antara variabel supervisi dan variabel kontrol dengan kinerja individu. Sebagai contoh penelitian yang dilakukan Ilyas (1998) tentang Determinan Kinerja Dokter PTT (1998) ditemukan hubungan yang bermakna antara supervisi atasan dengan kinerja dokter PTT.

Menurut penelitian Azwar (1996) dalam Guswanti (2008) supervisi adalah pengamatan secara berkala (rutin) oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan.

Berdasarkan teori Gibson (1993) dalam Ilyas (1998) dan penelitian yang dilakukan di Indonesia, model teori yang dikembangkan oleh Gibson perlu ditambahkan variabel supervisi dan variabel kontrol pada kelompok variabel organisasi.

Supervisi dikategorikan bermanfaat jika jumlah kunjungan  $\geq 6$  kali oleh petugas dinas kesehatan dan dirasakan bermanfaat oleh responden (Rosidin, 2001).

**Fungsi utama supervisi:**

- Sebagai inspeksi yaitu supervisi dilakukan bertujuan menemukan permasalahan dengan cara interview, angket, pertemuan dan daftar isian.
- Sebagai peneliti yaitu mencari solusi sesuai dengan permasalahan yang dihadapi dan penelitian ini dilakukan sesuai dengan prosedur ilmiah yaitu mulai dari menentukan masalah, pengumpulan data, analisa data dan mencari jalan keluar dari masalah tersebut.
- Sebagai pelatihan yaitu sebagai salah satu usaha untuk meningkatkan keterampilan dan kemampuan dalam suatu bidang tertentu.
- Sebagai bimbingan yaitu salah satu usaha untuk membangkitkan kemauan dan memberi semangat, mengarahkan dan merangsang untuk melakukan sesuatu.
- Sebagai penilaian yaitu supervisi untuk mengukur tingkat kemajuan yang diinginkan dan yang sudah dicapai.

**Tehnik dan instrumen supervisi:**

- Angket
- Observasi
- Wawancara
- Pengamatan atau observasi
- Kajian dokumen
- Tes
- Diskusi terfokus
- Seminar dan lokakarya.

Sasaran supervisi yang baik harus dapat menjawab pertanyaan dengan jelas tentang:

1. Apa yang akan dikerjakan.
2. Dimana berbagai kegiatan dilaksanakan
3. Kapan kegiatan tersebut akan dilakukan
4. Tata kerja dan mekanisme kerja yang bagaimana yang dilakukan.
5. Siapa mengerjakan apa.
6. Apa alasan melakukan kelima kegiatan diatas.

#### **Jenis-jenis supervisi:**

1. Supervisi manajerial adalah pemantauan dan pembinaan administrasi.
2. Supervisi akademik adalah serangkaian kegiatan untuk membantu bidan mengembangkan kemampuannya mencapai tujuan (profesionalisme).
3. Supervisi klinik adalah bentuk supervisi yang difokuskan pada peningkatan kerja dengan melalui siklus yang sistematis, dalam perencanaan, pengamatan, analisis yang intensif dan cermat dengan tujuan mengadakan perubahan dengan cara yang rasional.

#### **Prinsip-prinsip supervisi menurut Purwanto (dalam Arikunto, 2004)**

1. Supervisi bersifat memberikan dorongan dan motivasi untuk bekerja lebih giat dan mencapai hasil yang lebih baik.
2. Supervisi hendaknya didasarkan pada keadaan kenyataan yang sebenarnya sehingga kegiatan supervisi terlaksana dengan realistis dan mudah dilaksanakan.
3. Kegiatan supervisi hendaknya dilaksanakan dengan sederhana, tidak terlalu kaku dan muluk tetapi sewajarnya.
4. Memberikan rasa aman pada pihak-pihak yang disupervisi, bukan menimbulkan rasa tercekam, takut, was-was dan sebagainya sebagaimana perasaan yang tidak menentu.
5. Dalam pelaksanaan supervisi hendaknya terjalin hubungan yang profesional antara pihak yang mensupervisi dengan pihak yang disupervisi, bukan didasarkan atas hubungan pribadi.
6. Supervisi hendaknya didasarkan pada kemampuan, kesanggupan dan tidak menimbulkan stress pada pihak yang disupervisi.

7. Supervisi tidak dilakukan dalam suasana yang mendesak sehingga berdampak pada sikap antipati yang disupervisi.
8. Supervisi bukanlah inspeksi jadi tidaklah tepat jika supervisor mencari-cari kesalahan pihak yang sedang disupervisi.
9. Supervisi adalah sebuah kegiatan yang hasilnya memerlukan proses yang kadang-kadang tidak sederhana, sehingga hasilnya tidak bisa terlalu cepat.
10. Supervisi hendaknya bersifat preventif, korektif dan kooperatif. Preventif berusaha untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan serta mencari antisipasinya. Korektif artinya memperbaiki kesalahan-kesalahan yang telah diperbuat untuk memperoleh sesuatu yang tidak mengulang kesalahan yang telah diperbuat. Kooperatif artinya berusaha melakukan dan mengatasi secara bersama-sama ketika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

Menurut Ilyas (1999) proses supervisi adalah: mengarahkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, mempercayai dan evaluasi yang dilakukan secara terus menerus pada setiap personil pelaksana, dengan sabar, adil dan bijaksana sehingga setiap pelaksana dapat memberikan pelayanan kebidanan yang baik, penuh rasa aman, dilakukan dengan terampil cepat dan menyeluruh sesuai dengan kemampuan.

#### **Model-model Supervisi:**

##### **1. Model Konvensional**

1. Berpusat pada kegiatan inspeksi untuk mencari kesalahan dan menemukan kesalahan.
2. Disebut *snooperions* atau supervisi korektif untuk mengoreksi kesalahan orang lain, tetapi lebih sulit untuk melihat hubungan hal-hal yang baik.
3. Pekerja supervisor hanya mencari kesalahan.
4. Praktik model supervisi ini masih banyak terjadi terutama di instansi pemerintah.

##### **2. Model Ilmiah**

1. Dilaksanakan dengan terencana dan terus menerus.
2. Sistematis dan menggunakan prosedur serta tehnik tertentu.
3. Ada data yang diperoleh dari keadaan yang nyata.
4. Menggunakan *rating scale*, cek lis, pedoman wawancara dan sebagainya.

5. Ada upaya perbaikan dan umpan balik hasil.
6. Berkaitan erat dengan penelitian.

### 3. Model Klinis

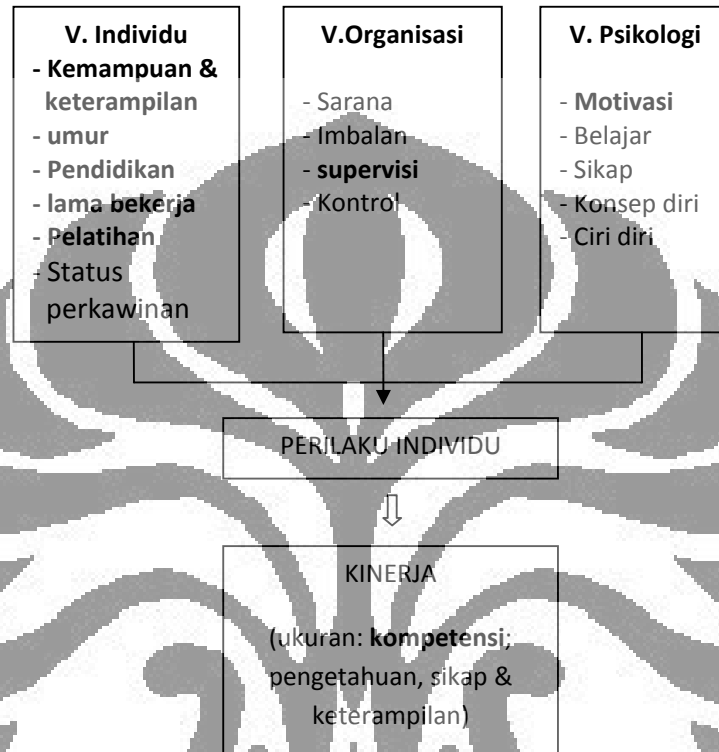
Adalah bentuk supervisi yang difokuskan pada kegiatan klinis melalui siklus yang sistematis dalam perencanaan, pengamatan, serta analisis yang sensitif dan cermat tentang penampilan dalam memberikan pelayanan kebidanan serta mengadakan perubahan yang rasional. Proses membantu untuk mengatasi kesenjangan antara tingkah laku dalam memberikan pelayanan dengan standar pelayanan kebidanan yang telah disepakati bersama. Supervisi bertujuan untuk mengembangkan *profesionalisme staff* pelaksana pelayanan kebidanan. Bantuan yang diberikan untuk meningkatkan keterampilan dalam menangani perdarahan *postpartum*.

### 4. Model Artistik

Supervisi adalah suatu ilmu pengetahuan, keterampilan dan seni, supervisi menyangkut untuk bekerja dengan orang lain, untuk orang lain dan melalui orang lain. Supervisi dalam model ini menampilkan diri dalam relasi dengan staf dan pelaksana yang membimbing dengan baik sehingga merasa diterima, rasa aman dan dorongan yang positif untuk memperbaiki dan meningkatkan keterampilan. Dalam supervisi artistik terdapat sikap mau belajar, mau mendengarkan perasaan orang lain dengan masalah-masalah yang dikemukakannya, menerima orang lain sebagaimana adanya, sehingga orang lain dapat menjadi dirinya sendiri.

Pada penelitian ini supervisi bidan merupakan Bimbingan teknis terhadap bidan yang dilakukan secara berkala untuk mengetahui sejauh mana kualitas penanggulangan perdarahan *postpartum*.

Berdasarkan tinjauan pustaka diatas maka secara skematis kerangka teori penelitian hubungan motivasi dan supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah kota administratif Jakarta Selatan sebagai berikut:



Gambar 2.6  
Kerangka Teori

**BAB 3**  
**KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL**  
**DAN HIPOTESIS**

**3.1. Kerangka Konsep**

Secara konseptual kerangka konsep penelitian ini dibangun berdasarkan teori dari Spenser dan Spenser (1994) dan teori Gibson (1998). Berdasarkan teori Spenser dan Spenser dan teori Gibson tersebut ada beberapa komponen yang mempengaruhi kompetensi bidan, tetapi tidak semua komponen yang berpengaruh yang diteliti karena seperti komponen ciri diri, konsep diri dan sifat bawaan sulit untuk diukur. Demikian juga dengan karakter individu dari teori Gibson seperti pada variabel individu (latar belakang keluarga, etnis, tingkat sosial), variabel psikologis (persepsi, kepribadian, persepsi) dan variabel organisasi (sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur) banyak yang tidak diteliti karena keterbatasan waktu dan biaya disamping variabel tersebut sulit diukur, dan dari hasil penelitian yang telah dilakukan di luar Jakarta oleh peneliti terdahulu tentang kompetensi bidan maka variabel yang paling berpengaruh terhadap kompetensi bidan adalah variabel motivasi dan supervisi, sehingga khusus variabel motivasi dan supervisi peneliti kaji lebih mendalam, tetapi variabel umur, pendidikan, masa kerja dan pelatihan masih tetap diteliti karena untuk mengetahui pengaruh yang murni (mengontrol) variabel motivasi dan supervisi. Pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui hubungan antara motivasi dan supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*, pada uji keterampilan karena penyebab kematian ibu di Jakarta Selatan 91% akibat atoni uteri maka yang diujikan pada peragaan hanya dibatasi peragaan kompresi bimanual internal (KBI) dan kompresi bimanual eksternal (KBE) saja dengan model panggul dan uterus, hal ini disebabkan karena keterbatasan waktu dan biaya. Adapun kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:

## Variabel bebas

## Variabel terikat



**Gambar 3.1**  
**Kerangka Konsep**

## 3.2 DEFINISI OPERASIONAL

### 3.2.1 Variabel Kompetensi Bidan

#### Definisi operasional:

Kompetensi adalah hasil penilaian terhadap cerminan realistik yang dimiliki bidan meliputi aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.

#### Cara ukur:

Komposit dari pengisian sendiri kuesioner oleh responden dan hasil penilaian dengan wawancara interaktif dan peragaan dengan model panggul, khusus peragaan, yang diujikan hanya peragaan KBI dan KBE saja.

#### Alat ukur:

Kuesioner pengetahuan, kuesioner sikap dan panduan wawancara interaktif untuk uji keterampilan manajemen perdarahan *postpartum*.



**Hasil ukur:**

0 = Kompeten jika pertanyaan pengetahuan  $\geq 80\%$  dijawab dengan benar, sikap  $\geq 80\%$  pernyataan dijawab sangat setuju, dan uji keterampilan  $\geq 90\%$  dijawab dan dipraktikkan sesuai dengan standar manajemen perdarahan *postpartum*.

1 = Bukan salah satu di atas (Depkes, RI 2007c).

**Skala pengukuran:** ordinal.

### 3.2.2 Variabel Pengetahuan Bidan

**Definisi:**

Informasi yang dimiliki oleh bidan untuk menanggulangi perdarahan *postpartum*.

**Cara ukur:**

Pengisian sendiri oleh responden dengan menjawab 20 pertanyaan, jawaban yang benar diberi skor 1 dan jawaban yang salah diberi skor 0, jumlah skor tertinggi 20. (Depkes RI, 2007c)

**Alat ukur:**

Kuesioner pada pertanyaan no. 64-78

**Hasil ukur:**

0 = Baik jika skor pertanyaan pengetahuan dijawab dengan benar  $\geq 80\%$

1 = Kurang baik jika skor pertanyaan pengetahuan dijawab dengan benar  $< 80\%$

**Skala ukur:** ordinal

### 3.2.3 Variabel Sikap Bidan

**Definisi operasional:**

Sikap bidan adalah kesiapan bidan dalam melakukan penanggulangan perdarahan *postpartum*.

**Cara ukur:** Pengisian sendiri oleh responden melalui 10 pertanyaan, tiap pernyataan *range* skor 1-4, skor tertinggi 40. Kategori baik dengan acuan  $\geq 80\%$  pertanyaan dijawab dengan skor 4 (sangat setuju).

**Alat ukur:**

Kuesioner pada pertanyaan no 79-88

**Hasil ukur:**

0 = Baik jika skor pernyataan dijawab sangat setuju  $\geq 80\%$

1 = Kurang baik jika skor pernyataan dijawab sangat setuju <80%

**Skala ukur:** ordinal

### 3.2.4 Variabel Keterampilan Bidan

**Definisi operasional:**

Kemahiran bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.

**Cara ukur:**

Responden diajak wawancara interaktif tentang kasus perdarahan *postpartum* yang terjadi, mengenai manajemen kala tiga dan manajemen perdarahan *postpartum* serta peragaan KBI, KBE dengan model panggul dan uterus.

**Alat ukur:**

Manajemen kala tiga, manajemen toni uteri.

**Hasil ukur:**

0 = Terampil jika jumlah skor  $\geq 90\%$  jawaban benar dan peragaan sesuai dengan standar manajemen.

1 = Kurang terampil jika jumlah skor penilaian <90% jawaban benar dan peragaan sesuai dengan standar manajemen.

**Skala ukur:** ordinal

### 3.2.5 Variabel Umur Bidan

**Definisi operasional:**

Umur adalah lamanya hidup sampai saat sebelum dilakukan pengisian kuesioner yang dihitung dalam tahun.

**Cara ukur:**

Pengisian sendiri oleh responden umur saat ini dalam tahun.

**Alat ukur:** Kuesioner pada pertanyaan no. 4

**Hasil ukur:**

0 = Baik jika umur  $\geq 44$  tahun

1 = Kurang baik jika umur <44 tahun

**Skala ukur:** ordinal

### 3.2.6 Variabel Pendidikan Bidan

**Definisi operasional:**

Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal tertinggi yang dicapai responden melalui sistem pendidikan formal.

**Cara ukur:**

Pengisian sendiri oleh responden jawaban yang tersedia pada kuesioner.

**Alat ukur:** Kuesioner pada pertanyaan no. 7

**Hasil ukur:**

0 =  $\geq$ D3 Kebidanan

1 =  $<$ D3 Kebidanan

**Skala ukur:** ordinal

### 3.2.7 Variabel Masa Kerja Bidan

**Definisi operasional:**

Masa kerja adalah lama waktu bekerja dihitung dalam tahun, dihitung berdasarkan mulai berpraktik sebagai bidan sampai dengan sekarang.

**Cara ukur:**

Pengisian sendiri oleh responden jawaban yang tersedia pada kuesioner.

**Alat ukur:** Kuesioner pada pertanyaan no.8

**Hasil ukur:**

0 = Baik jika masa kerja  $\geq$ 20 tahun

1 = Kurang baik masa kerja  $<$ 20 tahun

**Skala ukur:** ordinal

### 3.2.8 Variabel Pelatihan Bidan

**Definisi operasional:**

Pelatihan adalah pernah tidaknya mengikuti pelatihan obstetri yang berhubungan dengan perdarahan *postpartum* atau pelatihan PONEK/PONEK.

**Cara ukur:**

Pengisian sendiri oleh responden jawaban yang tersedia pada kuesioner.

