

Editor: Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep

ILMU KEBIDANAN

Teori, Aplikasi dan Isu



Deki Syaputra ZE, M.Hum. | Rosyati Pastuty, S.SiT, M.Kes.
Kharisma Virgihan, S.ST., M.Keb. | Vida Wira Utami, S.ST., Bdn., M.Kes.
Nurul Komariah, S.ST., M.Keb. | Stephanie Lexy Louis, S.ST., M.Biomed.
Reffi Dhamayanti, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb. | Evi Yuniarti, S.ST., M.Kes.
Yoan Putri Praditia Susanto, S.ST., M.Keb. | Indah Christiana, S.ST., M.Kes.
Ayu Nina Mirania, S.ST., M.Bmd. | Herlina, S.ST., M.Kes.
Elitas Vasra, S.ST, M.Keb. | Nesi Novita, S.Si.T, M.Kes.
Ns. Neneng Fitria Ningsih, S.Kep. M.Biomed.
Matje Meriaty Huru, S.ST., M.Kes.
Bd. Dwi Retno Wati, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.
Murdiningsih, S.ST., S.Pd., M.Kes.
dr. Cipta Pramana, Sp.OG(K).

BOOK CHAPTER

**ILMU KEBIDANAN
(TEORI, APLIKASI DAN ISU)**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

ILMU KEBIDANAN (TEORI, APLIKASI DAN ISU)

Deki Syaputra ZE, M.Hum.
Rosyati Pastuty, S.SiT, M.Kes.
Kharisma Virgian, S.ST., M.Keb.
Vida Wira Utami, S.ST., Bdn., M.Kes.
Nurul Komariah, S.ST., M.Keb.
Stephanie Lexy Louis, S.ST., M.Biomed.
Reffi Dhamayanti, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.
Evi Yuniarti, S.ST., M.Kes.
Yoan Putri Praditia Susanto, S.ST., M.Keb.
Indah Christiana, S.ST., M.Kes.
Ayu Nina Mirania, S.ST., M.Bmd.
Herlina, S.ST., M.Kes.
Elitas Vasra, S.ST, M.Keb.
Nesi Novita, S.Si.T, M.Kes.
Ns. Neneng Fitria Ningsih, S.Kep. M.Biomed.
Matje Meriaty Huru, S.ST., M.Kes.
Bd. Dwi Retno Wati, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.
Murdiningsih, S.ST., S.Pd., M.Kes.
dr. Cipta Pramana, Sp.OG(K).

Editor:

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.penerbit.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

ILMU KEBIDANAN (TEORI, APLIKASI DAN ISU)

Deki Syaputra ZE, M.Hum.
Rosyati Pastuty, S.SiT, M.Kes.
Kharisma Virgian, S.ST., M.Keb.
Vida Wira Utami, S.ST., Bdn., M.Kes.
Nurul Komariah, S.ST., M.Keb.
Stephanie Lexy Louis, S.ST., M.Biomed.
Reffi Dhamayanti, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.
Evi Yuniarti, S.ST., M.Kes.
Yoan Putri Praditia Susanto, S.ST., M.Keb.
Indah Christiana, S.ST., M.Kes.
Ayu Nina Mirania, S.ST., M.Bmd.
Herlina, S.ST., M.Kes.
Elitas Vasra, S.ST, M.Keb.
Nesi Novita, S.Si.T, M.Kes.
Ns. Neneng Fitria Ningsih, S.Kep. M.Biomed.
Matje Meriaty Huru, S.ST., M.Kes.
Bd. Dwi Retno Wati, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.
Murdiningsih, S.ST., S.Pd., M.Kes.
dr. Cipta Pramana, Sp.OG(K).

Editor :

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep

Tata Letak :

Mega Restiana Zendrato

Desain Cover :

Syahrul Nugraha

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

viii, 318

ISBN :

978-623-362-417-6

Terbit Pada :

Februari 2022

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.penerbit.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk *book chapter* dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. *Book chapter* ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan ilmu Kebidanan (Teori, Aplikasi dan Isu).

Sistematika buku Ilmu Kebidanan (Teori, Aplikasi dan Isu) ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan *book chapter* ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai insiator *book chapter* ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 18 Januari 2022

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
1 SEJARAH PERKEMBANGAN PELAYANAN DAN PENDIDIKAN KEBIDANAN.....	1
Perkembangan Pelayanan Kebidanan	2
Perkembangan Pendidikan Kebidanan	6
2 FALSAFAH KEBIDANAN DAN FILOSOFI ASUHAN KEBIDANAN	13
Latar Belakang	13
Definisi Bidan	14
Filosofi	16
Filosofi Kebidanan	17
3 MANAJEMEN KEBIDANAN.....	25
Pendahuluan	25
Definisi.....	26
Langkah – Langkah Manajemen Kebidanan	28
Berpikir Kritis dalam Kebidanan	31
Langkah-Langkah dalam Berfikir Kritis	33
Manajemen Kebidanan dalam Literatur Terkini....	34
Kesimpulan	38
4 KOMUNIKASI DAN KONSELING DALAM KEBIDANAN	41
Pengertian Komunikasi	41
Komunikasi Terapeutik.....	47

	Teori Model dan Kualitas Hubungan Antar Manusia.....	50
	Konseling dalam Asuhan Kebidanan.....	53
5	PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN KEBIDANAN.....	57
	Pendahuluan.....	57
	Definisi Promosi Kesehatan.....	58
	Promosi Kesehatan.....	59
	Precede Model.....	60
	Proceed.....	65
	Kesimpulan.....	72
6	MUTU PELAYANAN KEBIDANAN DAN METODE PENINGKATAN MUTU.....	77
	Mutu Pelayanan Kebidanan.....	77
	Persepsi Mutu Pelayanan Kebidanan.....	77
	Standar Mutu Pelayanan Kebidanan.....	78
	Ruang Lingkup Standar Pelayanan Kebidanan.....	80
	Metode Peningkatan Mutu Pelayanan Kebidanan.....	81
	Tujuan Program Menjaga Mutu.....	86
	Manfaat Program Menjaga Mutu.....	86
	Sasaran Program Menjaga Mutu.....	87
	Kegiatan Program Menjaga Mutu.....	88
	Dimensi Kepuasan Pelayanan.....	89
	Aspek yang Perlu Diperhatikan dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Kebidanan.....	90
	Menerapkan <i>Total Quality Management (TQM)</i>	92

7	KELUARGA BERENCANA.....	95
	Konsep Keluarga Berencana.....	95
	Konseling KB.....	98
	Pelayanan KB Pasca Salin dan Pasca Keguguran	108
8	BIDAN DAN STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS	115
	Bidan dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas ..	115
	Pendekatan Edukatif dalam Masyarakat.....	115
	Pelayanan yang Berorientasi pada Kebutuhan Masyarakat	119
	Memanfaatkan Fasilitas dan Potensi yang Ada pada Masyarakat.....	122
	Peran Serta Masyarakat	124
	Pendekatan Peran Serta Masyarakat	125
	Faktor-Faktor dalam Peran Serta Masyarakat	125
	Pembinaan Peran Serta Masyarakat	126
9	PEMERIKSAAAN GINEKOLOGI DAN KELAINAN GINEKOLOGI.....	129
	Pendahuluan.....	129
	Pemeriksaan Ginekologi.....	129
	Teknik Pemeriksaan Ginekologi.....	130
	Tahapan Pemeriksaan Ginekologi.....	132
	Kelainan Ginekologi.....	137

10	ETIKOLEGAL DAN HUKUM DALAM PRAKTIK KEBIDANAN	141
	Konsep Dasar Etika	141
	Aspek Legal dalam Pelayanan Kebidanan.....	145
	Kewenangan, Kewajiban dan Hak Bidan	152
11	KONSEP ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS.....	159
	Pendahuluan	159
	Konsep Dasar Kebidanan Komunitas.....	159
	Falsafah Kebidanan Komunitas	161
	Sasaran Kebidanan Komunitas	162
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kebidanan Komunitas.....	164
	Jaringan Kerja Kebidanan Komunitas.....	168
12	ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN.....	173
	Pendahuluan	173
	Mengembangkan Perencanaan Asuhan yang Komprehensif	182
	Asuhan Kehamilan Kunjungan Ulang.....	185
	Pengertian	185
	Elemen-Elemen Penting dari Riwayat serta Pemeriksaan Fisik Selama Kunjungan Ulang Antenatal	186
	Komponen-Komponen dari Pemeriksaan Tes Laboratorium	191
13	ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR	199
	Pendahuluan	199
	Konsep Persalinan	199
	Penutup	212

14	ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN MENYUSUI..	215
	Konsep Dasar Masa Nifas.....	215
	Konsep Dasar Laktasi	226
15	TUMBUH KEMBANG BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH	235
	Pendahuluan.....	235
	Pengertian	235
16	DOKUMENTASI KEBIDANAN	255
	Pengertian Dokumentasi Kebidanan	255
	Tujuan dan Fungsi Dokumentasi	255
	Prinsip-Prinsip Dokumentasi.....	258
	Aspek Legal dalam Dokumentasi	261
	Manfaat Dokumentasi.....	263
	Pendokumentasian SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Penatalaksanaan)	265
17	PERTOLONGAN PERSALINAN DAN OPERASI....	269
	Pengantar.....	269
	Pemeriksaan Prabedah.....	271
	Prosedur Operasi	274
	Penanganan Pascabedah < 24 Jam.....	282
	Komplikasi	283
18	PENYULIT DAN KOMPLIKASI PERSALINAN	287
	Pengantar.....	287
	Penyulit dan Komplikasi Persalinan Kala I.....	287
	Penyulit dan Komplikasi Persalinan Kala II	290
	Penyulit dan Komplikasi Persalinan Kala III.....	297
	Penyulit dan Komplikasi Persalinan Kala IV.....	298

19	KEGAWATDARURATAN OBSTETRI.....	305
	Pendahuluan.....	305
	Kegawatdaruratan Obstetri	306
	Perdarahan Antepartum.....	307
	Plasenta Previa	309
	Solusio Plasenta (<i>Abruptio Placentae</i>).....	311
	Kesimpulan	316

SEJARAH PERKEMBANGAN PELAYANAN DAN PENDIDIKAN KEBIDANAN

Deki Syaputra ZE, M.Hum.

Universitas Batanghari Jambi

Kebidanan merupakan ilmu yang mempejari tentang alikhwal kelahiran manusia yang dimulai dari konsepsi sampai melahirkan dan memelihara bayi, serta orang yang mempelajari dan berprofesi sebagai yang mengerti dengan pendidikan tersebut dan orang yang melakukan pelayanan pendampingan kelahiran dikenal dengan sebutan bidan. Oleh karena itu bidan diartikan seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Kemenkes R.I, 2017b).

Sementara itu, kebidanan disebut juga suatu hukum kejaiban alam yang besar, dimana manusia harus berkembang biak, hukum alam bagi manusia yang berlainan jenis sebagai akibat hawa nafsunya. Kosepsi ini sama dengan suatu sejarah yang berawal dari lahir, tumbuh dan berkembang, sebagai wujud dari perkembangan dan kemajuan zaman. Begitu juga halnya dengan kebidanan itu sendiri memiliki kisah sejarah tersendiri baik perkembangan pelayanan maupun dari segi pendidikannya.

Pada dasarnya praktek kebidanan ini telah lama dilakukan khususnya di Nusantara, dimana pada masa lampau proses persalinan ini dilakukan oleh dukun beranak. Walaupun menurut ilmu kebidanan dikemudian

hari proses yang dilakukan oleh dukun beranak tersebut tidak sesuai dengan keilmuannya, tetapi terlepas dari itu semua jauh sebelum keberadaan bidan, dukun beranak sudah berkontribusi dalam membantu persalinan. Sekalipun demikian keberadaan bidan sangat penting dan membantu dalam melaksanakan dan mendampingi proses tersebut dimasa berikutnya.

Perkembangan pendidikan dan pelayanan kebidanan di Indonesia tidak terlepas dari masa penjajahan Belanda, era kemerdekaan politik/ kebijakan pemerintah dalam pelayanan dan pendidikan tenaga kesehatan, kebutuhan masyarakat serta kemajuan ilmu dan teknologi. Bagaimana kemunculan dan perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan tersebut akan diuraikan berikut ini.

Perkembangan Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan merupakan seluruh tugas yang dilakukan oleh seseorang yang berprofesi sebagai bidan dalam pelayanan kesehatan dan bertanggung jawab dalam meningkatkan kesehatan kaum perempuan serta mengutamakan keselamatan ibu dan anak. Jauh sebelum keberadaan bidan, dukun beranak menempati posisi dalam penanganan persalinan yang didominasi dengan percaya terhadap tahayul, mantra-mantra, mengurut-urut serta dilengkapi dengan ramuan-ramuan tradisional.

Kondisi tersebut berubah dengan adanya pengaruh kedatangan dan pendudukan Belanda di Indonesia, sistem atau konsep yang sedang berkembang di dunia internasional dan di negaranya sendiri diterapkannya di Indonesia termasuk dalam urusan kesehatan. Tahun 1807 masa pemerintahan Gubernur Jendral Hendrik William Deandels para dokter dilatih dalam petolongan persalinan, tetapi keadaan ini tidak berlangsung lama karena tidak adanya pelatih kebidanan. Pada masa ini pelayanan kebidanan hanya diperuntukkan bagi orang-orang Belanda yang ada di Indonesia.

Tahun 1849 di buka pendidikan Dokter Jawa di Batavia (Di Rumah Sakit Militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto). Saat itu ilmu kebidanan belum merupakan

pelajaran, baru tahun 1889 oleh Straat, Obstetrikus Austria dan Masland, Ilmu kebidanan diberikan sukarela. Seiring dengan dibukanya pendidikan dokter tersebut, pada tahun 1851, dibuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia oleh seorang dokter militer Belanda (dr. W. Bosch). Mulai saat itu pelayanan kesehatan ibu dan anak pribumi dilakukan oleh dukun dan bidan untuk orang-orang Belanda yang ada di Indonesia. Dukun pada masa ini disebut juga dengan istilah Bidan Kampung.