**Alat ukur:** Kuesioner pada pertanyaan no. 9-10

**Hasil ukur:**

0 = Baik jika pernah pelatihan

1 = Kurang baik tidak pernah pelatihan

**Skala ukur:** ordinal

### 3.2.9 Variabel Motivasi Bidan

**Definisi operasional:**

Motivasi bidan adalah sesuatu yang dapat mendorong, menggerakkan dan membangkitkan semangat kerja bidan untuk meningkatkan kompetensinya dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.

**Cara ukur:**

Cara ukur motivasi adalah responden mengisi atau memilih salah satu jawaban dari empat jawaban yang tersedia pada kuesioner yang berhubungan dengan dimensi dan indikator motivasi dengan menggunakan skala likert dengan skor tertinggi 80.

**Alat ukur:** kuesioner dengan skala likert pada pertanyaan no. 11-30

**Hasil ukur:**

0 = Baik, jika skor  $\geq 80\%$  menjawab pernyataan dengan skor 4

1 = Kurang baik, jika skor  $< 80\%$  menjawab pernyataan dengan skor 4

**Skala pengukuran:** ordinal

### 3.2.10 Variabel Supervisi Bidan

**Definisi operasional:**

Supervisi bidan adalah bimbingan teknis terhadap bidan yang dilakukan secara berkala untuk mengetahui sejauh mana kualitas penanggulangan perdarahan *postpartum*.

**Cara ukur:**

Cara ukur variabel supervisi adalah responden memilih dan mengisi sendiri jawaban yang tersedia pada kuesioner kemudian dari masing-masing pertanyaan diberi skor dan dijumlah.

**Alat ukur:** kuesioner pada pertanyaan no. 31-63

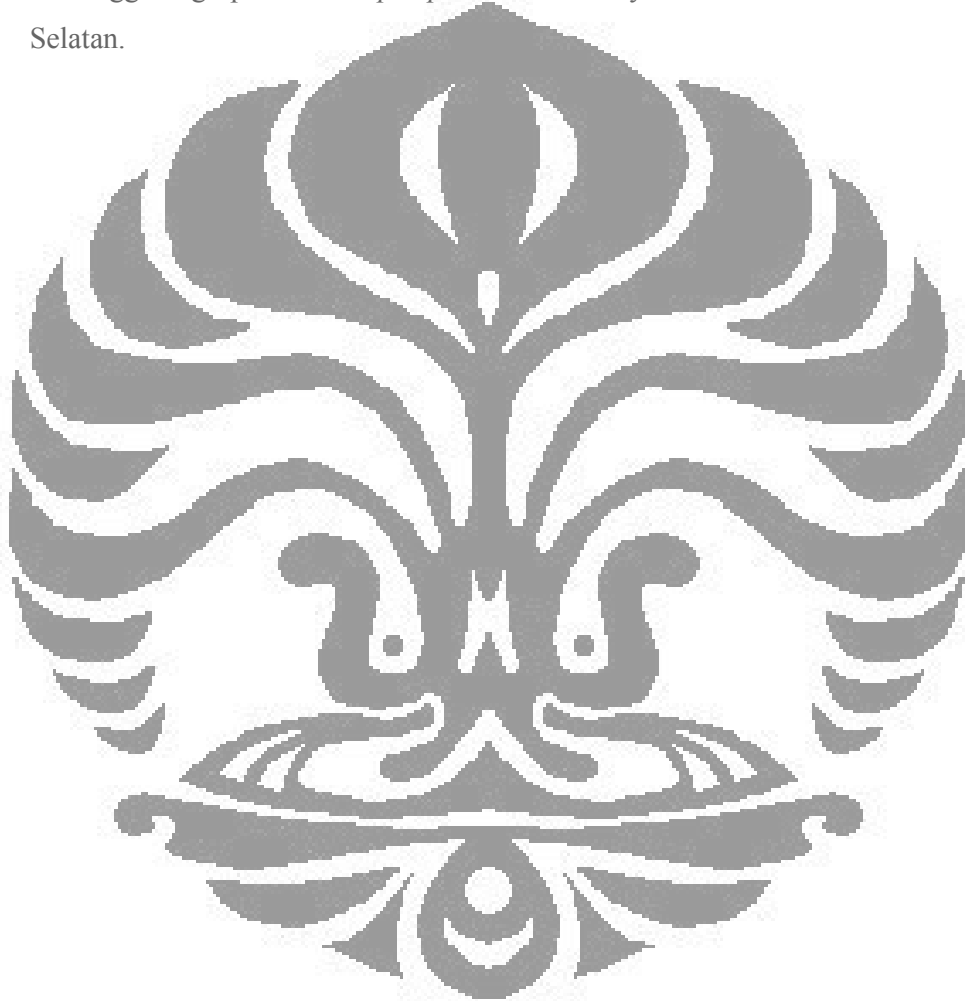
**Hasil ukur:** 0 = Baik jika  $\geq$ rata-rata

1 = Kurang baik jika  $<$ rata-rata

**Skala pengukuran:** ordinal

### 3.3 HIPOTESIS

Ada hubungan antara motivasi dan supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan.



## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan menggunakan desain studi potong lintang yaitu penelitian yang menggunakan model pendekatan *point time* dengan melakukan observasi sekaligus pada saat yang sama, yang berarti tiap subjek hanya diobservasi satu kali saja dan diukur menurut keadaan atau status waktu observasi untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara motivasi dan supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.

#### 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan. Adapun pelaksanaan penelitian ini dilaksanakan bulan Juli sampai bulan Agustus tahun 2009.

#### 4.3 Populasi dan Sampel

##### 4.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh bidan yang bertugas di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan yang melakukan praktek kebidanan (menolong persalinan di Wilayah Jakarta Selatan). Jumlah bidan yang melakukan praktek sebanyak 221 orang.

##### 4.3.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah bidan yang berpraktik dan melakukan pertolongan persalinan yang berada di Wilayah Jakarta Selatan. Sampel dipilih dengan tehnik *Probability sampling (random sample)*, dengan cara *random numbers*.

Besarnya sampel pada penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus untuk penelitian *cross sectional* untuk populasi terbatas (Lemeshow, 1997) yaitu:

$$n = \frac{Z^2 1-\alpha/2P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z^2 1-\alpha/2P(1-P)}$$

Keterangan:

n = Besar sampel minimal yang dibutuhkan

Z = Nilai baku distribusi normal pada  $\alpha$  tertentu (dalam hal ini diambil

derajat kemaknaan 5%)

P = Proporsi kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* (0,5)

N = Jumlah bidan yang menjadi populasi (221 bidan)

d = derajat akurasi (presisi) yang diinginkan = 10%

Hasil perhitungan dengan menggunakan rumus tersebut di atas diperoleh besar sampel minimum yang dibutuhkan sebesar 66 orang bidan.

Untuk mengantisipasi terjadinya kesalahan pengisian kuesioner dan kemungkinan adanya responden yang tidak hadir pada saat diundang, yang bisa mengakibatkan jumlah sampel minimal tidak terpenuhi maka, besar sampel ditambah 10% dari sampel minimal, maka yang dibutuhkan adalah 73 responden.

#### 4.4 Pengukuran dan Pengamatan Variabel Penelitian

Pengukuran dan pengamatan variabel penelitian dilakukan dengan cara menggunakan kuesioner dan wawancara interaktif dengan studi kasus. Kuesioner digunakan untuk mengukur variabel dependen yaitu tentang kompetensi. Variabel *independen* adalah motivasi, supervisi, umur, masa kerja, pendidikan, pelatihan juga menggunakan kuesioner. Selanjutnya kuesioner sebelum digunakan dilakukan uji validitas untuk mengetahui sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Juga dilakukan uji reliabilitas untuk mengukur sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2008).

#### 4.4 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara:

- a. Melakukan pengumpulan informasi dengan menggunakan kuesioner terhadap bidan, mengenai ada tidaknya hubungan antara motivasi dan supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah kota administratif Jakarta Selatan.
- b. Melakukan penilaian uji keterampilan responden oleh peneliti dan dibantu oleh 2 orang bidan tim penguji keterampilan dari IBI cabang Jakarta Selatan, materi yang diujikan sesuai dengan skenario yang disusun peneliti dengan mengacu pada instrumen/daftar tilik yang terdapat pada buku Pelatihan penanganan kegawatadaruratan obstetri dan neonatal emergensi dasar (Depkes RI, 2007e) dan buku asuhan persalinan normal hasil revisi tahun 2008. Khusus peragaan dibatasi hanya peragaan KBI dan KBE saja dengan model panggul dan model uterus, karena semua kasus perdarahan yang terjadi adalah akibat atoni uteri. Pengumpulan data dilakukan di Jakarta Selatan, selama 4 hari berturut-turut sebanyak 18-19 orang responden perhari.

#### 4.6 Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah melalui beberapa tahapan yaitu:

##### 1. *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada kuesioner sudah:

- a. Lengkap: semua pertanyaan sudah terisi jawabannya
- b. Jelas: jawaban yang tertulis apakah tulisannya cukup jelas terbaca
- c. Relevan: jawaban yang tertulis apakah relevan
- d. Konsisten: apakah antara beberapa pertanyaan yang berkaitan isi jawabannya konsisten.

##### 2. *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Kegunaan dari *coding* adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry* data.



### 3. *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke paket program komputer.

### 4. *Cleaning*

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat kita meng-*entry* ke komputer.

#### 4.7 Analisis Data

Setelah data dikumpulkan lalu diolah melalui beberapa tahap yaitu pengecekan isian formulir atau kuesioner, kemudian diberi kode untuk mempermudah pada saat analisis data dan mempercepat pada saat *entry* data. Selanjutnya data diproses agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis dan pada akhirnya dilakukan pengecekan kembali ada tidaknya kesalahan data. Setelah itu dilakukan analisis data secara univariat, bivariat dan multivariat.

##### 4.7.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan/mendeskripsikan masing-masing variabel yang diteliti yaitu kompetensi bidan sebagai variabel *dependen* dan motivasi, supervisi sebagai variabel *independen*. Serta karakteristik individu sebagai kontrol.

##### 4.7.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat data dilakukan untuk melihat apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel yaitu variabel *independen* dengan variabel *dependen*. Uji yang digunakan adalah uji *chi-square* karena variabel *independen* (kategorik) yaitu motivasi dan supervisi. Variabel *dependen* (kategorik) yaitu kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Tujuannya untuk menguji perbedaan proporsi dua atau lebih kelompok sampel. Kemudian hasil uji

berupa *p value* dan akan dibandingkan dengan nilai alpha (0,05) untuk menentukan ada hubungan yang bermakna atau tidak.

Rumus uji *Chi-Square*

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

#### 4.7.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan teknik analisis perluasan/pengembangan dari analisis *bivariat*. Analisis ini bertujuan untuk melihat/mempelajari hubungan beberapa variabel *independen* dengan satu atau beberapa variabel dependen. Selain itu analisis ini digunakan untuk mengetahui: (1) Variabel *independen* mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel *dependen*, (2) Bentuk hubungan beberapa variabel *independen* dengan variabel *dependen*, apakah berhubungan langsung atau tidak langsung. Karena variabel *dependennya* katagorik, maka uji yang digunakan dalam analisis ini adalah analisis regresi logistik dengan rumus:

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-Z}}$$

$f(Z)$  merupakan probabilitas kompetensi bidang berdasarkan variabel *independen*, sedangkan nilai  $Z$  merupakan nilai indeks variabel *independen*. Nilai  $Z$  bervariasi antara  $-\infty$  sampai  $+\infty$ , bila nilai  $Z$  mendekati  $-\infty$  maka  $f(Z) = 0$  dan nilai  $Z$  mendekati  $+\infty$  maka  $f(Z) = 1$ . Agar diperoleh model regresi yang sederhana dan mampu menjelaskan variabel *independen* dan *dependen* dilakukan prosedur pemilihan variabel yaitu melakukan analisis *bivariat* antara masing-masing variabel *independen* dengan variabel *dependennya*. Bila hasil uji *bivariat* mempunyai nilai  $p < 0,25$  maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat, namun sebaliknya jika  $p > 0,25$  tidak dapat diteruskan untuk dianalisis multivariat. Namun bisa tetap ikut dimasukkan bila variabel tersebut secara substansi dianggap penting.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Gambaran Umum Kota Administratif Jakarta Selatan

Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan merupakan salah satu dari lima wilayah yang ada di daerah khusus ibukota Jakarta, secara geografis wilayah Jakarta Selatan terletak di 06°15'40,8" Lintang Selatan dan 106°45'0,00" Bujur Timur. Luas Wilayah 145,73 km<sup>2</sup>. Terletak dengan ketinggian 26,2 meter di atas permukaan laut. Batas Wilayah: sebelah Utara berbatasan dengan Banjir Kanal, jalan Jenderal Sudirman, Kecamatan Tanah Abang Jakarta Pusat, jalan Kebayoran Lama dan Kebon Jeruk (Kota Administratif Jakarta Barat), sebelah selatan berbatasan dengan Kota Administratif Depok, sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Ciputat dan Cileduk (Kabupaten Tangerang, Provinsi Jawa Barat) dan sebelah timur berbatasan dengan Kali Ciliwung (Kota Administratif Jakarta Timur). Kota Administratif Jakarta Selatan terdiri dari 10 Kecamatan yaitu Kecamatan Setiabudi, Kecamatan Kebayoran Lama, Kecamatan Kebayoran Baru, Kecamatan Tebet, Kecamatan Cilandak, Kecamatan Mampang Prapatan, Kecamatan Pancoran, Kecamatan Pasar Minggu, Kecamatan Pesanggerahan dan Kecamatan Jagakarsa, terdiri dari 65 Kelurahan, 575 RW, 6.126 RT. Jumlah penduduk Jakarta Selatan berdasarkan hasil rekapitulasi pada bulan Desember 2008 tercatat 1.747.778 jiwa. Fasilitas pelayanan kesehatan di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan terdiri dari 66 rumah sakit, 10 Puskesmas Kecamatan, 68 Puskesmas Kelurahan, 118 poliklinik, 290 apotek dan 94 toko obat.

#### 5.2 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan terhadap 69 bidan yang menjadi sampel dari 221 bidan yang berpraktik menolong persalinan di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan, pengambilan sampel dilakukan secara random dengan metode *random numbers*, semula bidan yang akan dijadikan sampel pada penelitian ini sebanyak 73 bidan, karena dari 73 bidan yang diundang 4 bidan dikeluarkan dari penelitian karena sudah tidak praktik menolong persalinan. Penelitian ini dilaksanakan pada

bulan Juli-Agustus 2009. Selanjutnya pada penelitian ini data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan wawancara interaktif pada uji keterampilan, dalam mengumpulkan data peneliti dibantu oleh 2 orang bidan selaku tim penguji keterampilan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Data dikumpulkan berdasarkan variabel yang diduga berhubungan dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*, variabel psikologis yaitu motivasi, variabel organisasi yaitu supervisi dan karakteristik individu yaitu: umur, masa kerja, pendidikan, pelatihan, dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Data yang dikumpulkan merupakan data primer yang diperoleh melalui kuesioner dan wawancara interaktif untuk uji keterampilan serta peragaan KBI dan KBE dengan model panggul dan uterus.

### 5.3 Gambaran Kompetensi Bidan

Penelitian ini, untuk analisis univariat disajikan dalam bentuk distribusi responden dari tiap variabel, yaitu variabel kompetensi bidan, umur, masa kerja, pendidikan, pelatihan, motivasi dan supervisi.

#### 5.3.1 Kompetensi Bidan

##### a. Pengetahuan tentang Perdarahan *Postpartum*

Gambaran pengetahuan responden tentang komponen-komponen perdarahan *postpartum* dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

**Tabel 5.1**  
**Gambaran Pengetahuan Responden Tentang Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Komponen pengetahuan tentang perdarahan <i>postpartum</i>	Pengetahuan			
	Tahu		Tidak Tahu	
	f	%	f	%
Pengertian perdarahan <i>postpartum</i>	66	95,7	3	4,3
Penyebab perdarahan <i>postpartum</i>	55	79,7	14	20,3
Tanda perdarahan <i>postpartum</i>	29	42	40	58
Manajemen aktif kala tiga dilakukan pada semua ibu bersalin.	69	100	0	0

**Tabel 5.1 (lanjutan)**  
**Gambaran Pengetahuan Responden Tentang Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Komponen pengetahuan tentang perdarahan <i>postpartum</i>	Pengetahuan			
	Tahu		Tidak Tahu	
	f	%	f	%
Yang dilakukan bila uterus gagal berkontraksi setelah masase fundus pada atoni uteri	27	39,1	42	60,9
Tindakan bila plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah rangsangan oksitosin	48	69,6	21	30,4
Cara kompresi bimanual internal uterus	38	55,1	31	44,9
Perdarahan <i>postpartum</i> dengan dilatasi serviks	52	75,4	17	24,6
Perdarahan hebat setelah plasenta manual	55	79,7	14	20,3
Titik tekanan kompresi aorta abdominal	41	59,4	28	40,6
Istilah plasenta tidak mudah lepas setelah plasenta manual	51	73,9	18	26,1
Guna tekanan pada fundus uteri dengan robekan serviks	59	85,5	10	14,5
Tempat anestesi lokal pada penjahitan robekan vagina dan perineum	42	60,9	27	39,1
Curiga robekan serviks, vagina atau perineum	55	79,7	14	20,3
Tanda inversio uteri pascapersalinan	62	89,9	7	10,1

Tabel di atas menggambarkan pengetahuan responden tentang komponen perdarahan *postpartum* didapat bahwa sebanyak 20,3% responden tidak tahu penyebab perdarahan *postpartum* segera. Didapat sebanyak 58% responden tidak mengetahui perdarahan *postpartum* lanjut. Untuk tindakan yang dilakukan bila uterus gagal berkontraksi setelah masase fundus 60,9% responden tidak tahu. Masih ada 30,4% responden tidak mengetahui tindakan apa yang dilakukan jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit rangsangan oksitosin dan uterus berkontraksi baik. Didapat 44,9% responden tidak mengetahui kompresi bimanual uterus. Masih terdapat 24,6% responden tidak tahu tindakan yang dilakukan jika terjadi

perdarahan *postpartum* lanjut jika terdapat dilatasi serviks. Diperoleh hasil 40,6% responden tidak mengetahui tempat titik tekanan pada kompresi aorta abdominal. 26,1% responden tidak mengetahui istilah plasenta tidak lepas setelah plasenta manual. Sebanyak 14,5% responden tidak mengetahui tujuan penekanan fundus uteri jika terjadi robekan serviks. Sebanyak terdapat 39,1% responden tidak mengetahui tempat anestesi lokal jika akan melakukan penjahitan pada robekan vagina dan perineum. Masih 20,3% responden tidak mengetahui tanda terjadi robekan serviks, vagina atau perineum.