Sekolah tersebut ditutup pada tahun 1875 dengan alasan salah satu alasan penutupan sekolah ini karena rendahnya apresiasi wanita bersalin terhadap pertolongan bidan dibandingkan dengan pertolongan seorang dukun bernak. Kembali dibuka lagi tahun 1897 di bawah pimpinan Prof. Boerma. Pada era ini Prof Remmeltz melaporkan bahwa angka kematian ibu sebesar 1.600 per 100.000 persalinan hidup dan angka kematian bayi sekitar 30 % dari kelahiran sebelum mencapai usia satu tahun. Penderitaan akibat persalinan sangat berdampak pada masyarakat sehingga pihak swasta pun ikut membuka sekolah bidan seperti misi Katolik 1890 di Tjideres, Jawa Barat, juga salah satu daerah di Sumatera Utara.

Pada tahun 1920, dr. Piverelli mendirikan semacam biro konsultasi ibu dan anak di Jakarta yang bernama Consultantie Bureau Vrouw Moeder en Kind. Biro konsultasi semacam ini dipelopori oleh dr. Poerwosoewardjo dan dr. Soemaroe dengan mengikut sertakan dukun beranak. Dukun diberi semacam pendidikan khusus agar mampu memberi pertolongan persalinan yang seharusnya sesuai dengan ilmu kebidanan.

Sekitar tahun 1938 tercatat sekitar 376 bidan di seluruh Indonesia, jumlah yang sangat kecil bila dibandingkan dengan jumlah penduduk yang memerlukan pertolongan bidan, keterbatasan bidan ini pula yang menyebabkan jasa dukun bayi sangat marak bahkan hingga sekarang. Peserta didik bidan diambil dari tenaga para juru rawat yang telah bekerja selama tiga tahun untuk mendapatkan pendidikan selama dua tahun dan ditetapkan menjadi

pembantu bidan. Kongres Vereniging Van Geneeskundigen di Semarang tahun 1938 menolak adanya pembantu bidan dan menghendaki keberadaan Sekolah Bidan.

Pada tahun 1952 mulai diadakan pelatihan bidan secara formal agar dapat meningkatkan kualitas pertolongan persalinan. Perubahan pengetahuan dan keterampilan tentang pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh di masyarakat dilakukan melalui kursus tambahan yang dikenal dengan istilah Kursus Tambahan Bidan (KTB) pada tahun 1953 di Yogyakarta yang akhirnya dilakukan pula dikota-kota besar lain di nusantara. Seiring dengan pelatihan tersebut didirikanlah Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA).

Keberadaan BKIA inilah yang akhirnya menjadi suatu pelayanan terintegrasi kepada masyarakat yang dinamakan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) pada tahun 1957. Puskesmas memberikan pelayanan berorientasi pada wilayah kerja. Bidan yang bertugas di Puskesmas berfungsi dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk pelayanan keluarga berencana.

Mulai tahun 1990 pelayanan kebidanan diberikan secara merata dan dekat dengan masyarakat. Kebijakan ini melalui Instruksi Presiden secara lisan pada Sidang Kabinet Tahun 1992 tentang perlunya mendidik bidan untuk penempatan bidan di desa. Adapun tugas pokok bidan di desa adalah sebagai pelaksana kesehatan KIA, khususnya dalam pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas serta pelayanan kesehatan bayi baru lahir, termasuk. Pembinaan dukun bayi. Dalam melaksanakan tugas pokoknya bidan di desa melaksanakan kunjungan rumah pada ibu dan anak yang memerlukannya, mengadakan pembinaan pada Posyandu di wilayah kerjanya serta mengembangkan Pondok Bersalin sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.

Titik tolak dari Konferensi Kependudukan Dunia di Kairo pada tahun 1994 yang menekankan pada *reproductive health* (kesehatan reproduksi), memperluas area garapan pelayanan bidan. Area tersebut meliputi:

1. *Safe Motherhood*, termasuk bayi baru lahir dan perawatan abortus
2. *Family Planning*
3. Penyakit menular seksual termasuk infeksi saluran alat reproduksi
4. Kesehatan reproduksi remaja
5. Kesehatan reproduksi pada orang tua.

Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya didasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes). Permenkes yang menyangkut wewenang bidan selalu mengalami perubahan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masyarakat dan kebijakan pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Permenkes tersebut dimulai dari:

1. Permenkes No. 5380/IX/1963, wewenang bidan terbatas pada pertolongan persalinan normal secara mandiri, didampingi tugas lain.
2. Permenkes No. 363/IX/1980, yang kemudian diubah menjadi Permenkes 623/1989 wewenang bidan dibagi menjadi dua yaitu wewenang umum dan khusus ditetapkan bila bidan meklaksanakan tindakan khusus di bawah pengawasan dokter. Pelaksanaan dari Permenkes ini, bidan dalam melaksanakan praktek perorangan di bawah pengawasan dokter.
3. Permenkes No. 572/VI/1996, wewenang ini mengatur tentang registrasi dan praktek bidan. Bidan dalam melaksanakan prakteknya diberi kewenangan yang mandiri. Kewenangan tersebut disertai dengan kemampuan dalam melaksanakan tindakan. Dalam wewenang tersebut mencakup:

- a. Pelayanan kebidanan yang meliputi pelayanan ibu dan anak
 - b. Pelayanan Keluarga Berencana
 - c. Pelayanan Kesehatan Masyarakat
4. Kepmenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktek bidan revisi dari Permenkes No. 572/VI/1996

Dalam melaksanakan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi dan merujuk sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya. Dalam keadaan darurat bidan juga diberi wewenang pelayanan kebidanan yang ditujukan untuk penyelamatan jiwa. Dalam aturan tersebut juga ditegaskan bahwa bidan dalam menjalankan praktek harus sesuai dengan kewenangan, kemampuan, pendidikan, pengalaman serta berdasarkan standar profesi. Pencapaian kemampuan bidan sesuai dengan Kepmenkes No. 900/2002 tidaklah mudah, karena kewenangan yang diberikan oleh Departemen Kesehatan ini mengandung tuntutan akan kemampuan bidan sebagai tenaga profesional dan mandiri.

Perkembangan Pendidikan Kebidanan

Perkembangan pendidikan bidan berhubungan dengan perkembangan pelayanan kebidanan. Keduanya berjalan seiring untuk menjawab kebutuhan/ tuntutan masyarakat akan pelayanan kebidanan, pendidikan tersebut meliputi pendidikan formal dan non formal. Sebagaimana halnya dukun bernak mendapatkan pendidikan yang berbeda dengan bidan pada umumnya, dimana pengetahuan terhadap persalinan diperoleh secara turun temurun serta pengalaman.

Pendidikan bidan dimulai pada masa penjajahan Hindia Belanda. Pada tahun 1851 seorang dokter militer Belanda (Dr. W. Bosch) membuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia. Pada tahun 1902 bidan dibuka kembali bagi wanita pribumi dan lulusan dari pendidikan ini harus bersedia untuk ditempatkan dimana saja

tenaganya dibutuhkan dan mau menolong masyarakat yang kurang mampu secara cuma-cuma. Pendidikan ini tidak berlangsung lama, karena kurangnya pesera didik yang disebabkan karena adanya larangan ataupun pembatasan bagi wanita untuk keluar rumah.

Pada tahun 1902 pendidikan bidan dibuka kembali bagi wanita pribumi di Rumah Sakit Militer di Batavia dan pada tahun 1904 pendidikan bidan bagi wanita Ludo dibuka di Makassar. Lulusan dari pendidikan ini harus bersedia ditempatkan dimana saja tenaga nya dibutuhkan dan mau menolong masyarakat yang tidak/kurang mampu secara cuma-cuma. Lulusan ini mendapat tunjangan dari pemerintah kurang lebih 15-25 Gulden perbulan dan pada tahun 1923 dinaikkan menjadi 40 Gulden perbulan.

Pada tahun 1911/1912 dimulai pendidikan tenaga keperawatan secara terencana di CBZ (RSUP) Semarang dan Batavia. Pada tahun 1914 telah diterima juga peserta didik wanita pertama dan bagi perawat wanita yang lulus dapat meneruskan kependidikan kebidanan selama dua tahun. Selanjutnya pada tahun 1935-1938 pemerintah kolonial Belanda mulai mendidik bidan lulusan Mulo (Setingkat SLTP bagian B) dan hampir bersamaan dibuka sekolah bidan di beberapa kota besar antara lain di Jakarta di RSB Budi Kemuliaan, RSB Palang Dua dan RSB Mardi Waluyo di Semarang. Di tahun yang sama dikeluarkan sebuah peraturan yang membedakan lulusan bidan berdasarkan latar belakang pendidikan.

Seorang dokter bernama H Sinaga pada tahun 1948 mengeluarkan stensilan untuk pendidikan bidan, pada tahun yang sama dr. S A Goelam mengeluarkan buku ilmu kebidanan (bagian fisiologis) dan ilmu kebidanan II (bagian patologi). Tahun 1950 dr. Mochtar dan dr. Soelijanti membentuk bagian kesehatan ibu dan anak (KIA) di Departemen Kesehatan RI Yogyakarta, yang telah berkembang sampai saat ini. Tahun 1950 tercatat 475 dokter, 4000 perawat termasuk bidan dan 6 spesialis obstetri ginekologi, sesudah tahun 1950 pendidikan bidan maju pesat.

Tahun 1953 dibuka Kursus Tambahan Bidan (KTB) di Yogyakarta, lamanya kursus antara 7 sampai dengan 12 minggu. Pada tahun 1960 KTB dipindahkan ke Jakarta. Tujuan dari KTB ini adalah untuk memperkenalkan kepada lulusan bidan mengenai perkembangan program KIA dalam pelayanan kesehatan masyarakat, sebelum lulusan memulai tugasnya sebagai bidan terutama menjadi bidan di BKIA.

Sementara itu, pada tahun 1954 dibuka pendidikan guru bidan secara bersama-sama dengan guru perawat dan perawat kesehatan masyarakat di Bandung dan pendidikan ini dilebur menjadi Sekolah Guru Perawat (SPG) pada tahun 1972. Selanjutnya dibuka program pendidikan bidan yang menerima lulusan dari Sekolah Pengatur Rawat (SPR) ditambah dua tahun pendidikan bidan yang di sebut Sekolah Pendidikan Lanjutan Jurusan Kebidanan (SPLJK) tahun 1970. Pendidikan ini tidak dilaksanakan secara merata di seluruh provinsi. Pada tahun 1974 mengingat jenis tenaga kesehatan menengah dan bawah sangat banyak (24 katagori), Departemen Kesehatan melakukan penyederhanaan pendidikan tenaga kesehatan non sarjana. Sekolah bidan ditutup dan dibuka Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dengan tujuan adanya tenaga multipurpose dilapangan dimana salah satu tugasnya adalah menolong persalinan normal. Namun karena adanya perbedaan falsafah dan kurikulum terutama yang berkaitan dengan kemampuan seorang bidan, maka tujuan pemerintah agar SPK dapat menolong persalinan tidak tercapai atau terbukti tidak berhasil.

Di tahun 1975-1984 institusi pendidikan ditutup, sehingga 10 tahun tidak menghasilkan bidan. Tepat pada tahun 1989 dibuka lagi kursus program pendidikan bidan secara nasional, program ini dikenal sebagai program Pendidikan Kebidanan Bidan A (PPB/A). Pada tahun 1993 dibuka Program Pendidikan Bidan Program B dan C. Namun demikian sebelumnya, tepatnya pada tahun tahun 1981 untuk meningkatkan kemampuan perawat kesehatan (SPK) dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk kebidanan, dibuka pendidikan diploma I

Kesehatan Ibu dan Anak. Pendidikan ini hanya berlangsung satu tahun dan tidak dilakukan oleh semua institusi.

Selain program pendidikan bidan diatas, sejak tahun 1994-1995 pemerintah juga menyelenggarakan uji coba Pendidikan Bidan Jarak Jauh (*distance learning*), kebijakan ini dilaksanakan untuk memperluas cakupan upaya peningkatan mutu tenaga kesehatan yang sangat diperlukan dalam pelaksanaan mutu tenaga kesehatan yang sangat diperlukan dalam pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Pada tahun 2000 telah ada tim pelatih Asuhan Persalinan Normal (APN) yang dikoordinasikan oleh Maternal Neonatal Health yang sampai saat ini telah melatih APN di beberapa propinsi/kabupaten. Kebidanan di seluruh Indonesia pada tahun ini telah meluluskan peserta didik sebanyak 1196 orang. Harapan yang tinggi terhadap lulusan yang dihasilkan oleh pendidikan ini ialah mampu menganalisis, mengantisipasi, dan lebih cepat dan tepat mengambil keputusan untuk menyelamatkan dua nyawa, ibu dan bayi, yang berdampak pada kesejahteraan keluarga.

Mengingat besarnya tanggung jawab dan beban kerja bidan dalam melayani masyarakat, pemerintah bersama dengan IBI telah mengupayakan pendidikan bagi bidan agar dapat menghasilkan lulusan yang mampu memberikan pelayanan yang berkualitas dan dapat berperan sebagai tenaga kesehatan professional.

Berdasarkan hal tersebut maka mulai tahun 1996 telah dibuka pendidikan diploma III kebidanan dengan menggunakan kurikulum nasional yang telah ditetapkan melalui surat keputusan menteri pendidikan dan kebudayaan RI No. 009/U/1996 di enam provinsi dengan menerima calon peserta didik dari SMA. Saat ini kurikulum D III Kebidanan telah direvisi mengacu pada Kep Mendiknas 232 tahun 2000 tentang pedoman penyusunan kurikulum pendidikan tinggi dan hasil revisi tersebut telah disahkan dengan keputusan menteri kesehatan RI No. HK.006.06.2.4.1583.