Dari hasil analisis didapatkan rata-rata pengetahuan responden adalah 73,3% (95% CI: 68,9-75,9), dengan standar deviasi 12,82. Pengetahuan terendah 39,1% dan pengetahuan tertinggi 100%. Untuk analisis lebih lanjut pengetahuan responden dikategorikan menjadi 2 kelompok dengan menggunakan titik potong 80% (Depkes RI, 2007c). Responden dianggap mempunyai pengetahuan baik apabila jumlah skor pengetahuan  $\geq 80\%$  dan responden dianggap mempunyai pengetahuan kurang baik bila skor  $< 80\%$ . Hasil pengkategorian dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.1a**  
**Distribusi Responden Menurut Pengetahuan**  
**Tentang Perdarahan *postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Pengetahuan Bidan	frekuensi	Persentase
Baik	31	44,9
Kurang baik	38	55,1
Total	69	100

**b. Sikap Responden dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***

Gambaran sikap responden dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

**Tabel 5.2**  
**Gambaran Sikap Responden dalam Menanggulangi Perdarahan *postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Komponen sikap dalam menanggulangi perdarahan <i>postpartum</i>	Sikap			
	Baik		Kurang baik	
	f	%	f	%
Persiapan setelah kala tiga persalinan	54	78,3	15	21,7
Kapan melakukan manajemen aktif kala tiga	52	75,4	17	24,6
Melakukan plasenta manual	50	72,5	19	27,5
Tanda atoni uteri	53	76,8	16	23,2
Menggunakan sarung tangan panjang steril saat melakukan kompresi bimanual internal	45	65,2	24	34,8
Melakukan manajemen atoni uteri	47	68,1	22	31,9
Memberitahu keluarga klien secepatnya bila terjadi perdarahan <i>postpartum</i> (PP)	45	65,2	24	34,8
Menyiapkan peralatan PP setiap menolong persalinan	47	68,1	22	31,9
Setiap menolong proses persalinan waspada terhadap PP	56	81,2	13	18,8
Segera merujuk ke rumah sakit bila penanganan PP sesuai standar tidak berhasil	56	81,2	13	18,8

Pada tabel di atas terlihat bahwa sikap responden dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* menunjukkan 21,7% responden mempunyai sikap kurang baik dalam menjawab pertanyaan kapan melaksanakan kala tiga. Sebanyak 27,5% responden mempunyai sikap kurang baik dalam melakukan plasenta manual. Masih 24,6% responden mempunyai sikap kurang baik dalam melakukan menanggulangi aktif kala tiga. Didapat 23,2% responden mempunyai sikap kurang baik kapan mendiagnosa atoni uteri. Sebanyak 34,8% responden mempunyai sikap kurang baik dalam menggunakan sarung tangan panjang yang steril (DTT) saat melakukan KBI. Sebanyak 34,8% responden mempunyai sikap kurang baik dalam memberitahu keluarga secepatnya bila terjadi perdarahan

*postpartum*. Masih 31,9% responden mempunyai sikap kurang baik untuk menyiapkan peralatan atoni uteri. Diperoleh hasil 18,8% responden yang mempunyai sikap kurang baik dalam waspada terhadap perdarahan *postpartum*. Didapat 18,8% responden mempunyai sikap kurang baik untuk segera merujuk bila penanganan perdarahan *postpartum* tidak dapat diatasi.

Dari hasil analisa didapatkan rata-rata sikap responden adalah 37,38% (95% CI: 36,48-38,27), Berdasarkan uji normalitas Skewness diperoleh nilai 0,64 berarti distribusi data variabel sikap berdistribusi normal. Untuk analisis berikut sikap responden dikategorikan menjadi 2 kelompok dengan menggunakan titik potong 80% karena dari hasil uji reliabilitas dan validitas responden rata-rata menjawab dengan sangat setuju 80%. Responden mempunyai sikap baik apabila memiliki jumlah skor sikap  $\geq 80\%$  responden menjawab pernyataan sikap sangat setuju dan mempunyai sikap kurang baik bila jumlah skor  $< 80\%$  responden menjawab pernyataan sikap sangat setuju. Hasil pengkategorian dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 5.2a**  
**Distribusi Responden Menurut Sikap**  
**dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Sikap Bidan	Frekuensi	Persentase
Baik	59	85,5
Kurang baik	10	14,5
Total	69	100

Tabel di atas menggambarkan sikap responden yang kurang baik (14,5%) lebih kecil dari sikap responden yang baik (85,5%).

### **c. Keterampilan Dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***

Gambaran keterampilan responden dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:



**Tabel 5.3**  
**Gambaran Keterampilan Responden**  
**dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Komponen keterampilan dalam menanggulangi perdarahan <i>postpartum</i>	Keterampilan			
	Terampil		Kurang Terampil	
	f	%	f	%
Menyiapkan diri kapan melakukan MAKT	51	73,9	18	26,1
Menjelaskan Langkah-langkah MAKT	21	30,4	48	69,6
Menilai Jenis penyebab Perdarahan <i>Postpartum</i>	63	91,3	6	8,7
Cara Menentukan Perdarahan <i>Postpartum</i>	69	100	0	0
Menilai Atoni Uteri	69	100	0	0
Menjelaskan Langkah-langkah MAU	17	24,6	52	75,4
Memperagakan Kompresi Bimanual Internal	68	98,6	1	1,4
Memperagakan Kompresi Bimanual Enternal	69	100	0	0

Dari hasil analisis di atas terlihat bahwa sebagian besar responden (73,9%) ketika diwawancara mengenai langkah-langkah apa yang dilakukan pada ibu bersalin setelah anak lahir dapat menjelaskan dengan benar dan 26,1% responden menjelaskan salah. Untuk pertanyaan langkah-langkah manajemen aktif kala tiga hanya 30,4% responden yang menjelaskan dengan langkah-langkah yang benar dan 69,6% responden menjelaskan salah. Untuk pertanyaan menilai jenis-jenis penyebab perdarahan *postpartum* 91,3% menjawab dengan benar dan 8,7% responden yang menjawab salah. Semua responden menjawab dan menilai dengan benar cara menentukan perdarahan *postpartum*, menilai atoni uteri dan melakukan kompresi bimanual eksterna. Untuk pertanyaan langkah-langkah manajemen atoni uteri hanya 17 responden (24,6%) yang bisa menjelaskan dengan benar langkah-langkah manajemen atoni uteri dan 75,4% responden menjelaskan salah. Ketika mempragakan kompresi bimanual internal (KBI) 98,6% responden mempragakan dengan benar dan 1,4% responden mempragakan salah. Untuk mempragakan KBE semua responden mempragakan dengan benar.

Untuk analisis lebih lanjut maka keterampilan responden dikategorikan menjadi 2 kelompok dengan menggunakan titik potong 90% (Depkes RI, 2007c), responden mempunyai keterampilan baik bila jumlah skor  $\geq 90\%$  responden menjawab dan memperagakan dengan benar skenario wawancara interaktif uji keterampilan dan responden mempunyai keterampilan kurang baik bila jumlah skor  $< 90\%$  responden menjawab dan memperagakan dengan benar skenario wawancara interaktif uji keterampilan, selanjutnya hasil pengkategorian di atas dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.3a**  
**Distribusi Responden Menurut Keterampilan**  
**dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Keterampilan	Frekuensi	Persentase
Baik	19	27,5
Kurang baik	50	72,5
Total	69	100

### 5.3.2 Kompetensi Bidan

Distribusi responden berdasarkan kompetensi bidan dilakukan dengan cara menggabungkan ketiga aspek yaitu pengetahuan, sikap dan keterampilan. Ketiga aspek tersebut harus masuk dalam kategori baik dengan titik potong 80% untuk pengetahuan dan sikap serta 90% untuk keterampilan.

Gambaran kompetensi responden dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Jakarta Selatan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.4**  
**Distribusi Responden Menurut Kompetensi**  
**dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Kompetensi Bidan	Frekuensi	Persentase
Kompeten	16	23,2
Kurang kompeten	53	76,8
Total	69	100

Tabel distribusi frekuensi di atas didapat bahwa, kompetensi responden dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* sebagian besar kurang kompeten yaitu sebanyak 53 (76,8%) responden, sedangkan yang kompeten sebesar 16 (23,2%) responden. Dalam pengkategorian kompeten atau tidaknya responden dilakukan berdasarkan komponen variabel pengetahuan, sikap dan keterampilan. Responden dikategorikan baik jika pengetahuan baik, sikap baik dan keterampilan baik dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.

### 5.3.3 Umur dan Masa Kerja

Distribusi responden berdasarkan umur dan masa kerja bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta selatan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.5**  
**Gambaran Umur dan Masa Kerja Responden**  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Mean	Median	Mode	SD	Min-Mak	Uji kenormalan
Umur	44,42	47,00	58	12,15	23-64	-0,67
Masa Kerja	20,23	18,00	10	11,70	1-40	0,65

Dari hasil analisis umur responden diperoleh nilai mean 44,42 tahun, median 47,00 tahun dan mode 57 tahun, umur terendah 23 tahun dan yang tertinggi 64 tahun. Sedangkan masa kerja diperoleh rata-rata 20,23 tahun dan median 18,00 tahun, masa kerja terendah 1 tahun dan yang tertinggi 40 tahun. Selanjutnya umur dan masa kerja dikelompokkan menjadi variabel kategorik, berdasarkan hasil uji kenormalan maka distribusi data dari variabel umur dan masa kerja, didapat data berdistribusi normal sehingga nilai tengah yang dipergunakan adalah nilai rata-rata (*mean*) dan hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.5a**  
**Distribusi Responden Menurut Umur dan Masa Kerja**  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Frekuensi	Persentase
Umur		
≥44 Tahun	38	55,07
<44 Tahun	31	44,93
Total	69	100
Masa Bekerja		
≥20 tahun	34	49,3
<20 Tahun	35	50,7
Total	69	100

Hasil analisis di atas setelah dikategorikan maka variabel umur diperoleh 55,07% responden mempunyai umur lebih dari 44 tahun dan 44,93% responden mempunyai umur di bawah 44 tahun. Untuk masa kerja setelah dikategori maka 49,3% responden mempunyai masa kerja di atas 20 tahun dan 50,7% responden mempunyai masa kerja kurang dari 20 tahun.

#### 5.3.4 Pendidikan dan Pelatihan

Distribusi responden berdasarkan pendidikan dan pelatihan bidan yang di dapat di Wilayah Kotif Jakarta Selatan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.6**  
**Distribusi Responden Menurut Pendidikan dan Pelatihan**  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Frekuensi	Persentase
Pendidikan		
≥D3 Kebidanan	40	58,0
<D3 Kebidanan	29	42,0
Total	69	100
Pelatihan		
Pernah	21	30,4
Tidak Pernah	48	69,6
Total	69	100

Sebelum dikelompokkan distribusi pendidikan responden bervariasi yaitu pendidikan S2 sebanyak 7 (10,1%) responden, pendidikan S1 sebanyak 4 (5,9%)

responden, pendidikan D3 sebanyak 29 (42,0%) responden dan pendidikan D1 sebanyak 29 (42,0%) responden. Kemudian dilakukan pengkategorian dengan memakai *cut of point* berdasarkan kualifikasi pendidikan bidan dalam melakukan praktik minimal memiliki pendidikan D3 kebidanan.

Hasil analisis diatas diperoleh hasil bahwa 58% responden mempunyai pendidikan  $\geq$ D3 dan 42% responden mempunyai pendidikan  $<$ D3. Sedangkan untuk pelatihan diperoleh hasil 69,6% responden belum pernah ikut pelatihan dan 30,4% responden sudah pernah mengikuti pelatihan PONEK/PONED.

### 5.3.5 Motivasi

Distribusi responden berdasarkan variabel motivasi dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.7**  
**Gambaran Motivasi dalam Menanggulangi Perdarahan *postpartum* Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Dimensi motivasi dalam menanggulangi perdarahan <i>postpartum</i>	Motivasi			
	Baik		Kurang Baik	
	f	%	f	%
<b>Memiliki perasaan senang dalam bekerja:</b>				
Menolong ibu dengan PP adalah tugas saya	39	56,5	30	43,5
Menjalin hubungan yang baik dengan masyarakat	23	33,3	46	66,7
<b>Memiliki tanggung jawab:</b>				
Bidan lebih mendahulukan kepentingan klien	18	26,1	51	73,9
Bidan bertanggung jawab dengan kegiatan sosial kesehatan di Wilayah tempat tinggalnya	19	27,5	50	72,5
<b>Memiliki target yang jelas:</b>				
Penanganan atoni uteri tantangan bagi bidan	40	58,0	29	42,0
Keselamatan kerja harus diperhatikan untuk mencegah penularan HIV/AIDS	33	47,8	36	52,2

**Tabel 5.7 (lanjutan)**  
**Gambaran Motivasi dalam Menanggulangi Perdarahan *postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Dimensi motivasi dalam menanggulangi perdarahan <i>postpartum</i>	Motivasi			
	Baik		Kurang Baik	
	f	%	f	%
<b>Memiliki tujuan yang jelas dan menantang:</b>				
Keberhasilan menanggulangi PP merupakan hal yang diutamakan.	41	59,4	28	40,6
Dalam menghadapi kasus perdarahan <i>postpartum</i> bidan harus bekerja sesuai dengan protap	35	50,7	34	49,3
<b>Selalu berusaha melebihi orang lain:</b>				
Kinerja pimpinan yang baik dapat dijadikan teladan	14	20,3	53	79,7
Dalam melakukan tugas-tugas yang kompetitif saya selalu ingin melebihi teman-teman.	15	21,7	54	78,3
<b>Selalu berusaha melebihi orang lain:</b>				
Kinerja pimpinan yang baik dapat dijadikan teladan	21	30,4	48	69,6
Dalam melakukan tugas-tugas yang kompetitif saya selalu ingin melebihi teman-teman.	23	33,3	46	66,7
<b>Kelengkapan sarana untuk menanggulangi PP:</b>				
Peralatan menanggulangi PP yang baik dan lengkap	17	24,6	52	75,4
Peralatan menanggulangi PP harus steril	16	23,2	53	76,8
<b>Senang memperoleh pujian dari apa yang dikerjakan:</b>				
Melihat hasil pekerjaan saya memperoleh pujian saya akan bekerja lebih baik lagi.	19	27,5	50	72,5
Dorongan untuk sukses membuat saya selalu cepat-cepat dalam menyelesaikan tugas	18	26,1	51	73,9
<b>Bekerja dengan harapan memperoleh insentif:</b>				
Imbalan yang didapat, dapat meningkatkan semangat kerja dalam menjalankan profesi	19	27,5	50	72,5
Bidan tidak terjebak imbalan dari tempat merujuk	65	94,2	4	5,8
<b>Bekerja dengan harapan ingin memperoleh penghargaan:</b>				
Penghargaan atas prestasi yang saya kerjakan mendorong saya bekerja lebih giat.	21	30,4	48	69,6
Bidan yang berprestasi sebaiknya mendapat penghargaan bidan teladan.	19	27,5	50	72,5

Dari hasil analisis di atas, diperoleh hasil yang rendah pada indikator selalu berusaha ingin melebihi orang lain dalam bekerja yaitu pada pernyataan kinerja pimpinan yang baik dan superior dapat dijadikan teladan memiliki motivasi kurang sebesar 79,7% dan pada pernyataan dalam melakukan tugas-tugas yang kompetitif bidan berusaha melebihi teman-temannya mempunyai motivasi yang kurang baik sebesar 78,3%. Motivasi yang rendah (75,4%) juga pada pernyataan, dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* sebaiknya didukung dengan peralatan yang lengkap. Juga motivasi yang rendah (76,8%) pada pernyataan dalam bekerja peralatan yang digunakan dalam kondisi steril. Pada pernyataan bidan sebaiknya mendahulukan kepentingan klien dalam menjalankan profesinya meskipun harus mengorbankan yang lain mempunyai motivasi yang kurang baik sebesar 73,9%, dan motivasi yang rendah (72,5%) juga pada pernyataan Bidan bertanggung jawab dengan kegiatan sosial kemasyarakatan di Wilayah tempat tinggalnya

Selanjutnya hasil analisis diatas dilakukan skoring, dinyatakan memiliki motivasi baik bila nilai skor  $\geq 80\%$  menjawab pernyataan sangat setuju sedang mendapat nilai kurang baik bila nilai skor  $< 80\%$ . maka didapat hasil sebagai berikut:

**Tabel 5.7a**  
**Distribusi Responden Menurut Motivasi**  
**dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Frekuensi	Persentase
Motivasi Baik	46	66,67
Kurang baik	23	33,33
Total	69	100

Hasil analisis diperoleh bahwa 66,67% responden mempunyai motivasi yang baik (motivasi tinggi) dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* dan 33,33% responden mempunyai motivasi yang kurang baik (motivasi rendah).