Pada tahun 2001 tercatat ada 65 institusi yang menyelenggarakan pendidikan diploma III kebidanan di seluruh Indonesia. Dalam tiga tahun terakhir minat masyarakat untuk berpartisipasi dalam pendidikan diploma III Kebidanan sangat tinggi. Hal ini terlihat sampai saat ini jumlah institusi penyelenggara D III Kebidanan sudah mencapai 147 dengan 44 milik Depkes dan sisanya kepemilikan pemerintah daerah, TNI dan swasta. Hal ini perlu kita cermati bersama bahwa apabila peluang seperti akan tetap dipertahankan maka tidak ditutup kemungkinan jumlah institusi DIII kebidanan sulit untuk dibendung karena adanya aturan yang memungkinkan untuk itu. Sekaitan dengan hal tersebut sebaiknya pihak-pihak terkait seperti IBI melakukan studi tentang hal ini dan menyampaikan kepada pihak terkait dan berwenang sebagai masukan untuk membatasi izin pendirian Diploma kebidanan dan DIV Bidan pendidik. Dengan jumlah institusi yang cukup besar tersebut dihadapi berbagai masalah antara lain jumlah dosen serta sarana lahan praktik dan kasus yang terbatas. Untuk mengatasi kendala ini mulai tahun 2000 dibuka program diploma IV bidan pendidik yang diselenggarakan di fakultas kedokteran Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Pendidikan ini lamanya dua semester (satu tahun) dan saat ini telah berkembang program yang sama pada UNPAD(2001), USU(2004) dan STIKES Ngudi Waluyo Semarang, serta STIKIM Jakarta (2003).Akhir-akhir ini minat masyarakat untuk membuka program DIV bidan pendidik juga sudah mulai banyak seperti adanya beberapa usulan yang sudah masuk ke Pusdiknakes dari pemrakarsa program DIV bidan pendidik pada awalnya dilaksanakan dalam masa transisi dalam upaya pemenuhan kebutuhan dosen.

Apabila dianalisa lebih lanjut aturan yang berlaku pada Depdiknas adalah kualifikasi dosen minimal satu tingkat program yang dilaksanakan dengan program studi yang sesuai. Sebagaimana yang kita ketahui bahwa DIV bidan pendidik dengan masa studi satu tahun terdiri dari beban materi profesi kebidanan kurang lebih 60 % dan 40 % beban materi kependidikan. Hal ini sebenarnya belum belum memenuhi ketentuan yang ditetapkan Depdiknas

bahwa kualifikasi dosen minimal DIV dan S1 Kebidanan dan untuk menjadi pendidik perlu ditambah dengan kemampuan kependidikan. Dengan memperhatikan permasalahan tersebut mungkin sudah waktunya untuk memikirkan dan membuat rancangan pendidikan DIV Kebidanan kilinis dan S1 Kebidanan. Tidak tertutup kemungkinan pula untuk mengembangkan pendidikan pada jenjang S2 maupun SP1 dan SP2, apabila diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dosen, peneliti dan menejer dalam bidang midwifery/ kebidanan disamping tetap melaksanakan pemenuhan kebutuhan tenaga pelaksana pelayanan kebidanan oleh setiap tatanan pelayanan kesehatan. Tapi hal ini terlebih dahulu harus disusun dan ditetapkan kompetensi untuk masing-masing level/ jenjang pendidikan agar tidak terjadi kebingungan dikemudian hari. Penyusunan kompetensi ini dilakukan oleh IBI bersama-sama dengan unsure terkait lainnya seperti Depkes, organisasi profesi (POGI, IDAI, PERNASIA, dll).

Adapun pembinaan dan pengawasan yang telah diupayakan oleh Pusdiknakes antara lain mulai dari penyusunan dan penetapan standar kompetensi bidan, penilaian ijin institusi baru, seleksi mahasiswa baru, penyusunan kurikulum, akreditasi dan ujian akhir program. Serta pengembangan beberapa standar pendidikan. Sampai saat ini dari 147 institusi telah terakreditasi sebanyak 26 dengan status sebagai berikut: A= 4, B = 18 dan C= 4. Sehubungan dengan hal tersebut diatas, ke depan kita sudah waktunya untuk meninjau ulang dan menata kembali pola pendidikan berjenjang dan berkelanjutan bagi bidan.

Daftar Pustaka

- Novianty Asry. *Konsep Kebidanan*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah. 2017.
- Nazriah. *Konsep Dasar Kebidanan*. Banda Aceh: Yayasan Pena. 2009.
- Sari Febriana. *Konsep Kebidanan*. Medan: Akademi Kebidanan Mitra Husada. 2016.

Profil Penulis



Deki Syaputra ZE, M.Hum.

Penulis merupakan kelahiran Sungai Penuh pada tanggal 09 Maret 1991. Menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Atas dari SMA Negeri 4 Kota Sungai Penuh tahun 2009. Penulis Strata Satu (S1) pada Jurusan Sejarah Kebudayaan Islam Fakultas Adab dan Humaniora IAIN Imam Bonjol Padang pada tahun 2013 dan menyelesaikan Strata Dua (S2) Prodi Ilmu Sejarah Fakultas Ilmu Budaya Universitas Andalas pada tahun 2017.

Saat ini Penulis menjadi pengajar pada Program Studi Pendidikan Sejarah Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Batanghari-Jambi.

Email Penulis: dekisyaputra.unbari@gmail.com

FALSAFAH KEBIDANAN DAN FILOSOFI ASUHAN KEBIDANAN

Rosyati Pastuty, S.SiT, M.Kes.

Poltekkes Kemenkes Palembang

Latar Belakang

Di seluruh dunia praktik kebidanan telah dilakukan selama berabad-abad, dan memiliki ciri dan karakteristik yang telah berkembang secara berbeda sesuai dengan budaya, tradisi local atau regional dan pengetahuan. Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka kesakitan dan Kematian Bayi (AKB). Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna berfokus pada aspek pencegahan, promosi, dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkan, kapan dan dimanapun dia berada. Untuk menjamin kualitas tersebut diperlukan suatu pemahaman mengenai falsafah dan pelayanan kebidanan untuk melakukan segala tindakan dan asuhan yang diberikan dalam seluruh aspek pengabdian profesi kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik dari aspek input, proses dan *output*.

Definisi Bidan

Bidan adalah sebutan bagi orang yang belajar di sekolah khusus untuk menolong perempuan saat melahirkan. Bidan dalam bahasa Inggris berasal dari kata *Midwife* yang artinya “Pendamping Wanita”, sedangkan dalam bahasa Sansekerta “*Wirdhan*” yang artinya “Wanita Bijaksana”. Bidan merupakan profesi yang diakui secara nasional maupun internasional dengan sejumlah praktisi di seluruh dunia. Pengertian bidan dan bidang praktiknya secara internasional telah diakui oleh *Internasional Confederation of Midwives* (ICM) tahun 1972 dan *Internasional Federation of International Gynaecologist and Obstetritian* (FIGO) tahun 1973, WHO dan badan lainnya. Pada tahun 1990 pada pertemuan dewan di Kobe, ICM menyempurnakan definisi tersebut yang kemudian disahkan oleh FIGO (1991) dan WHO (1992).

1. Menurut International Confederation of Midwives (ICM)

Definisi bidan menurut ICM adalah;

“A midwife is a person who has successfully completed a midwifery education programme that is duly recognized in the country where it is located and that is based on the ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice and the framework of the ICM Global Standards for Midwifery Education; who has acquired the requisite qualifications to be registered and/ or legally licensed to practice midwifery and use the title ‘midwife’; and who demonstrates competency in the practice of midwifery”.

Arti secara lengkap;

“bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan yang diakui di negara tempat ia berada dan yang didasarkan pada Kompetensi Esensial ICM untuk Praktik Kebidanan Dasar dan kerangka Standar Global ICM untuk Pendidikan Kebidanan; yang telah memperoleh kualifikasi yang diperlukan untuk terdaftar dan/ atau memiliki izin resmi untuk praktik kebidanan dan

menggunakan gelar “bidan” dan yang menunjukkan kompetensi dalam praktik kebidanan”.

Definisi tersebut secara berkala *direview* dalam pertemuan international ICM.

2. Menurut Ikatan Bidan Indonesia

Bidan 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 diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Bidan adalah tenaga professional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memfasilitasidan memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawat-daruratan. Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak. Bidan dapat praktik diberbagai tatanan pelayanan: termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

3. Menurut Undang-undang

- a. Keputusan Presiden RI Nomor 23 tahun 1994 Pasal 1 butir 1; tentang Pengangkatan Bidan Sebagai Pegawai Tidak Tetap berbunyi: “Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti Program Pendidikan Bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku”.
- b. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan, menyatakan bahwa “bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan”.

Filosofi

Filosofi adalah cabang ilmu yang mengkaji tentang masalah mendasar dalam kehidupan. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) mendefinisikan arti filosofi sama dengan filsafat. Filosofi adalah kata yang diserap dari Bahasa Belanda “filosofie”. Sementara filsafat berasal dari serapan bahasa Arab “falsafa”. Kata ini berakar dari Bahasa Yunani “philosophia”. Istilah Yunani ini terdiri dari kata “philos” yang berarti “cinta” atau sahabat dan kata “Sophia” yang berarti “kebijaksanaan, kearifan atau pengetahuan”. Jadi, menurut asal usul katanya, arti filosofi adalah cinta pada kebijaksanaan atau cinta pada kebenaran yang dalam hal ini kebenaran ilmu pengetahuan.

Secara umum, filosofi adalah kajian masalah mendasar dan umum tentang persoalan seperti eksistensi, pengetahuan, nilai, akal, pikiran, dan bahasa. Dalam arti luas, filosofi adalah kegiatan yang dilakukan orang ketika mereka berusaha memahami kebenaran mendasar tentang diri mereka sendiri, dunia tempat mereka tinggal, dan hubungan mereka dengan dunia dan satu sama lain.

Filosofi adalah cara berpikir tentang subjek tertentu seperti etika, pemikiran, keberadaan, waktu, makna dan nilai. Cara berpikir filosofi melibatkan 4 Rs: *responsiveness* (daya tanggap), *reflection* (refleksi), *reason* (alasan), dan *re-evaluation* (re-evaluasi).

Filosofi Kebidanan

Kebidanan (*midwifery*) merupakan ilmu yang terbentuk dari sintesa berbagai disiplin ilmu (multi disiplin) yang terkait dengan pelayanan kebidanan meliputi ilmu kedokteran, ilmu keperawatan, ilmu perilaku, ilmu sosial budaya, ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu manajemen untuk dapat memberikan pelayanan kepada ibu dalam masa pra konsepsi, hamil, bersalin, postpartum, bayi baru lahir.

Filosofi atau falsafa kebidanan adalah keyakinan atau pandangan hidup bidan yang digunakan sebagai kerangka pikir dalam memberikan asuhan kebidanan.

Falsafah kebidanan tersebut adalah:

1. Profesi kebidanan secara nasional diakui dalam Undang-undang maupun peraturan pemerintah Indonesia yang merupakan salah satu tenaga pelayanan kesehatan professional dan secara internasional diakui oleh *International Confederation of Midwives* (ICM), FIGO dan WHO.
2. Tugas, tanggungjawab dan kewenangan profesi bidan yang telah diatur dalam beberapa peraturan maupun keputusan menteri kesehatan ditujukan dalam rangka membantu program pemerintah bidang kesehatan khususnya ikut dalam rangka menurunkan AKI, AKB, KIA, Pelayanan ibu hamil, melahirkan, nifas yang aman dan KB.
3. Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan manusia dan perbedaan budaya. Setiap individu berhak untuk menentukan nasib sendiri, mendapat informasi yang cukup dan untuk berperan di segala aspek pemeliharaan kesehatannya.

4. Bidan meyakini bahwa menstruasi, kehamilan, persalinan dan menopause adalah proses fisiologi dan hanya sebagian kecil yang membutuhkan intervensi medic.
5. Persalinan adalah suatu proses yang alami, peristiwa normal, namun apabila tidak dikelola dengan tepat dapat berubah menjadi abnormal.
6. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan dan bayinya berhak mendapat pelayanan yang berkualitas.
7. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga yang membutuhkan persiapan mulai anak menginjak masa remaja.
8. Kesehatan ibu periode reproduksi dipengaruhi oleh perilaku ibu, lingkungan dan pelayanan kesehatan.
9. Intervensi kebidanan bersifat komprehensif mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan *rehabilitative* ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat.
10. Manajemen kebidanan diselenggarakan atas dasar pemecahan masalah dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan yang professional dan interaksi social serta asas penelitian dan pengembangan yang dapat melandasi manajemen secara terpadu.
11. Proses kependidikan kebidanan sebagai upaya pengembangan kepribadian berlangsung sepanjang hidup manusia perlu dikembangkan dan diupayakan untuk berbagai strata masyarakat.

Falsafah asuhan kebidanan merupakan keyakinan/pandangan hidup bidan yang digunakan sebagai kerangka berpikir dalam memberikan asuhan kepada klien.

Keyakinan tersebut meliputi:

1. Keyakinan tentang kehamilan dan Persalinan.

Hamil dan bersalin merupakan suatu proses alamiah dan bukan penyakit.

2. Keyakinan tentang perempuan.

Setiap perempuan adalah pribadi yang unik mempunyai hak, kebutuhan, keinginan masing-masing. Oleh sebab itu perempuan harus berpartisipasi aktif dalam setiap asuhan yang diterimanya.

3. Keyakinan mengenai fungsi profesi dan manfaatnya.

Fungsi utama profesi bidan adalah mengupayakan kesejahteraan ibu dan bayinya, proses fisiologis harus dihargai, didukung dan dipertahankan. Bila timbul penyulit, dapat menggunakan teknologi tepat guna dan rujukan yang efektif, untuk memastikan kesejahteraan perempuan dan janin/ bayinya.