### 5.3.6 Supervisi

Distribusi responden berdasarkan variabel supervisi dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan adalah sebagai berikut:

**Pada pertanyaan kuesioner nomor 31-63 diperoleh hasil sebagai berikut:**

**Tabel 5.8**

**Gambaran Supervisi tentang Penanggulangan Perdarahan *Postpartum* Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Penilaian variabel supervisi	f	%
Jumlah bidan yang disupervisi dalam 1 tahun terakhir		
Mendapat supervisi	38	55,07
Tidak mendapat supervisi	31	44,93
Jumlah supervisi dalam 1 tahun terakhir		
4 kali/tahun	14	20,29
3 kali/tahun	16	23,19
2 kali/tahun	1	1,45
1 kali pertahun	7	10,14
Tidak mendapat supervisi	31	44,93
Pihak yang pernah melakukan IBI dan Puskesmas	30	43,48
Puskesmas	5	7,24
IBI	3	4,35
Tidak disupervisi	31	44,93
Metode supervisi yang diterima		
Menggunakan $\geq$ 6 metode	36	52,17
Menggunakan $<$ 6 metode	2	2,90
Tidak mendapat supervisi	31	44,93
Topik supervisi yang diterima (dari Puskesmas)		
Menjelaskan $\geq$ 5 topik	34	49,27
Menjelaskan $<$ 5 topik	4	5,80
Tidak mendapat supervisi	31	44,93
Topik supervisi yang diterima (dari IBI)		
Menjelaskan $\geq$ 5 topik	34	49,27
Menjelaskan $<$ 5 topik	4	5,80
Tidak mendapat supervisi	31	44,93



**Tabel 5.8 (lanjutan)**  
**Gambaran Supervisi tentang Penanggulangan Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Penilaian variabel supervisi	f	%
Upaya yang didapat dari supervisi		
Menjawab ya 8 pertanyaan	38	55,07
Menjawab ya < 8 pertanyaan	0	0
Tidak mendapat supervisi	31	44,93
Ada/tidaknya umpan balik hasil dari disupervisi		
Bidan mendapat umpan balik hasil	18	26,07
Bidan yang tidak mendapat umpan balik hasil	20	29,0
Bidan yang tidak mendapat supervisi	31	44,93

Dari hasil analisis di atas diperoleh hasil bahwa responden yang pernah disupervisi sebanyak 38 bidan (55,07%) sedangkan yang tidak mendapat supervisi sebanyak 31 bidan (44,93%). Kemudian dilakukan skoring, responden yang mendapat supervisi diberi skor 1 dan yang tidak mendapat supervisi diberi skor 0. Selanjutnya untuk responden yang mendapat supervisi dapat melanjutkan pertanyaan nomor 32-63. Sedangkan untuk yang responden yang tidak mendapat supervisi langsung ke pertanyaan 64.

Dari hasil analisis di atas diperoleh hasil sebanyak 38 (55,07%) responden yang mendapat supervisi dalam satu tahun terakhir dan dari yang disupervisi 14 (20,29%) responden yang mendapat 4 kali supervisi, 16 (23,19%) responden yang mendapat 3 kali supervisi, 1 (1,45%) responden yang mendapat 2 kali supervisi dan 7 (10,14%) responden yang mendapat 1 kali supervisi dalam satu tahun terakhir dan 31 (44,93%) responden tidak mendapat supervisi. Kemudian dari hasil diatas responden dilakukan penilaian, untuk responden yang mendapat 4 kali supervisi dalam satu tahun terakhir diberi skor 4, untuk responden yang mendapat 3 kali disupervisi diberi skor 3, demikian selanjutnya skor 2,1 dan skor 0 yang tidak pernah mendapat supervisi.

Dari hasil analisis di atas maka diperoleh hasil sebanyak 30 (43,48%) responden mendapat supervisi dari Puskesmas dan IBI, 3 (4,35%) responden mendapat supervisi dari Puskesmas dan 5 (7,24%) responden mendapat supervisi

dari IBI saja, dan sebanyak 31 (44,93%) responden tidak mendapat supervisi. Kemudian responden dilakukan penilaian, untuk responden yang mendapat supervisi dari Puskesmas dan IBI mendapat skor 3, demikian selanjutnya skor 2,1, dan skor 0 untuk yang tidak pernah disupervisi.

Dari hasil analisis di atas dari seluruh responden yang memperoleh supervisi didapatkan hasil bahwa semua responden tidak pernah memperoleh metode supervisi berupa tes dan diskusi terfokus. Untuk metode supervisi berupa angket, observasi, wawancara, rapat, kajian dokumen diperoleh hasil yang sama yaitu 55,07% menerima metode tersebut, sedangkan metode supervisi seminar didapatkan hasil 24 (34,78%) responden mendapatkan metode seminar dan sebanyak 14 (20,29%) responden yang disupervisi tidak mendapatkan metode seminar. Selanjutnya untuk distribusi responden untuk pengkategorian dilakukan dengan menggunakan nilai rata-rata dengan titik potong 6, kemudian dilakukan skoring, jika mendapat  $\geq 6$  metode supervisi maka diberi skor 2, jika  $< 6$  metode yang diterima diberi skor 1 dan bidan yang tidak mendapat supervisi diberi skor 0.

Hasil analisis di atas, responden yang mendapat topik supervisi dari Puskesmas dan IBI tentang penyebab dan kapan terjadinya dan tindakan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*, menjelaskan dan memperagakan KBI sebanyak 55,07%, sedangkan untuk menjelaskan dan memperagakan KBE, menjelaskan cara menanggulangi retensio plasenta dan pentingnya plasenta manual, menjelaskan tanda-tanda robekan jalan lahir dan cara penanganannya sebesar 49,3%. Kemudian hasil yang didapat dilakukan skoring berdasarkan nilai rata-rata yang diperoleh, sehingga titik potong 5, jika menerima  $\geq 5$  topik maka mendapat skor 2, jika  $< 5$  maka mendapat skor 1 dan responden yang tidak mendapat supervisi mendapat skor 0.

Hasil analisis tentang upaya apa saja yang didapat bidan ketika disupervisi yaitu semua bidan mendapatkan supervisi (55,07%), mendapatkan bahwa supervisor berupaya untuk membimbing, mendorong, tidak menghakimi, tidak mencari kesalahan, memperbaiki kesalahan, mengingatkan untuk tidak mengulangi kesalahanyang sama, bersikap kooperatif dan memberikan rasa aman untuk bekerja lebih baik dalam menanggulangi PP, selanjutnya dari hasil yang didapat

dilakukan skoring dengan nilai rata-rata dan bila mendapat 8 upaya yang didapat dari supervisi maka diberi skor 2, yang menjawab <8 diberi skor 1 dan yang tidak mendapat supervisi diberi skor 0.

Hasil analisis tentang ada-tidaknya umpan balik hasil setelah disupervisi diperoleh sebanyak 26,07% responden mendapat umpan balik hasil, 29% responden yang disupervisi tidak mendapatkan umpan balik hasil dan 44,03% responden tidak mendapat supervisi. Selanjutnya dilakukan skoring yaitu untuk responden yang disupervisi dan mendapat umpan balik hasil diberi skor 2, untuk responden yang disupervisi tetapi tidak mendapat umpan balik hasil diberi skor 1 dan yang tidak mendapat supervisi diberi skor 0.

Kemudian dari semua pertanyaan dari variabel supervisi nomor 31-63 yang sudah dirubah menjadi variabel kategori dan dengan nilai skor yang sudah ditentukan digabung menjadi satu, kemudian dilihat nilai tengahnya, dari hasil yang diperoleh maka nilai tengah yang dipakai adalah nilai rata-rata karena untuk variabel supervisi diperoleh data distribusi normal sesuai dari hasil uji normalitas. Hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.8a**  
**Gambaran Supervisi**  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Mean	Median	Mode	SD	Min-Mak	Uji, kenormalan
Supervisi	13,12	19	19	6,486	6-20	-0,68

Variabel supervisi dijadikan variabel kategorik berdasarkan nilai rata-rata, karena dari hasil uji kenormalan diperoleh nilai -0,68 yang berarti data berdistribusi normal. Kemudian variabel supervisi dijadikan variabel kategori dengan titik potong 13, supervisi dikategorikan baik bila jumlah skor  $\geq 13$  dan dikategorikan kurang baik jika jumlah skor <13. Setelah dikategorikan diperoleh hasil:

**Tabel 5.8b**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Supervisi**  
**Dalam menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Frekuensi	Persentase
Supervisi		
Baik	38	55,07
Kurang baik	31	44,03
Total	69	100

Dari hasil pengkategorian di atas maka diperoleh hasil 55,07% supervisi dilakukan dengan baik dan 44,03% supervisi masih dilakukan kurang baik.

#### 5.4 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah uji Chi-Square, karena kedua variabel berjenis kategorik.

##### 5.4.1 Hubungan Antara Umur dan Kompetensi Bidan

Hasil analisis hubungan umur bidan dengan kompetensi bidan diperoleh 16 bidan (23,2%) yang memiliki kompetensi yang kompeten dan 76,8% bidan yang kurang kompeten dengan nilai p yang diperoleh dari uji *chi square* adalah 0,430 artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara umur bidan dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Hasil analisis juga memperlihatkan nilai OR 1,87 artinya bidan yang berumur  $\geq 44$  Tahun memiliki kemungkinan kompetensi yang lebih baik 1,9 kali dibanding bidan yang berumur kurang dari 44 tahun.

**Tabel 5.9**  
**Distribusi Responden Menurut Umur dan Kompetensi Bidan**  
**Dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Kompetensi Bidan				Total		Nilai p	OR (95% CI)
	Kompeten		Kurang Kompeten		f	%		
	f	%	f	%				
Umur								
≥44 Tahun	10	26,3	28	73,7	38	100	0,430	1,87
<44 Tahun	6	19,4	25	80,6	31	100		0,59-5,87
Total	16	23,2	53	76,8	69	100		

#### 5.4.2 Hubungan Antara Pendidikan dan Kompetensi Bidan

Hasil analisis hubungan antara pendidikan bidan dengan kompetensi bidan diperoleh 23,2% bidan berkompeten dan 76,8% yang kurang kompeten, dengan nilai p yang diperoleh dari uji *chi square* adalah 1,0 artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Sedangkan nilai OR =0,9 artinya bidan yang berpendidikan ≥D3 kebidanan mempunyai kompetensi 1 kali lebih baik dari berpendidikan <D3 kebidanan. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 5.10**  
**Distribusi Responden Menurut Pendidikan**  
**dan Kompetensi Bidan Dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Kompetensi Bidan				Total		Nilai p	OR (95% CI)
	Kompeten		Kurang Kompeten		f	%		
	f	%	f	%				
Pendidikan								
≥ D3 Kebidanan	9	18,2	31	37,5	40	100	1,0	0,912
< D3 Kebidanan	7	24,1	22	75,9	29	100		0,295-2,821
Total	16	23,2	54	76,8	69	100		

### 5.4.3 Hubungan Antara Masa Kerja dan Kompetensi Bidan

Dari hasil analisis hubungan antara masa kerja bidan dengan kompetensi bidan diperoleh hasil 23,2% bidan yang berkompeten dan 76,8% bidan yang kurang berkompeten dalam menanggulangi dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. nilai p yang diperoleh dari uji *chi square* adalah 0,357 artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja bidan dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Kemudian nilai OR yang diperoleh 2,01 artinya bidan yang masa kerjanya lebih dari 20 tahun kemungkinan memiliki kompetensi yang lebih kompeten 2 kali lebih besar dibanding dengan bidan yang masa kerjanya kurang dari 20 tahun. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.11**  
**Distribusi Responden Menurut Masa Kerja dan Kompetensi Bidan Dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum* Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Kompetensi Bidan				Total		Nilai p	OR (95% CI)
	Kompeten		Kurang Kompeten		f	%		
	f	%	f	%				
Masa Kerja $\geq 20$ Tahun	10	29,4	24	70,6	34	100	0,357	2,01 0,64-6,35
Masa Kerja $< 20$ Tahun	6	17,1	29	82,9	35	100		
Total	16	23,2	54	76,8	69	100		

### 5.4.4 Hubungan Antara Pelatihan dan Kompetensi Bidan

Hasil analisis hubungan antara pelatihan bidan dengan kompetensi bidan diperoleh bidan yang berkompeten sebesar 23,2% dan yang kurang kompeten sebesar 76,8%. Kemudian nilai p yang diperoleh dari uji *chi square* adalah 0,542 artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kompetensi bidan. Sedangkan nilai OR diperoleh sebesar 1,52 artinya bidan yang pernah pelatihan kemungkinan memiliki kompetensi yang lebih kompeten 1,5 kali dibanding yang tidak pernah pelatihan.

**Tabel 5.12**  
**Distribusi Responden Menurut Pelatihan**  
**Dan Kompetensi Bidan Dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Kompetensi Bidan				Total		Nilai p	OR (95% CI)
	Kompeten		Kurang Kompeten		f	%		
	f	%	f	%				
Pelatihan								
Pernah	6	28,8	15	71,4	21	100		1,520
Tidak Pernah	10	20,8	38	79,2	48	100	0,542	0,469-4,924
Total	16	23,2	53	76,8	69	100		

#### 5.4.5 Hubungan Antara Motivasi dan Kompetensi Bidan

Hasil analisis hubungan antara motivasi dengan kompetensi bidan, diperoleh sebesar 32,6% bidan yang berkompeten dan memiliki motivasi yang baik, sedangkan bidan yang motivasinya baik dan kurang berkompeten sebesar 67,4%. Sedangkan bidan yang motivasinya kurang baik 4,3% yang berkompeten dan yang motivasinya kurang baik yang kurang berkompeten 95,7%. Nilai p diperoleh dari hasil uji *Chi square* adalah 0,02 artinya ada hubungan yang bermakna antara motivasi bidan dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Kemudian nilai OR yang diperoleh 10,6 artinya bidan yang memiliki motivasi baik mempunyai kemungkinan kompetensi lebih baik 10,6 dibanding bidan yang motivasinya kurang baik. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 5.13**  
**Distribusi Responden Menurut Motivasi**  
**dan Kompetensi Bidan Dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Kompetensi Bidan				Total		Nilai p	OR (95% CI)
	Kompeten		Kurang Kompeten		f	%		
	f	%	f	%				
Motivasi								
Baik	15	32,6	31	67,4	46	100	0,02	10,6
Kurang baik	1	4,3	22	95,7	23	100		1,31-86,64
Total	16	23,2	53	76,8	69	100		

#### 5.4.6 Hubungan Antara Supervisi dan Kompetensi Bidan

Hasil analisis hubungan supervisi dengan kompetensi bidan diperoleh hasil 34,2% bidan yang supervisi baik memiliki kompetensi yang baik. Sebesar 65,8% bidan yang mendapat supervisi yang baik tetapi yang memiliki kompetensi yang kurang baik. Nilai p diperoleh dari uji *Chi square* adalah 0,03 artinya ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Nilai OR diperoleh sebesar 4,85 artinya bidan yang mendapat supervisi dengan kriteria baik memiliki kemungkinan 4,9 lebih berkompoten dibanding dengan yang bidan yang mendapat supervisi dengan kriteria kurang baik.

**Tabel 5.14**  
**Distribusi Responden Menurut Supervisi**  
**Dan Kompetensi Bidan Dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Kompetensi Bidan				Total		Nilai p	OR (95% CI)
	Kompeten		Kurang Kompeten		f	%		
	f	%	f	%				
Supervisi Baik	13	34,2	25	65,8	38	100	0,03	4,85
Kurang Baik	3	9,7	28	90,3	31	100		1,24-19,0
Total	16	23,2	54	76,8	69	100		

#### 5.5 Hasil Analisis multivariat

Analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah uji regresi logistik ganda model faktor resiko dengan tujuan mengestimasi secara valid hubungan variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol variabel konfonding.