Keyakinan tentang pemberdayaan perempuan dan membuat keputusan. Perempuan harus diberdayakan untuk mengambil keputusan tentang kesehatan diri dan keluarganya melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) dan konseling. Pengambilan keputusan merupakan tanggung jawab bersama antara perempuan, keluarga dan pemberi asuhan.

4. Keyakinan tentang tujuan Asuhan.

Tujuan utama asuhan kebidanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (mengurangi kesakitan dan kematian). Asuhan kebidanan berfokus pada: pencegahan, promosi kesehatan yang bersifat holistik, diberikan dengan cara yang kreatif dan fleksibel, suportif, peduli; bimbingan, monitor dan pendidikan berpusat pada perempuan; asuhan berkesinambungan, sesuai keinginan dan tidak otoriter serta menghormati pilihan perempuan.

5. Keyakinan tentang kolaborasi dan kemitraan.

Praktik kebidanan dilakukan dengan menempatkan perempuan sebagai partner dengan pemahaman holistik terhadap perempuan, sebagai salah satu kesatuan fisik, psikis, emosional, sosial, budaya, spiritual serta pengalaman reproduksinya. Bidan memiliki otonomi penuh dalam praktiknya yang berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

Sebagai Profesi bidan mempunyai pandangan hidup Pancasila, seorang bidan menganut filosofi yang mempunyai keyakinan didalam dirinya bahwa semua manusia adalah mahluk bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual yang unik merupakan satu kesatuan jasmani dan rohani yang utuh dan tidak ada individu yang sama.

Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan dan perbedaan kebudayaan. Setiap individu berhak menentukan nasib sendiri dan mendapatkan informasi yang cukup dan untuk berperan disegala aspek pemeliharaan kesehatan.

Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan dan bayinya berhak mendapatkan pelayanan yang berkualitas.

Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga, yang membutuhkan persiapan sampai anak menginjak masa-masa remaja.

Keluarga yang berada di suatu wilayah/ daerah membentuk masyarakat kumpulan dan masyarakat Indonesia terhimpun didalam satu kesatuan bangsa Indonesia. Manusia terbentuk karena adanya interaksi antara manusia dan budaya dalam lingkungan yang bersifat dinamis mempunyai tujuan dan nilai-nilai yang terorganisir.

ICM mengakui bidan sebagai profesional pilihan untuk wanita yang melahirkan anak di semua wilayah di dunia. Standar universal ini didasarkan pada pendidikan kebidanan awal dan berkelanjutan yang berbasis kompetensi. ICM mempromosikan model asuhan kebidanan berdasarkan penghormatan terhadap martabat manusia, kasih sayang dan pemajuan hak asasi manusia untuk semua orang. ICM percaya bahwa bidan menawarkan asuhan berdasarkan filosofi, yang mempengaruhi model asuhan kebidanan.

Filosofi Asuhan Kebidanan menurut ICM:

1. Kehamilan dan melahirkan anak biasanya merupakan proses fisiologis yang normal.
2. Kehamilan dan melahirkan anak adalah pengalaman yang mendalam, yang membawa arti penting bagi wanita, keluarganya, dan masyarakat.
3. Bidan merupakan pemberi asuhan yang paling tepat untuk menangani ibu hamil.
4. Asuhan kebidanan mempromosikan, melindungi dan mendukung kesehatan dan hak-hak manusia, reproduksi dan seksual perempuan, dan menghormati keragaman etnis dan budaya. Hal ini didasarkan pada prinsip-prinsip etika keadilan, kesetaraan, dan penghormatan terhadap martabat manusia.
5. Asuhan kebidanan bersifat holistik dan berkelanjutan, didasarkan pada pemahaman tentang pengalaman sosial, emosional, budaya, spiritual, psikologis dan fisik wanita.
6. Asuhan kebidanan bersifat emansipatoris karena melindungi dan meningkatkan kesehatan dan status sosial perempuan, dan membangun kepercayaan diri perempuan dalam kemampuan mereka untuk mengatasi persalinan.
7. Asuhan kebidanan berlangsung dalam kemitraan dengan perempuan, mengakui hak untuk menentukan nasib sendiri, dan penuh hormat, personal, berkelanjutan dan tidak otoriter.

8. Asuhan kebidanan yang etis dan kompeten diinformasikan dan dipandu oleh pendidikan formal dan berkelanjutan, penelitian ilmiah dan penerapan bukti.

Model Asuhan Kebidanan menurut ICM;

1. Bidan mempromosikan dan melindungi kesehatan dan hak perempuan dan bayi baru lahir.
2. Bidan menghormati dan percaya pada wanita dan kemampuannya dalam melahirkan.
3. Bidan mempromosikan dan mengadvokasi non-intervensi dalam persalinan normal.
4. Bidan memberikan informasi dan saran yang tepat kepada wanita dengan cara yang mendorong partisipasi dan meningkatkan pengambilan keputusan yang terinformasi.
5. Bidan menawarkan perawatan yang penuh hormat, antisipatif dan fleksibel, yang mencakup kebutuhan wanita, bayi baru lahirnya, keluarga dan masyarakat, dan dimulai dengan perhatian utama pada sifat hubungan antara wanita yang mencari perawatan kebidanan dan bidan.
6. Bidan memberdayakan perempuan untuk memikul tanggung jawab atas kesehatan mereka dan kesehatan keluarga mereka.
7. Bidan berpraktik dalam kolaborasi dan konsultasi dengan tenaga kesehatan lain untuk melayani kebutuhan ibu, bayi baru lahir, keluarga, dan masyarakat.
8. Bidan mempertahankan kompetensi mereka dan memastikan praktik mereka berbasis bukti.
9. Bidan menggunakan teknologi dengan tepat dan melakukan rujukan secara tepat waktu ketika masalah muncul.

10. Bidan secara individu dan kolektif bertanggung jawab untuk pengembangan asuhan kebidanan, mendidik generasi baru bidan dan rekan dalam konsep belajar sepanjang hayat.

Daftar Pustaka

Bakhtiar, Amsal. (2007) Filsafat Ilmu. Jakarta.

IBI Filosofi Kami (ibi.or.id)

ICM Core Document. Philosophy and Model of Midwifery Care. cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf (internationalmidwives.org)

Syofyan, Mustika. et all. (2004) 50 Tahun IBI Bidan Menyongsong Masa Depan Cetakan ke-III Jakarta: PP IBI.

Profil Penulis



Rosyati Pastuty, S.SiT, M.Kes.

Ketertarikan penulis untuk menjadi seorang bidan dimulai dari motivasi orang tua yang sangat ingin penulis menjadi seorang tenaga kesehatan. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Perawat Kesehatan Kesdam II/ Sriwijaya Palembang pada tahun 1988. Penulis melanjutkan Program Pendidikan Bidan di Kesdam II/ Sriwijaya Palembang dan lulus tahun 1992. Kemudian penulis menjalankan tugas sebagai Bidan di Desa Kota Raya Kabupaten Lahat sampai tahun 1997. Tahun 1997–2000 penulis melanjutkan pendidikan di Akademi Kebidanan Depkes Palembang. Tahun 2001 penulis melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi D-IV Bidan Pendidik Universitas Gajah Mada Yogyakarta lulus pada tahun 2002. Pada tahun 2006 penulis menyelesaikan studi S2 di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat KIA–Kesehatan Reproduksi di Univeritas Gajah Mada Yogyakarta.