##### 5.5.1 Seleksi kandidat Model Multivariat

Seleksi kandidat multivariat dilakukan dengan cara melakukan seleksi bivariat antara masing-masing variabel dependen dengan variabel independen. Bila hasil seleksi nilai p <0,25 maka variabel tersebut masuk ketahap seleksi multivariat demikian sebaliknya.



**Tabel 5. 15**  
**Hasil Seleksi Kandidat Model Multivariat**  
**Kompetensi Bidan Dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***  
**di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

No	Variabel	Nilai p	Kandidat multivariat
1	Umur	0,280	Bukan kandidat
2	Masa kerja	0,226	Kandidat
3	Pendidikan	0,874	Bukan kandidat
4	Pelatihan	0,498	Bukan kandidat
5	Motivasi	0,004	Kandidat
6	Superviai	0,013	Kandidat

Hasil uji bivariat untuk kandidat multivariat, dari 6 variabel yang diteliti terdapat tiga variabel berhubungan bermakna secara statistik ( $p < 0,25$ ) yaitu: masa kerja, motivasi dan supervisi. Sedang tiga variabel yang lain yaitu variabel umur, pendidikan, dan pelatihan memiliki nilai  $p > 0,25$  sehingga tidak masuk dalam permodelan multivariat.

#### 5.5.2 Permodelan Multivariat

Selanjutnya ke empat variabel hasil seleksi bivariat diatas dimasukkan dalam analisis permodelan multivariat.

**Tabel 5.16 Hasil Permodelan Awal Multivariat**

No	Variabel	Nilai p	OR	95% CI
1	Masa kerja	0,483	1,592	0,435-5,827
2	Motivasi	0,017	13,919	1,612-120,170
3	supervisi	0,011	6,536	1,543-27,684

Analisis permodelan multivariat dilakukan dengan cara mengeluarkan variabel yang nilai p paling besar. Selanjutnya dilihat nilai OR setelah variabel tersebut dikeluarkan, jika hasil analisis menunjukkan terjadi perubahan OR  $< 10\%$  maka variabel tersebut dikeluarkan dari permodelan multivariat. Sebaliknya jika

perubahan nilai OR >10% maka variabel tersebut dimasukkan kembali dalam permodelan.

Dari permodelan awal karena nilai masa kerja yang memiliki nilai p lebih dari 0,05 maka pada permodelan selanjutnya variabel masa kerja dikeluarkan sehingga diperoleh hasil sebagai berikut:

**Tabel 5.17**

**Hasil Permodelan Multivariat  
Setelah Variabel Masa Kerja Dikeluarkan**

No	Variabel	Nilai p	OR	95% CI
1	Motivasi	0,014	14,653	1,709-125,655
2	Supervisi	0,010	6,669	1,584-28,078

Setelah variabel masa kerja dikeluarkan maka dilihat berapa persen perubahan nilai OR dan hasilnya sebagai berikut:

**Tabel 5.18**

**Perubahan OR Setelah Variabel Masa Kerja  
Dikeluarkan dari Model Multivariat**

No	Variabel	OR Masa Kerja ada	OR Masa kerja tidak ada	Perubahan OR
1	Motivasi	13,919	14,653	5,27%
2	Supervisi	6,536	6,669	2,03%

Hasil perbandingan OR terlihat tidak ada yang lebih dari 10% dengan demikian variabel masa kerja dikeluarkan dari permodelan.

Dari perubahan nilai OR yang tidak lebih dari 10% maka disimpulkan bahwa variabel masa kerja bukan merupakan *confounding* hubungan motivasi dan supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kotif Jakarta Selatan.

### 5.5.3 Uji Interaksi

Uji interaksi ini dilakukan pada variabel yang secara substansi diduga ada interaksi. Pada analisis penelitian ini didapatkan bahwa motivasi, supervisi,

pelatihan dan masa kerja yang akan dilakukan uji interaksi sedangkan motivasi merupakan variabel yang dominan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kotif Jakarta Selatan, karena nilai OR nya paling tinggi dibanding variabel yang lain. Hasil uji interaksi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.19**  
**Hasil Uji Interaksi Antara Variabel Motivasi\*Supervisi, Variabel Motivasi\*Masa Kerja Dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum* Di Wilayah Kotif Jakarta Selatan Tahun 2009**

Variabel	Chi-square	df	Nilai p	Keterangan
Motivasi*Masa Kerja	2,838	1	0,348	Tidak ada interaksi
Motivasi*Supervisi	3,6E+008	1	0,999	Tidak ada interaksi

Hasil uji interaksi antara variabel motivasi dengan supervisi diperoleh hasil nilai p sebesar 0,999 disimpulkan bahwa tidak ada interaksi antara motivasi dan supervisi, demikian juga dengan motivasi dengan masa kerja disimpulkan tidak ada interaksi karena nilai p sebesar 0,348. Dengan demikian model analisis ini adalah valid karena masing-masing variabel tidak ada interaksi.

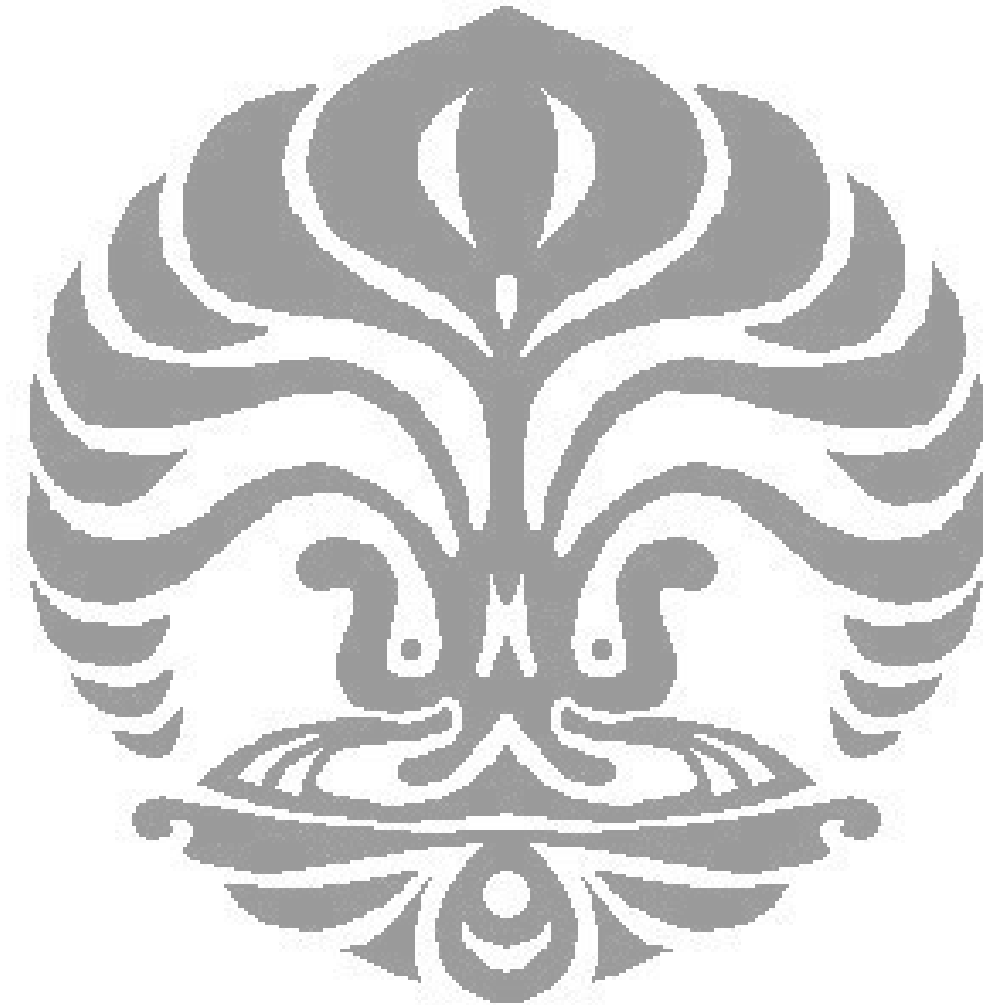
Dengan demikian diperoleh model terakhir hasil analisis univariat sebagai berikut:

**Tabel 5.20**  
**Model Terakhir Hasil Analisis Multivariat dengan Uji Regresi Logistik**

No	Variabel	Nilai p	OR	95% CI
1	Motivasi	0,014	14,653	1,709-125,655
2	Supervisi	0,010	6,669	1,584-28,078

Dari hasil permodelan terakhir dapat disimpulkan bahwa, bidan dengan motivasi yang baik 14,7 kali lebih mempunyai kompetensi yang baik dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*, dibanding bidan yang mempunyai motivasi yang kurang baik. Bidan yang mendapat supervisi yang baik 6,7 kali lebih mempunyai kompetensi yang baik dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*, dibanding bidan yang mendapat supervisi yang kurang baik.

Hasil analisis di atas variabel motivasi merupakan variabel yang paling dominan mempengaruhi kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kotif Jakarta Selatan, karena nilai OR yang diperoleh dari hasil permodelan multivariat, variabel motivasi (OR=14,653) sedangkan variabel supervisi (OR=6,669).



## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan studi observasional dengan rancangan potong lintang dengan model pendekatan *point time*, yakni data variabel terikat dan variabel bebas dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan. Dengan demikian rancangan ini tidak dapat digunakan untuk menggambarkan hubungan sebab akibat, tetapi hanya dapat menggambarkan hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas sebagai hal yang berhubungan secara bermakna secara statistik (Singarimbun, 1989). Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini sumber data primer yang langsung dikumpulkan oleh peneliti dan sumber data sekunder yang diperoleh dari Sudin Kesehatan Jakarta Selatan. Tehnik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan dua metode, yaitu metode pengisian sendiri kuesioner oleh responden tentang variabel yang diduga berhubungan dengan variabel terikat dan uji keterampilan dengan metode dialog interaktif dan peragaan dengan hanya menggunakan model panggul dan model uterus karena keterbatasan waktu dan biaya. Metode ini mudah digunakan, mudah diadministrasikan dan ekonomis tetapi keterbatasan instrumen kuesioner ini adalah hasil pekerjaan yang sama mempunyai nilai yang sama, sedangkan proses penyelesaian pekerjaan tersebut bisa berbeda tergantung sikap (negatif atau positif) pada saat mengerjakan (Umar, 2007).

Untuk mengatasi kelemahan dan keterbatasan maka sebelum melakukan uji instrumen kepada responden dilakukan:

1. Dilakukan uji validitas dan reliabilitas untuk menghindari perbedaan interpretasi terhadap pernyataan. Dari hasil uji validitas variabel pengetahuan tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas karena pertanyaan yang dipergunakan adalah pertanyaan yang dipakai untuk pelatihan PONEB dari Depkes. Sedangkan untuk pertanyaan motivasi memiliki  $r$  hasil  $> r$  tabel (0,89), Untuk pertanyaan sikap memiliki  $r$  hasil  $> r$  tabel (0,76) sehingga ketiga pertanyaan tersebut dinyatakan valid. Sedangkan hasil uji reliabilitas didapatkan  $r$  hasil (alpha cronbach)

variabel motivasi dan sikap diperoleh  $r$  hasil lebih besar dari  $r$  tabel, maka pertanyaan ketiga variabel tersebut diatas dinyatakan valid.

2. Sebelum responden menjawab kuesioner, peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan menjamin kerahasiaan jawaban responden dan responden tidak perlu mencantumkan nama. Sehingga diharapkan jawaban responden betul-betul sesuai dengan pendapat responden dan tidak boleh bekerja sama dengan responden lain, karena keberhasilan penelitian ini sangat tergantung pada kejujuran responden. Sehingga data yang dihasilkan merupakan data yang valid.
3. Sebelum melakukan uji keterampilan maka tim penguji melakukan *brainstorming* dengan peneliti untuk menyamakan persepsi terutama dalam tehnik penilaian. Disepakati bahwa buku pegangan yang terbaru yang dijadikan acuan.

## **6.2 Kompetensi Bidan dalam Menanggulangi Perdarahan *Postpartum***

Hasil penelitian didapatkan bahwa hanya 23,2% yang kompeten dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* diwilayah Kotif Jakarta Selatan. Rendahnya kompetensi bidan disebabkan karena sebagian besar bidan (60,9%) ber pengetahuan rendah tentang kapan melakukan KBI. Sebagian besar bidan (58%) ber pengetahuan kurang tentang tanda perdarahan *postpartum* lanjut. Hampir separuh bidan (44%) ber pengetahuan kurang tentang cara melakukan KBI. Sebagian kecil bidan (34,8%) ber sikap kurang baik dalam menggunakan sarung tangan panjang steril dalam melakukan KBI. Sebagian kecil bidan (34,8%) ber sikap kurang baik dalam secepatnya memberitahu keluarga bila terjadi perdarahan *postpartum*. Sebagian besar bidan (75,4%) mempunyai keterampilan yang kurang dalam melakukan manajemen atoni uteri. Sebagian besar bidan (69,6%) ber keterampilan kurang dalam melakukan manajemen aktif kala tiga.

Hasil ini sesuai dengan penelitian Depkes RI (2007a ) yang didapat bahwa kualitas dokter umum, bidan, bidan di desa meskipun telah memperoleh pelatihan, namun keterampilan mereka dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir masih kurang memadai. Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian Nirwana (2008) di Bandar Lampung menunjukkan 29% bidan yang berkompeten

dalam pelayanan pertolongan persalinan. Sedangkan penelitian Nungkat (2008) didapatkan bahwa 17% bidan yang berkompeten dalam melakukan asuhan persalinan normal di Kabupaten Bengkayang. Pada penelitian Nasir (2007) di Kabupaten Bekasi didapat hanya 39% bidan yang kompeten dalam memberikan pelayanan neonatal di Puskesmas perawatan.

Rendahnya kompetensi bidan (23,2%) di Wilayah Jakarta Selatan karena pada uji keterampilan banyak bidan yang melakukan langkah-langkah penanganan manajemen aktif kala tiga dan manajemen atoni uteri yang tidak sesuai dengan standar, kesalahan ini kemungkinan ada hubungan dengan perubahan buku pegangan penanganan asuhan persalinan normal, yang sudah 4 kali direvisi oleh Depkes, buku paket pelatihan asuhan persalinan normal dikembangkan pertama kali oleh Depkes pada tahun 2000, yang pada saat itu dikenal dengan nama asuhan persalinan dasar. Revisi paket pelatihan ini direvisi pada tahun 2002, juga mengubah namanya menjadi asuhan persalinan normal (APN) yang dipergunakan hingga edisi revisi kedua pada tahun 2004. Revisi ketiga pada tahun 2007 dengan menambahkan kalimat asuhan esensial persalinan dibawah judul paket pelatihan APN. Edisi pada saat ini adalah edisi tahun 2008 merupakan revisi keempat kalinya. Tuntutan kelengkapan intervensi didalam paket ini menyebabkan adanya catatan tambahan di bawah judul paket pelatihan APN, yaitu "Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanganan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir". Materi dan keterampilan terkini yang ditambahkan diantaranya adalah rekam medik ini merupakan informasi yang penting pada halaman dua partograf yang mencakup penilaian kelayakan kondisi ibu, identifikasi masalah yang paling sering menyertai persalinan (hipertensi, perdarahan dan infeksi termasuk mengantisipasi kemungkinan transmisi HIV dari ibu ke bayi). Perbaikan juga dilakukan pada langkah baku penatalaksanaan persalinan normal, pencegahan perdarahan pascapersalinan dengan manajemen aktif kala tiga persalinan.

### 6.3 Hubungan Umur dengan Kompetensi Bidan

Hasil analisis yang didapat dari penelitian ini adalah tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel umur bidan dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan postpartum. Bidan yang berumur <44 tahun yang berkompeten hanya 27%, bidan yang berumur  $\geq 44$  tahun hanya 15,6% yang berkompeten dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Nirwana (2008) bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara bidan yang berumur <36 tahun dengan bidan yang  $\geq 36$  tahun dengan kompetensi bidan dalam memberikan pertolongan persalinan di Kota Bandar Lampung. Hasil penelitian yang sama juga diperoleh oleh Nungkat (2008) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna bidan yang berusia <32 tahun dengan bidan yang berumur  $\geq 36$  tahun dengan kompetensi dan kinerja bidan di desa dalam melaksanakan pelayanan asuhan persalinan normal di Kabupaten Bengkayang. Hasil penelitian ini berbeda Menurut Gibson (1993) dalam Ilyas (2002) menyatakan bahwa faktor usia merupakan variabel individu yang pada dasarnya semakin bertambah usia seseorang akan bertambah kedewasaannya dan semakin banyak menyerap informasi yang akan mempengaruhi kinerjanya. Hal sama juga didapat pada penelitian Menurut Hastono dkk, dalam Hernawati (2007) mengemukakan umur bidan lebih tua yaitu  $\geq 32$  tahun mempunyai tingkat kepatuhan lebih tinggi atau lebih patuh dan sebaliknya umur bidan yang lebih muda <32 tahun mempunyai kepatuhan yang kurang atau tidak patuh. Sedangkan pada penelitian Legiman (2006), bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pengetahuan asuhan kebidanan antara umur  $\geq 30$  tahun dengan umur <30 tahun.

### 6.4 Hubungan Pendidikan dengan Kompetensi Bidan

Hasil uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna (nilai  $p=0,874$ ) antara pendidikan bidan <D3 kebidanan dengan bidan yang berpendidikan  $\geq D3$  kebidanan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kotif Jakarta Selatan. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Nungkat (2008) tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan bidan dengan kompetensi dan kinerja bidan di desa dalam melaksanakan pelayanan



asuhan persalinan normal di Kabupaten Bengkayang. Demikian juga dengan penelitian Guswanti (2008) diperoleh bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja bidan di desa.

Hasil dari penelitian ini cukup memberikan gambaran bahwa seseorang yang berpendidikan tinggi tidak selalu diiringi terjadinya pembentukan perilaku baru, jadi walaupun bidan yang berpendidikan  $\geq D3$  kebidanan (58%) tidak selalu dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* sesuai dengan standar. Asumsi ini dapat dijadikan dasar terjadinya perilaku bidan tersebut adalah adanya kecenderungan bidan saat menanggulangi perdarahan *postpartum* terkondisi dengan kebiasaan-kebiasaan yang lazim dilakukan. Kenyataan perilaku seperti ini tidak jarang dijumpai dilapangan, ketika seseorang menamatkan suatu pendidikan formal dan kembali ketempat kerja yang sama sebelum pendidikan maka beberapa saat kemudian akan kembali ke pola perilaku yang lama.

Hal ini diperkuat oleh Green (2000), dalam teorinya dikatakan bahwa pendidikan dapat menjadikan faktor internal sebagai penentu perubahan perilaku, sebaliknya pendidikan juga dapat menjadi faktor eksternal yang memudahkan seseorang berperilaku tertentu. Faktor lingkungan pendidikan seperti teman, guru, dan orang lain dapat menjadi pendorong terjadinya perubahan perilaku.

Kenyataan ini sebenarnya dapat diperbaiki, untuk meningkatkan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* yaitu melalui pelatihan-pelatihan klinik praktis secara berkesinambungan sesuai dengan informasi mutakhir yang berlaku sehingga akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak ditingkat dasar. Pelatihan merupakan salah satu proses pendidikan dengan maksud diperolehnya gambaran pengalaman belajar yang akhirnya akan menimbulkan perubahan perilaku (Notoatmojo, 2003).

### **6.5 Hubungan Masa Kerja dengan Kompetensi Bidan**

Dari hasil analisis hubungan antara masa kerja bidan dengan kompetensi bidan diperoleh hasil 23,2% bidan yang berkompeten dan 76,8% bidan yang kurang berkompeten dalam menangani dalam menangani perdarahan *postpartum*. nilai p yang diperoleh dari uji *chi square* adalah 0,357 artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja bidan dengan kompetensi bidan dalam

menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kotif Jakarta Selatan. Demikian juga dengan penelitian Hernawati (2006) menyatakan bahwa lama kerja tidak berhubungan secara bermakna dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan dan pertolongan antenatal di Kabupaten Bekasi. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Zaim (1999) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja bidan PTT di desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Sanggam Kalimantan Barat. Penelitian ini juga berbeda dengan penelitian Eulisa Fajriani (2001) menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara bidan yang masa kerjanya lebih dari 3 (tiga) tahun mempunyai peluang kinerja lebih baik sebesar 1,364 kali di banding yang masa kerjanya kurang dari 3 (tiga) tahun.

Hasil penelitian ini secara statistik memberikan gambaran bahwa masa kerja bidan tidak ada hubungan yang bermakna dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* ini kemungkinan dikarenakan kecenderungan bidan tetap menerapkan pola-pola perilaku yang lama dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Bandura (1977) dalam Ridwan (2008) mengemukakan "*social learning theory*" bahwa lingkungan sangat menentukan penyebab terjadinya perilaku kebanyakan, maka seseorang individu menggunakan kognitifnya untuk menginterpretasikan lingkungan maupun perilaku yang dijalankannya, serta memberikan reaksi dengan cara mengubah lingkungan dan menerima hasil perilaku yang lebih baik. Demikian juga dengan hasil penelitian Ridwan (2008), tidak ada hubungan yang bermakna antara pengalaman kerja terhadap manajemen aktif kala III.

#### **6.6 Hubungan Pelatihan dengan Kompetensi Bidan**

Pada penelitian ini diperoleh hasil bahwa sebagian besar (69,6%) tidak pernah mendapatkan pelatihan tentang PONEK/PONEK. Kemudian nilai p yang diperoleh dari uji *chi square* adalah 0,542 artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kompetensi bidan. Hasil penelitian ini berbeda yang hasil penelitian Nirwana (2008) bahwa ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kompetensi bidan dalam memberikan pertolongan persalinan di Kota Bandar Lampung. Hasil penelitian ini juga berbeda dengan penelitian Zaim

(2001) bahwa ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kinerja bidan PTT di desa dalam menolong persalinan di Kabupaten Sanggam Kalimantan Barat. Sedangkan menurut WHO dalam Depkes RI (2007), pelatihan dan supervisi yang baik dan terencana akan meningkatkan kinerja tenaga kesehatan, pendidikan seseorang dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang pada akhirnya dapat berpengaruh terhadap cara dia bersikap dan bertingkah laku. Pelatihan merupakan salah satu proses pendidikan dengan maksud diperolehnya gambaran pengalaman belajar yang akhirnya akan menimbulkan perubahan perilaku (Notoatmojo, 2003). Pelatihan mempengaruhi kinerja yang akan menambah motivasi atau dorongan yang dapat meningkatkan kinerja (Haslinda, 1994).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya dimana pada penelitian ini secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*, hal ini kemungkinan dikarenakan besar sampel yang ada pada penelitian ini lebih kecil dari penelitian sebelumnya dan dilaktikan pada tempat yang berbeda.

#### **6.7 Hubungan Motivasi dengan Kompetensi**

Hasil analisis uji statistik diperoleh ada hubungan yang bermakna (nilai  $p=0,02$ ) antara motivasi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kotif Jakarta Selatan. Dari hasil analisis di atas diperoleh hasil bahwa sebagian besar bidan (79%) mempunyai motivasi yang rendah dalam usaha ingin melebihi orang lain. Sebagian besar bidan (76%) mempunyai motivasi yang kurang dalam menyediakan peralatan yang lengkap dan steril dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Sebagian besar bidan (73%) mempunyai motivasi yang kurang dengan rasa tanggung jawab dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*. Pada penelitian ini didapat, bidan yang mempunyai motivasi yang baik mempunyai kompetensi yang kompeten sebesar 32,6%, bidan yang mempunyai kompetensi yang kurang baik mempunyai kompetensi yang kompeten sebesar 4,3%. Hal ini menunjukkan bahwa bidan yang

mempunyai kompetensi yang baik akan lebih berkompeten dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Suganda (1997) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kinerja bidan di desa di Kabupaten Tasik Malaya Jawa Barat. Juga demikian dengan penelitian Muchtar (1989) pada penelitiannya tentang pengaruh motivasi kerja terhadap penampilan kerja staf Dinas Kesehatan Kabupaten Daerah tingkat II Lahat, Sumatera Selatan. Demikian juga dengan penelitian Nirwana (2008) yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara motivasi kerja dengan kompetensi bidan dalam memberikan pertolongan persalinan di kota Bandar Lampung. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Umar (2007) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan ANC di Propinsi Jambi.

#### **6.8 Hubungan Supervisi dengan Kompetensi Bidan**

Hasil analisis uji statistik didapat bahwa ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* di Wilayah Kotif Jakarta Selatan (nilai  $p=0,03$ ).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nirwana (2008) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kompetensi bidan dalam memberikan pertolongan persalinan di Kota Bandar Lampung. Juga hal yang sama dengan penelitian Guswanti (2008) yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kinerja bidan di desadalam mengelolah desa siaga. Demikian juga dengan penelitian Zaim (2001) menunjukkan adanya hubungan antara supervisi dengan kinerja bidan PTT di Sanggau Kalimantan Barat. Juga dengan penelitian Ilyas (1998) pada penelitiannya menunjukkan ada hubungan manfaat supervisi atasan dengan kinerja dokter PTT. Demikian juga dengan penelitian Suganda (1997) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kinerja bidan di desa di Kabupaten Tasik Malaya Jawa Barat. Hasil penelitian ini juga relevan dengan penelitian Ilyas (2002), terdapat hubungan yang bermakna antara supervisi dan kontrol dalam meningkatkan kinerja individu. penelitiannya disebutkan bahwa

pada negara berkembang seperti Indonesia berbeda dengan negara maju dimana mereka tidak membutuhkan supervisi dan kontrol karena mereka telah melaksanakan fungsi dan tanggung jawabnya dengan pengawasan melekat pada setiap pekerja telah berjalan dengan baik. Penelitian ini sama dengan penelitian Karim (2002), bahwa faktor supervisi merupakan faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan, sehingga disimpulkan bahwa bidan yang mendapat supervisi dengan baik akan mempunyai peluang 5,28 kali berkinerja baik dibanding bidan yang kurang disupervisi. Hal serupa juga ditemukan oleh Sutantini (2003) dalam penelitiannya di Kabupaten Lampung Barat terhadap kinerja bidan desa dalam pelayanan kesehatan ibu dan neonatal bahwa bidan dengan supervisi kurang mempunyai risiko memiliki kinerja kurang sebesar 9,2 kali dibanding bidan dengan supervisi baik. Penelitian Ini berbeda dengan penelitian Ridwan (2008) diperoleh hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kinerja bidan di desa dalam manajemen aktif kala III. Demikian Juga dengan Penelitian Wariyah (2002) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kinerja bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak di Aceh Utara.

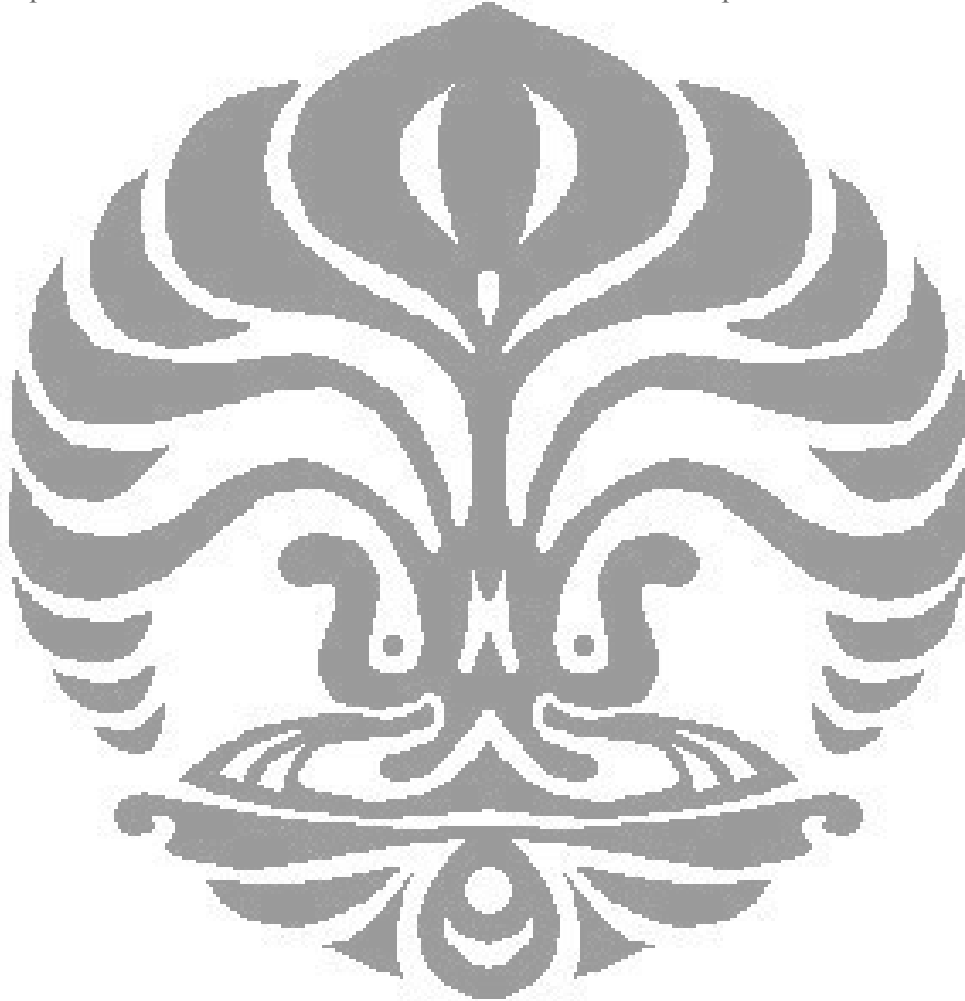
Hasil penelitian ini didapatkan bahwa hanya 55,07% bidan yang mendapat supervisi dan 44,93% tidak mendapat supervisi dalam 1 tahun terakhir, yang mendapatkan supervisi terbanyak yaitu 4 kali (20,29%). Bidan yang menerima umpan balik hasil dari penelitian sebesar 26,7%. Yang mendapat supervisi yang baik mempunyai peluang 4,9 kali lebih berkompeten dibanding yang tidak mendapat supervisi.

#### **6.9 Faktor Interaksi dan *Confounding* Terhadap Hubungan antara Motivasi dan Kompetensi Bidan**

Hasil analisis multivariat faktor yang diduga secara substansi ada interaksi dengan kompetensi bidan adalah variabel motivasi, karena variabel motivasi memiliki nilai OR lebih besar dari variabel yang lain (OR=14,65), sehingga variabel motivasi yang dijadikan faktor resiko yang berinteraksi dengan variabel masa kerja dan variabel supervisi. Hasil uji interaksi motivasi dengan masa kerja diperoleh nilai  $p=0,99$  sedangkan untuk hasil uji interaksi motivasi dengan

supervisi diperoleh nilai  $p=0,348$  jadi disimpulkan tidak ada interaksi antara ketiga variabel tersebut dan dinyatakan model tersebut valid.

Hasil analisis *confounding* diperoleh hasil bahwa variabel masa kerja bukan merupakan *confounding* terhadap variabel motivasi dan variabel supervisi juga terhadap kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*, karena selisih nilai OR setelah variabel masa kerja dikeluarkan dari model, perubahan nilai OR <10% untuk variabel motivasi dan supervisi.



## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Sebagian besar bidan praktik di Wilayah Kota Administratif Jakarta Selatan, dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* mempunyai kompetensi yang rendah (23,2%).
2. Ada hubungan antara motivasi dan kompetensi bidan di Wilayah Kotif Jakarta Selatan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* (OR = 10,65).
3. Ada hubungan antara supervisi dan kompetensi bidan di Wilayah Kotif Jakarta Selatan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* (OR = 6,67).
4. Motivasi merupakan faktor yang dominan yang mempengaruhi kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* (OR=10,65)

#### **7.2 SARAN**

##### **7.2.1 Bagi Sudin Kesehatan Jakarta Selatan**

1. Lakukan observasi secara berkala pada tempat praktik bidan apakah selalu tersedia peralatan penanganan perdarahan *postpartum* yang lengkap dan steril.
2. Beri teguran kepada bidan bila tidak mau terlibat dengan kegiatan sosial kesehatan pada masyarakat yang ada di Wilayah kerjanya.
3. Lakukan penguatan dari Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan terhadap Bidan Koordinator (Bikor) Puskesmas dalam memahami, mempraktikkan sistem motivasi dan supervisi kepada seluruh bidan secara berkala dan berkesinambungan.
4. Fasilitasi Bidan Koordinator Puskesmas agar mampu melakukan motivasi dan supervisi yang baik dan benar dengan melakukan pelatihan, seminar atau disseminasi informasi secara bertahap dan berkesinambungan.

5. Lakukan penganggaran untuk kegiatan supervisi yang didukung dengan pembentukan tim pelaksanaan supervisi melalui Surat Keputusan Kepala Sudinkes Jakarta Selatan.

### **7.2.1 Bagi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Jakarta Selatan**

1. Lakukan penekanan oleh IBI Cabang Jakarta Selatan bagi bidan praktik yang masih berpendidikan D1 kebidanan, untuk meningkatkan strata pendidikan formal bidan, minimal bidan berpendidikan D3 kebidanan.
2. Fasilitasi semua bidan untuk mengikuti pelatihan, seminar atau disseminasi informasi bila ada perubahan buku acuan Asuhan Persalinan Normal (APN) yang menjadi acuan utama bagi bidan praktik.
3. Fasilitasi semua bidan pada setiap acara pertemuan bulanan IBI untuk menghadirkan dokter spesialis kebidanan dan kandungan sebagai ajang konsultasi dan bertukar pengalaman dan saling menguatkan.

### **7.2.3 Bagi Peneliti lain**

Perlu dipertimbangkan untuk melakukan penelitian ini dengan metode yang berbeda (kualitatif) agar dapat menggali fenomena-fenomena yang berhubungan dengan kompetensi bidan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum* seperti:

- Menggali penyebab rendahnya motivasi bidan untuk melebihi orang lain dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.
- Menggali penyebab rendahnya rasa tanggung jawab bidan terhadap kegiatan sosial kesehatan pada masyarakat di wilayah kerjanya.
- Menggali penyebab rendahnya motivasi bidan untuk menyediakan kelengkapan peralatan dalam menanggulangi perdarahan *postpartum*.
- Menggali penyebab rendahnya supervisi terhadap bidan praktik yang berada di Wilayah Jakarta Selatan.
- Menggali apakah uji kompetensi yang dilakukan terhadap bidan sudah memenuhi kriteria yang sebenarnya.



## DAFTAR PUSTAKA

- Almasdi, 2006. *Aspek Sikap Mental Dalam Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Ketiga, Ghalia Indonesia, Bogor
- Arikunto, 2004. *Dasar-dasar Supervisi*, Cetakan Pertama, Asdi Mahasatya, Jakarta
- Agritubella, S, 2007. Perdarahan postpartum, [http://anggrekidea.blogspot.com/2007/11/perdarah\\_postpartum\\_15.html](http://anggrekidea.blogspot.com/2007/11/perdarah_postpartum_15.html), diakses 30 April 2009 jam 22.58 WIB
- Canadian Nurses Assosiation, 2000, *A National Framework for continuing Competence Program for Registered Nurses*, <http://www.cna-nurses.ca>, diakses 19 Juni 2009 Jam 13.30 WIB
- Carlough, M. McCall, M. 2004, *Skilled Birth Attendance : What Does it Mean and How Can it be Measured? A Clinical Skills Assessment of Maternal and Child Health Workers in Nepal*. *Journal of Gynecology and Obstetrics* (2005), 89, 200-208
- Djaali, 2008. *Psikologi Pendidikan*, Edisi Ketiga, Bumi Aksara, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 2006. *Modul dan Materi Promosi Kesehatan Untuk Politehnik/D3 Kesehatan*, Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007a. *Materi Ajar Penurunan Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir*, Jakarta
- \_\_\_\_\_, 2007b. *Standar Pelayanan Medik Dasar Perdarahan dalam Kehamilan, Persalinan, dan Pascapersalinan*, Jakarta
- \_\_\_\_\_, 2007c. *Buku Pegangan Pelatih Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar*, Jakarta
- \_\_\_\_\_, 2007d. *Profil Kesehatan Indonesia 2007*, Jakarta
- \_\_\_\_\_, 2007e. *Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar*, Jakarta
- \_\_\_\_\_, 2007f. *Pedoman Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal di Tingkat Kabupaten/Kota*, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal, Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Bari Lahir*. Jakarta

- Diamanjono, S. Tenaga Ahli Standar Kompetensi, <http://www.google.co.id>  
diakses 30 April 2009 jam 23.15 WIB
- Eulisa Fajriani. 2001. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja bidan di desa Dalam Pelayanan ANC Kabupaten Agam Sumatera Barat*, 1999/2000, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Jakarta
- Gibson, James L, John. I., James, 1998. *Organisasi dan Managemen: Perilaku, Struktur, Proses* Terjemahan Djarkasih Cetakan Kesembilan, Jakarta, Erlangga.
- Ginting, 2001. *Infeksi Nosokomial Melalui Pemasangan Infus Dan Manfaat Pelatihan Keterampilan Perawat Terhadap Pengendaliannya Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUP H.Adam Malik Medan Tahun 2001*, <http://library.usu.ac.id/index.php/component/journals/index>, diakses 19 Juni 2009 jam 20.30 WIB
- Green L.W, 1980. *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Sebuah Pendekatan Diagnosis*, terjemahan proyek pengembangan FKM, Universitas Indonesia
- Green L.W, 2000. *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach*. Second Edition. Mayfield Publishing Company. Toronto.
- Geller, Stacie E 2006. *Morbidity and Mortality in Pregnancy: Laying the Groundwork for Safe Motherhood*. Women health Issues, Atlanta, Georgea.
- Guswanti, 2008. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa Dalam Mengelolah Desa Stiga di Kabupaten Ogan Komering Ilir Tahun 2008*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Jakarta
- Hastono, 2008. *Statistik Kesehatan*, Edisi Revisi, Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Hastono, Djoko; Sri Sunarti Purwaningsih, Widayatun, Zainal Fatoni, Ngadi. 2007. *Kesehatan Reproduksi dan Otonomi Daerah: Pembelajaran tentang penyusunan Kebijakan dan Perencanaan Program*. Pusat Penelitian Kependudukan-Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI), Jakarta
- Hardiyanto F, 2007. *Kompetensi Diri*. Diakses 14 Juni 2009, <http://www.kabarIndonesia.com>
- Hartona, Djoko; Haning Romdiati, Eniarti Djohan. 1999. *Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi: Studi Kasus di Kabupaten Jayawijaya*,

Irian Jaya, Pusat Penelitian Kependudukan-Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI), Jakarta.

Hernawati, 2007. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja bidan di desa Dalam Pelayanan Antenatal dan Pertolongan Persalinan di Kabupaten Bekasi Tahun 2006*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Jakarta.

Haslinda, 1994. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Prestasi Bidan di Desa Kabupaten Subang Jawa Barat*. Tesis Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta

Hutapea, Thoha, 2008. *Kompetensi Plus*, Gremedia Pustaka Utama, Jakarta  
<http://www.uns.ac.id/data/0019a.pdf>, *Tehnik Penarikan Sampel*, diakses tanggal 17 Mei 2009 jam 18.20 WIB

Ikatan Bidan Indonesia cabang Jakarta Selatan, 2008. Laporan Pertanggung Jawaban IBI cabang Jakarta Selatan Tahun 2007, Jakarta

Ikatan Bidan Indonesia (IBI), 2003. *Standar Pelayanan Kebidanan*, Edisi Revisi, Pengurus Pusat IBI, Jakarta

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang *Standar Profesi Bidan*, Jakarta

Ilyas, 1999. *Managemen Sumber Daya Manusia*, Modul Perkuliahan, FKM UI, Jakarta

Ilyas, 2002. *Kinerja (Teori, Penilaian dan Penelitian)*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI Depok

Karim, Oscar, 2002. *Hubungan Antara Supervisi Oleh Puskesmas Dengan Kinerja Bidan Desa Di Kabupaten Merangin Propinsi Jambi Tahun 2001*. Tesis Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta

Kepmenkes RI, 2007. *Standar Profesi Bidan*, Pengurus Pusat Ikatan bidan Indonesia, Jakarta

Lameshow, 1997. *Besar Sampel Pada Penelitian Kesehatan*, Gajah Mada University Press, Jakarta

- Lasmahadi, A, 2002. *Sistem Manajemen SDM Berbasis Kompetensi*.  
<http://www.e-psikologi.com/epsi/search.asp>. Akses tanggal 30 April 2009  
jam 22.50 WIB.
- Muchtar (1989). *Pengaruh Motivasi Kerja terhadap Penampilan Kerja Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Daerah tingkat II Lahat, Sumatera Selatan*. Tesis Program Pasca Sarjana FKM Universitas Indonesia
- Notoatmojo, Sukidjo, 2003. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmojo, Sukidjo, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta
- Nasir, 2007. *Pengaruh Kompetensi Terhadap Kinerja Bidan Dalam Pelayanan Neonatal di Puskesmas Perawatan Kabupaten Bekasi*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia
- Nirwana, 2008. *Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Dalam Memberikan Pelayanan Pertolongan Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bandar Lampung*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia
- Nungkat, 2008. *Kompetensi dan Kinerja Bidan di Desa Dalam Melaksanakan Pelayanan Asuhan Persalinan Normal di Kabupaten Bengkulu*, Tesis Pasca Sarjana Universitas Indonesia
- UNFPA, 2005. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*, Jakarta
- Umar, 2007. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pelayanan Antenatal (ANC) Berdasarkan Standar Pelayanan Kebidanan di Kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi*, Tesis Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Jakarta
- Uno, 2008. *Teori Motivasi dan Pengukurannya Analisis Dibidang Pendidikan*, Edisi Keempat, Bumi Aksara, Jakarta
- Palan, 2008. *Competency Management, Tehnik Mengimplementasikan Manajemen SDM Berbasis Kompetensi Untuk Meningkatkan Daya Saing Organisasi*, Penerbit PPM, Jakarta

- Pramono, et, All (penerjemah), 1997. *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Pidarta, 2009. *Supervisi Pendidikan Kontekstual*, Cetakan Pertama, Rineka Cipta, Jakarta
- Purwaningsih, dkk, 2006. *Kondisi Kesehatan Reproduksi di Wilayah Perbatasan: Kasus Kabupaten Sanggau dan Kota Batam*, Pusat Penelitian Kependudukan-Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI), Jakarta
- Riduwan, 2007. *Skala Pengukuran Variabel-variabel Penelitian*. Penerbit Alfabeta, Bandung
- Robbins S. 2008. *Perilaku Organisasi*, Buku 1, Edisi Kedua Belas, Salemba Empat, Jakarta.
- Rosidin, 2001. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja bidan di desa kabupaten Karawang Tahun 2001*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Jakarta
- Rahmadi, Yudanto, 2005. *pengaruh manfaat pelatihan dan dukungan pelatihan terhadap kepuasan kerja melalui persepsi karyawan PT. Damai Indah Golf. Tbk.* <http://lib.atmajaya.ac.id>, diakses tanggal 19 Juni 2009 jam 21.00 WIB
- Sahertian, 2008. *Konsep Dasar dan Tehnik Supervisi Pendidikan Dalam Rangka Pengembangan Sumber Daya Manusia*, Edisi Revisi, Rineka Cipta, Jakarta
- Saifuddin, dkk, (editor), 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Perinatal*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta
- Situmorang, dkk, 2002. *Kesehatan Reproduksi dan Otonomi Daerah: Proses Penyusunan Kebijakan di Kota Pontianak, kota Cirebon dan Kabupaten Sikka*, Pusat Penelitian Kependudukan-Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI), Jakarta
- Singarimbun, M., Effendi S, 1989. *Metode Penelitian Survei*. LP3ES, Jakarta
- Siagian, 2007. *Fungsi-fungsus Manajerial*, Edisi Revisi, Bumi Aksara, Jakarta

- Suku Dinas Kesehatan Masyarakat, 2009. *Laporan Tahunan Program Kesehatan Kotamadya Jakarta Selatan Tahun 2008*, Jakarta
- Suku Dinas Kesehatan Masyarakat, 2009. *Profil Kesehatan Kotamadya Jakarta Selatan Tahun 2008*, Jakarta
- Suku Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil, 2009. *Profil Kependudukan Kotamadya Jakarta Selatan Tahun 2008*, Jakarta
- Suganda, Sadeli, 1997. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Di Desa di Kabupaten Tasik Malaya Jawa Barat Tahun 1997*, Tesis Pasca Sarjana IKM, Universitas Indonesia, Depok
- Sutantini, Endang Sri Haryati, 2003. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Di Desa Dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal Di Kabupaten Lampung Barat Tahun 2002*. Tesis Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Jakarta
- Wariyah, 2002. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Di Aceh Utara Tahun 2002*. Tesis Pasca sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Jakarta
- Winardi, 2001. *Motivasi dan Pemotivasian dalam Manajemen*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Wijono, Wibisono, et, All (Penanggung Jawab), 2003. *Standar Pelayanan Kebidanan*, Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia, Jakarta
- Zaim A, 1999. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja bidan PTT di desa Dalam Pertolongan Persalinan di Kabupaten Sanggam Kalimantan Barat*, Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Jakarta



**PROGRAM PASCA SARJANA  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
TAHUN 2009**

Jawaban saudara tidak akan mempengaruhi prestasi dan nama saudara akan dirahasiakan, jadi diharapkan saudara bisa mengisi jawaban yang betul-betul sesuai dengan pendapat saudara.

Atas bantuan dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

**HUBUNGAN MOTIVASI DAN SUPERVISI  
DENGAN KOMPETENSI BIDAN  
DALAM MENANGGULANGI PERDARAHAN *POSPARTUM*  
DI WILAYAH KOTA ADMINISTRATIF JAKARTA SELATAN  
TAHUN 2009**

**LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN**

Setelah membaca penjelasan di atas mengenai penelitian ini, saya sangat memahami tujuan dan manfaat penelitian ini. Saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya dan saya mengerti bahwa saya berhak mengundurkan diri dari penelitian ini kapanpun saya mau, tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya. Dengan ditandatanganinya lembar persetujuan ini, maka saya menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Saya mengetahui bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya sebagai peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak di wilayah kotamadya Jakarta Selatan.

Responden

(.....)

**I. IDENTITAS RESPONDEN**

- 1. No Responden : .....
- 2. Nama : .....
- 3. Alamat tempat kerja : .....
- 4. Tempat dan tanggal lahir / umur : ...../.....Tahun.
- 5. Status kepegawaian : .....
- 6. Tahun penempatan : .....

**II. Pendidikan**

7. Jenis pendidikan formal terakhir yang anda capai:

- 0. Pasca sarjana
- 1. Sarjana (S1)
- 2. D4 Kebidanan
- 3. D3 Kebidanan
- 4. D1 Kebidanan

**III. Masa Kerja**

8. Sudah berapa lama anda bekerja / bertugas sebagai bidan:

.....Tahun.....Bulan

**IV. Pelatihan**

9. Apakah anda pernah mengikuti pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal  
Emergensi Dasar (PONED) atau pelatihan Obstetri Neonatal Emergensi  
Komprehensif (PONEK)?

- 0. Pernah
- 1. Tidak pernah

10. Jika pernah kapan terakhir pelatihan, .....bulan atau tahun yang lalu

**V. Motivasi**

Berilah tanda (√) pada jawaban bila sangat sesuai dengan pendapat anda

SS: Sangat Setuju, bila anda merasa sangat setuju dengan pernyataan tersebut.

S: Setuju, bila anda merasa setuju dengan pernyataan tersebut.



TS: Tidak Setuju, bila anda merasa TS dengan pernyataan tersebut.

STS: Sangat Tidak Setuju, bila anda merasa STS dengan pernyataan tersebut

	<b>Pernyataan</b>	<b>STS (1)</b>	<b>TS (2)</b>	<b>S (3)</b>	<b>SS (4)</b>
11	Menolong ibu dengan PP adalah tugas saya				
12	Hubungan yang baik dengan masyarakat sangat berarti bagi saya dalam menjalankan profesi.				
13	Bidan sebaiknya mendahulukan kepentingan klien dalam menjalankan profesi, meskipun harus mengorbankan urusan lain.				
14	Bidan bertanggung jawab dengan kegiatan sosial kemasyarakatan di Wilayah tempat tinggalnya				
15	Menanggulangi persalinan dengan perdarahan <i>postprtum</i> membuat saya tertantang untuk menyelamatkan ibu dengan penanganan yang sebaik mungkin.				
16	Keselamatan kerja harus diperhatikan terutama untuk mencegah penularan HIV/AIDS				
17	Bagi saya keberhasilan menanggulangi PP merupakan hal yang utama				
18	Bidan dalam menghadapi kasus perdarahan <i>postpartum</i> bidan berusaha melakukan penanganan yang terbaik sesuai dengan protap yang ada.				
19	Kinerja pimpinan yang baik dan superior bisa dijadikan teladan				
20	Dalam melakukan tugas-tugas yang kompetitif saya berusaha melebihi teman-teman saya.				
21	Mengerjakan tugas yang menantang, bagi saya merupakan kesempatan untuk maju.				
22	Penghargaan atas prestasi yang saya kerjakan mendorong saya untuk bekerja lebih giat.				

23	Dalam menanggulangi perdarahan <i>postpartum</i> sebaiknya didukung oleh peralatan yang baik dan lengkap.				
24	Dalam bekerja peralatan yang digunakan harus dalam kondisi yang steril (DTT).				
25	Melihat hasil pekerjaan saya memperoleh pujian dari orang lain, saya berusaha untuk lebih baik.				
26	Dorongan untuk sukses membuat saya selalu cepat-cepat dalam menyelesaikan tugas.				
27	Imbalan yang didapat, dapat meningkatkan semangat bidan dalam menjalankan profesinya.				
28	Bidan sebaiknya tidak terjebak dengan imbalan dari tempat bidan merujuk.				
29	Penghargaan atas prestasi yang saya kerjakan mendorong saya bekerja lebih giat.				
30	Bidan yang berprestasi sebaiknya mendapat bidan teladan.				

## VI. Supervisi

31. Apakah ada supervisi program kesehatan ibu dalam satu tahun terakhir?

0. ya

1. tidak

32. Jika ya berapa kali dilakukan supervisi dalam satu tahun terakhir?

0 = 4 kali/tahun

1 = 3 kali/tahun

2 = 2 kali/tahun

3 = 1 kali/tahun

Siapa yang melakukan supervisi dalam satu tahun terakhir?

	Supervisor	Ya	Tidak
33	Puskesmas		
34	IBI		

Metode apa saja yang dipakai pada saat supervisi?

No	Metode	Ya	Tidak
35	Angket		
36	Observasi		
37	Wawancara		
38	Rapat		
39	Kajian dokumen		
40	Tes		
41	Diskusi terfokus		
42	Seminar		

Apa saja topik yang dibahas dalam supervisi:

No	Puskesmas	Ya	Tidak
43	Menjelaskan penyebab perdarahan <i>postpartum</i> dan kapan terjadinya perdarahan <i>postpartum</i> .		
44	Menjelaskan tindakan yang harus dilakukan dalam mengatasi perdarahan <i>postpartum</i> .		
45	Menjelaskan dan memperagakan Kompresi Bimanual Internal (KBI).		
46	Menjelaskan dan memperagakan Kompresi Bimanual Eksterna (KBE).		
47	Menjelaskan langkah-langkah menanggulangi retensio plasenta dan pentingnya plasenta manual untuk mengatasi perdarahan.		
48	Menjelaskan cara mengetahui robekan serviks dan memperagakannya.		

No	IBI	Ya	Tidak
49	Menjelaskan penyebab perdarahan <i>postpartum</i> dan kapan terjadinya perdarahan <i>postpartum</i> .		
50	Menjelaskan tindakan yang harus dilakukan dalam mengatasi perdarahan <i>postpartum</i> .		

51	Menjelaskan dan memperagakan Kompresi Bimanual Internal (KBI).		
52	Menjelaskan dan memperagakan Kompresi Bimanual Eksterna (KBE).		
53	Menjelaskan langkah-langkah menanggulangi retensio plasenta dan pentingnya plasenta manual untuk mengatasi perdarahan.		
54	Menjelaskan cara mengetahui robekan serviks dan memperagakannya.		

Upaya apa saja yang didapat bidan ketika disupervisi?

No	Upaya yang didapat dari supervisi	Ya	Tidak
55	Bidan ketika disupervisi merasakan bahwa, supervisor bersikap membimbing untuk bekerja lebih baik dalam menanggulangi perdarahan <i>postpartum</i> PP.		
56	Bidan ketika disupervisi merasakan bahwa, supervisor bersikap mendorong untuk bekerja lebih baik dalam menanggulangi perdarahan <i>postpartum</i> .		
57	Supervisor ketika melakukan supervisi tidak bersikap menghakimi tetapi mengajarkan antisipasi yang harus dilakukan ketika terjadi perdarahan <i>postpartum</i> .		
58	Supervisor ketika melakukan supervisi tidak bersikap mencari-cari kesalahan, tetapi mengajarkan antisipasi yang harus dilakukan ketika terjadi PP.		
59	Supervisor ketika menemukan kesalahan dalam Menanggulangi PP bersikap memperbaiki kesalahan agar tidak terulang lagi kesalahan yang sama.		
60	Supervisor mengingatkan pentingnya mengetahui penyebab perdarahan PP agar selalu waspada.		
61	Supervisor bersikap kooperatif atau berusaha untuk mengatasi secara bersama-sama ketika terjadi tuntutan yang tidak diinginkan ketika terjadi PP.		

62	Supervisor memberikan rasa aman bagi bidan karena bisa diandalkan sebagai pembimbing, yang selalu siap setiap diperlukan.		
----	---	--	--

63. Apakah setelah dilakukan supervisi ada umpan balik hasil dari supervisi?

0 = Ada umpan balik hasil

1 = Tidak ada umpan balik hasil

## VII. Pengetahuan

Lingkarilah satu jawaban yang benar dari empat jawaban yang tersedia.

64. Perdarahan *postpartum* adalah:

- a. Perdarahan vaginal melebihi 200 ml setelah melahirkan
- b. Perdarahan vaginal melebihi 300 ml setelah melahirkan
- c. Perdarahan vaginal melebihi 400 ml setelah melahirkan
- d. Perdarahan vaginal melebihi 500 ml setelah melahirkan

65. Perdarahan *postpartum* segera dapat disebabkan oleh:

- a. Atoni uteri
- b. Trauma saluran genital.
- c. Sisa plasenta
- d. Semua benar

66. Perdarahan *postpartum* lanjut ditandai dengan:

- a. Perdarahan yang lebih dari 24 jam setelah melahirkan
- b. Perdarahan yang bervariasi (ringan, berat, berlanjut atau tidak)
- c. Uterus yang keras
- d. Jawaban (a) dan (b)

67. Manajemen aktif kala tiga dilakukan:

- a. Hanya pada ibu dengan riwayat perdarahan *postpartum*
- b. Hanya pada ibu yang primipara
- c. Hanya pada ibu yang multipara
- d. Pada semua ibu yang melahirkan

68. Jika pada atoni uteri, uterus gagal untuk berkontraksi setelah masase fundus maka yang harus dilakukan adalah:

- a. Gunakan obat uterotonika
- b. Kompresi bimanual uterus harus dilakukan
- c. Kompresi aorta abdominal harus dilakukan
- d. Uterus harusnya diperiksa untuk melihat kemungkinan adanya sisa plasenta

69. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah rangsangan oksitosin dan uterus berkontraksi baik, maka:

- a. Lakukan penegangan tali pusat yang terkendali
- b. Lakukan penegangan tali pusat yang terkendali dan tekanan fundus
- c. Usahakan pengeluaran plasenta secara manual
- d. Rangsangan Oksitosin harus dilanjutkan

70. Kompresi bimanual uterus meliputi:

- a. Gunakan sarung tangan, letakkan satu tangan pada forniks anterior dan lakukan tekanan pada dinding anterior, sementara tangan yang lain menekan dinding posterior uterus melalui abdomen.
- b. Gunakan sarung tangan, letakkan satu tangan pada forniks anterior dan lakukan tekanan pada dinding posterior uterus, sementara pada tangan yang lain menekan dinding anterior uterus melalui abdomen.
- c. Letakkan kedua tangan pada abdomen dan tekan langsung kebawah spinal.
- d. Penempatan kedua tangan pada abdomen dan lakukan tekanan langsung keatas diafragma.

71. Pada perdarahan *postpartum* lanjut jika terdapat dilatasi serviks:

- a. Eksplorasi manual uterus dilakukan untuk mengeluarkan gumpalan darah dan sisa plasenta
- b. Lakukan aspirasi vakum manual untuk mengevakuasi uterus
- c. Lakukan dilatasi dan kuretase
- d. Bukan salah satu diatas

72. Jika terjadi perdarahan banyak/hebat setelah plasenta manual:

- a. Lakukan kompresi bimanual internal dan berikan ergometrin 0,2 mg IM
- b. Berikan ergometrin 0,2 mg IM atau prostaglandin
- c. Berikan oksitosin
- d. Semua salah

73. Titik tekanan pada kompresi aorta abdominal untuk mengontrol perdarahan *postpartum* pada:

- a. Sedikit ke kanan di bawah umbilikus
- b. Sedikit ke kiri di bawah umbilikus
- c. Sedikit ke kanan di atas umbilikus
- d. Sedikit ke kiri di atas umbilikus

74. Pada plasenta manual, jika plasenta tidak dapat dilepaskan dengan mudah dari uterus:

- a. Curigai adanya inversio uterus
- b. Curigai adanya plasenta akreta
- c. Curigai adanya plasenta previa
- d. a dan b

75. Pada pemeriksaan robekan serviks, tekanan pada fundus uteri bertujuan:

- a. Membantu ibu relaksasi
- b. Menghentikan perdarahan
- c. Membuat serviks lebih mudah terlihat
- d. Mengontrol rasa sakit

76. Pada penjahitan robekan vagina dan perineum, anestesi lokal harus dilakukan:

- a. Dibawah mukosa vagina
- b. Dibawah kulit perineum
- c. Suntikan otot perineum
- d. Semua jawaban diatas benar.

77. Robekan serviks, vagina atau perineum seharusnya dicurigai apabila terjadi perdarahan *postpartum* segera dan:

- a. Plasenta lahir lengkap dan kontraksi uterus baik
- b. Plasenta lahir tidak lengkap dan kontraksi uterus baik
- c. Plasenta lahir lengkap dan kontraksi uterus tidak baik
- d. Plasenta tidak lengkap dan kontraksi uterus tidak baik

78. Pada inversio uteri pasca persalinan:

- a. Fundus uteri tidak teraba pada saat palpasi abdominal
- b. Disertai nyeri ringan atau kuat
- c. Uterus mungkin terlihat di vulva
- d. Semua benar

### VIII. Sikap

Berilah tanda (√) pada jawaban bila sangat sesuai dengan pendapat anda

SS: Sangat Setuju, bila anda merasa sangat setuju dengan pernyataan tersebut.

S: Setuju, bila anda merasa setuju dengan pernyataan tersebut.

TS: Tidak Setuju, bila anda merasa TS dengan pernyataan tersebut.

STS: Sangat Tidak Setuju, bila anda merasa STS dengan pernyataan tersebut

	Pernyataan	STS (1)	TS (2)	S (3)	SS (4)
79	Persiapan setelah kala tiga persalinan, dilakukan pada semua ibu bersalin				
80	Melakukan manajemen aktif kala tiga segera setelah bayi lahir.				
81	Melakukan pengeluaran plasenta secara manual, bila plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah dirangsang dengan oksitosin dan uterus berkontraksi baik.				



82	Perdarahan pervaginal yang lebih dari 500 ml setelah melahirkan, kasus terbanyak disebabkan oleh atoni uteri.				
83	Menggunakan sarung tangan panjang steril atau disinfektan tingkat tinggi (DTT) saat melakukan kompresi bimanual internal (KBI).				
84	Melakukan manajemen atoni uteri dengan baik dan benar setelah masase fundus uteri tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik setelah plasenta lahir.				
85	Keluarga ibu yang melahirkan, secepatnya diberitahu bila terjadi perdarahan <i>postpartum</i> .				
86	Bidan menyiapkan kelengkapan peralatan penanganan PP setiap kali akan melakukan proses persalinan.				
87	Setiap proses persalinan sebaiknya selalu waspada terhadap kemungkinan terjadinya perdarahan <i>postpartum</i> .				
88	Segera merujuk ibu bersalin dengan perdarahan <i>postpartum</i> bila penanganan perdarahan yang dilakukan sesuai dengan manajemen perdarahan tidak berhasil.				

**UJI KETERAMPILAN:**

Panduan bagi tim penguji, soal kasus untuk wawancara interaktif dan peragaan dengan model penggul.

No Responden :

Nama Responden :

Tempat kerja :

**Kreteria Penilaian:**

0 = Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu (Terampil)

1 = Langkah-langkah dikerjakan tetapi tidak tepat (Kurang Terampil)

Soal:

Kasus: Ny. D berusia 30 tahun, melahirkan bayi kedua yang cukup bulan di tempat praktik pribadi dengan berat badan bayi 3200 gram dan bayi normal.

Pertanyaan:

1. Tindakan apa yang akan dilakukan terhadap Ny.D?

Jawab: Manajemen aktif kala tiga.

2. Apa saja yang harus dilakukan dari jawaban pertanyaan no 1?

Jawab:

Manajemen aktif kala tiga	0	1
<b>I. Pemberian suntikan uterotonik ( oksitosin).</b> Dalam 1 menit setelah bayi lahir, 10 IU intra muskular. Setelah dipastikan tidak ada bayi lagi didalam uterus. <b>II. Peregangan tali pusat terkendali:</b> 1 Berdiri disamping ibu 2 Pindahkan klem (penjepit untuk memotong tali pusat saat kala dua) pada tali pusat sekitar 5-20 cm dari vulva. Alasan: Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi 3 Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat di simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk		

<p>meraba kontraksi uterus dan menekan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso-kranial). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri.</p> <p>4 Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali (sekitar dua atau tiga menit berselang) untuk mengulangi kembali penegangan tali pusat terkendali.</p> <p>5 Saat mulai kontraksi (uterus menjadi bulat atau tali pusat menjulur) tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak keatas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.</p> <p>6 Tetapi jika langkah 5 diatas tidak berjalan sebagaimana mestinya dan plasenta tidak turun setelah 30-40 detik dimulainya penegangan tali pusat dan tidak ada tanda-tanda yang menunjukkan lepasnya plasenta, jangan teruskan penegangan tali pusat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pegang klem dan tali pusat dengan lembut dan tunggu sampai kontraksi berikutnya. Jika perlu, pindahkan klem lebih dekat ke perineum pada saat tali pusat memanjang pertahan kan kesabaran pada saat melahirkan plasenta.</li> <li>b. Pada saat kontraksi berikutnya terjadi, ulangi penegangan tali pusat terkendali dan lakukan tekanan dorso-kranial pada korpus uteri secara serentak. Ikuti langkah-langkah tersebut pada setiap kontraksi hingga terasa plasenta lepas dari dinding uterus.</li> </ol> <p>7 Setelah plasenta terpisah, anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina.</p>	
---	--

	<p>Tetap tegangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai (mengikuti poros jalan lahir)</p> <p>Alasan: Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu</p>		
8	<p>Pada saat plasenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat keatas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk diletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek ; pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil mejadi satu.</p>		
9	<p>Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.</p> <p>Alasan: Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir.</p>		
10	<p>Jika selaput ketuban robek dan tertinggal di jalan lahir saat melahirkan plasenta, dengan hati-hati periksa vagina dan serviks dengan seksama. Gunakan jari-jari tangan anda atau klem DTT atau steril atau forsep untuk mengeluarkan selaput ketuban yang teraba.</p>		
	<p><b>III. Masase fundus uteri, 15 detik.</b></p>		

3. Setelah plasenta lahir mendadak terjadi perdarahan, apa kemungkinan yang terjadi?

Jawab:

No	Kemungkinan yang terjadi	Ya	Tidak
1	Atoni uteri		
2	Sisa Plasenta		
3	Retensio Plasenta		

4	Robekan perineum		
5	Robekan Vagina		
6	Robekan Serviks		

4. Pemeriksaan apa saja yang dilakukan untuk menentukan penyebab perdarahan:

	Atoni Uteri	Retensio /Sisa plasenta	Robekan jalan lahir	Ya	Tidak
Raba uterus	Lunak	Kadang-kadang lunak, kemudian keras	Keras dan mengecil		
Periksa plasenta	Lengkap atau sebagian tinggal di uterus	Tidak lengkap	Lengkap		
Periksa genitalia	Normal	Normal	Vagina/ Serviks robek		

5. Ternyata plasenta lahir lengkap dan tidak ada robekan jalan lahir, kemungkinan apa yang terjadi?

Jawab: Atoni Uteri.

6. Apabila perdarahan tersebut akibat atoni uteri maka apa yang harus dilakukan?

TABEL LANGKAH-LANGKAH MANAJEMEN ATONI UTERI		
LANGKAH	0	1
3. Rangsangan taktil (masase) fundus uteri segera setelah plasenta lahir, maksimal 15 detik.		
4. Bersihkan bekuan darah dan/atau selaput ketuban dari vagina dan saluran serviks.		
5. Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh atau dapat		

dipalpasi, lakukan kateterisasi menggunakan tehnik aseptik.		
6. Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit.		
7. Anjurkan keluarga untuk memulai KBE (Kompresi Bimanual Eksterna).		
8. Keluarkan tangan perlahan-lahan.		
9. Berikan ergometrin 0,2 mg IM (jangan berikan jika ada hipertensi)		
10. Pasang infus menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 ml larutan ringer laktat ditambah 20 unit oksitosin. Habiskan 500 ml pertama secepat mungkin (60 tetes permenit).		
11. Ulangi Kompresi Bimanual Internal (KBI)		
12. Rujuk segera		
13. Dampingi ibu ketempat rujukan. Teruskan melakukan KBI/KBE.		
14. Lanjutkan infus ringer laktat ditambah 20 unit oksitosin dalam 500 ml/jam hingga tiba ditempat rujukan atau hingga menghabiskan 1,5 liter infus (40 tts/ menit). Kemudian berikan 125 ml/jam. Jika tidak tersedia cairan yang cukup, berikan 500 ml kedua dengan kecepatan sedang dan beri minum untuk rehidrasi.		

Peragakan cara melakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) dan Kompresi Bimanual Eksternal (KBE) dengan model panggul.

7. Kompresi Bimanual Internal (KBI) dilakukan selama 5 menit:

No	Kegiatan Kompresi Bimanual Internal	0	1
1	Memakai sarung tangan panjang steril, lalu masukan tangan dengan lembut melalui introitus kedalam		
2	vagina.		

3	Memeriksa vagina dan serviks, apakah ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uteri yang menjadikan uterus tidak berkontraksi penuh.		
4	Meletakkan kepalan tangan pada <i>forniks anterior</i> , menekan dinding anterior uterus, sementara telapak tangan lain pada abdomen, menekan dengan kuat dinding belakang uterus kearah kepalan tangan yang didalam.  Menekan uterus dengan kedua tangan secara kuat untuk menekan langsung pembuluh darah didalam dinding uterus dan merangsang kontraksi endometrium.		

Jika kontraksi uterus tidak terjadi dalam 5 menit maka ajarkan keluarga untuk melakukan KBE. Lanjutkan dengan langkah manajemen atoni uteri selanjutnya. Minta keluarga menyiapkan rujukan.

#### 8. Kompresi Bimanual Eksternal:

No	Kegiatan Kompresi Bimanual Internal	0	1
1	Meletakkan satu kepalan tangan pada abdomen didepan uterus, tepat diatas simpisis pubis.		
2	Meletakkan tangan yang lain dengan telapak tangan pada dinding abdomen (dibelakang corpus uteri), usahakan memegang bagian belakang uterus seluas mungkin.		
3	Melakukan gerakan saling merapatkan kedua tangan untuk melakukan kompresi pembuluh darah di dinding uterus dengan cara menekan uterus diantara kedua tangan tersebut. Ini akan membantu uterus berkontraksi dan menekan pembuluh darah uterus.		