Tahun 2000 penulis bekerja sebagai staf Guru di Akbid Depkes Palembang. Tahun 2006 sampai sekarang penulis merupakan dosen di Poltekkes Kemenkes Palembang Jurusan Kebidanan. Beberapa penelitian telah dilakukan dan didanai oleh internal Poltekkes Kemenkes Palembang. Selain peneliti, penulis juga menulis “Buku Saku Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin”. EGC.

Email Penulis: rosyatipastuty@poltekkespalembang.ac.id

MANAJEMEN KEBIDANAN

Kharisma Virgian, S.ST., M.Keb.

Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang

Pendahuluan

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang menjadi garda terdepan dalam memberikan pelayanan kebidanan di masyarakat. Dalam memberikan asuhan kebidanan bidan harus sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab menurut aturan dan undang-undang yang berlaku. Bidan memberikan asuhan mulai dari remaja dan pranikah, perencanaan kehamilan, kehamilan, persalinan, nifas, menyusui, bayi balita dan anak prasekolah, asuhan kegawatdaruratan maternal dan neonatal serta kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Permasalahan klien yang dihadapi bidan di masyarakat membutuhkan proses manajemen yang terfokus. Asuhan kebidanan yang dilakukan harus efektif dan efisien serta sesuai dengan bukti-bukti ilmiah (*evidence based*). Langkah-langkah asuhan yang dilakukan oleh bidan dilaksanakan dengan alur yang fokus dan sistematis yang dinamakan dengan Manajemen Kebidanan. Dalam bab ini akan dibahas mengenai proses Manajemen Kebidanan yang dapat dijadikan bidan sebagai pedoman atau alur berpikir yang sistematis dan logis dalam melakukan pengkajian data klien, menentukan kebutuhan klien, merumuskan diagnosa yang tepat serta melakukan penatalaksanaan dan evaluasi. Juga akan dibahas mengenai literatur atau artikel terkini tentang proses Manajemen Kebidanan. Semoga bab yang membahas tentang “Manajemen

Kebidanan” ini dapat memberikan penyegaran ilmu dan wawasan bagi bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan secara langsung kepada klien maupun bagi tenaga pendidik dan mahasiswa kebidanan. Seorang Bidan harus memahami proses manajemen kebidanan karena menjadi pedoman bagi bidan dalam melaksanakan asuhan yang diberikannya. Dalam melaksanakan peran dan fungsinya salah satunya adalah peran Bidan sebagai Manajerial. Untuk itu seorang bidan harus memahami teori prinsip dan dasar dari manajemen.

Definisi

Sebagai awal pembahasan pada bab ini, akan dijelaskan definisi dari Manajemen menurut para ahli dan definisi dari Bidan.

Manajemen berasal dari kata bahasa Inggris “*Manage*” yang artinya mengelola, mengatur, mengendalikan, mengurus, melaksanakan, mengarahkan.

Definisi Manajemen menurut beberapa ahli:

George R. Terry, 1958 dalam *Principles of Management* menyatakan “*Management is the accomplishing of a predetermined objectives throughh the efforts of other people*”.

Manajemen adalah suatu proses pencapaian tujuan berdasarkan perencanaan yang telah ditetapkan sebelumnya dan diupayakan atau dilakukan secara bersama-sama dengan orang lain.

Ricky W. Griffin, “*The process of planning, organizing, coordinating and controlling resources to achieve goals effectively and efficiently*”.

Manajemen sebagai proses perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran (*goals*) secara efektif dan efisien.

Secara efektif artinya bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan yang telah dilakukan sedangkan efisien berarti bahwa tugas yang dilaksanakan secara

benar, tepat, terorganisir dengan baik dan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan.

Mary Parker Follett, "*Management is The Art of getting done through people*".

Manajemen diartikan sebagai seni atau keterampilan yang dimiliki seseorang dalam mengelola atau mengatur untuk menyelesaikan suatu pekerjaan tertentu atau mencapai tujuan-tujuan tertentu secara bersama-sama.

Definisi Bidan menurut Ikatan Bidan Indonesia (IBI):

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui oleh pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Bidan adalah tenaga professional yang bertanggung jawab dan akuntabel yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberi dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memfasilitasi dan memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, balita dan anak prasekolah. Mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Manajemen Kebidanan adalah suatu proses atau metode pemecahan masalah untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis dalam pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. (Varney, 1997)

Manajemen Kebidanan merupakan metode atau alur berpikir bagi bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan membantu bidan dalam mengambil keputusan yang tepat dibantu dengan proses berpikir kritis agar keputusan yang diambil dapat efektif dan efisien serta sesuai dengan kebutuhan klien.

Langkah – Langkah Manajemen Kebidanan

Dalam proses Manajemen Kebidanan terdapat langkah-langkah asuhan yang sistematis sebagai alur pikir bidan dalam melakukan proses pemecahan masalah kebidanan. Proses manajemen kebidanan merupakan suatu metode pengorganisasian pikiran dan tindakan dalam suatu alur logis untuk kesejahteraan dan pemberian asuhan pada klien. Proses penatalaksanaan manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dan sistematis. Dimulai dari proses pengumpulan data dan diakhiri dengan evaluasi. Ketujuh langkah ini membentuk suatu kerangka pikir atau kerangka kerja yang dapat diimplementasikan pada setiap situasi. Dan setiap langkah dapat dibagi lagi menjadi bagian-bagian yang lebih spesifik dan bervariasi agar dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien. Langkah-langkah Manajemen Kebidanan, menurut Varney, 1997 terdiri dari 7 langkah yaitu:

1. Langkah ke-1: Pengumpulan Data Dasar

Langkah pertama adalah pengumpulan data dasar berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif didapatkan dari anamnesa dan wawancara untuk mendapatkan informasi yang akurat dan lengkap berkaitan dengan kondisi dan masalah klien. Data objektif terdiri dari biodata pasien, alasan datang, data kebidanan (riwayat menstruasi, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kehamilan sekarang, riwayat KB, data riwayat kesehatan, riwayat kehamilan dan persalinan, data kebiasaan sehari-hari dan data psikososial).

Dilanjutkan dengan pengumpulan data objektif berupa pemeriksaan fisik seperti: pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan khusus/ kebidanan dan pemeriksaan penunjang. Pengumpulan data objektif dan data subjektif harus dilakukan dengan lengkap untuk menunjang langkah selanjutnya yaitu melakukan interpretasi terhadap data dasar.

2. Langkah ke-2: Interpretasi Data Dasar

Setelah dilakukan pengumpulan data dasar, langkah selanjutnya adalah melakukan interpretasi terhadap data yang telah dikumpulkan. Menetapkan diagnosa atau melakukan analisa data dari data subjektif dan objektif. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan dalam ruang lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur kebidanan, yaitu:

- a. Diakui dan telah disahkan oleh organisasi profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktik pelayanan kebidanan
- c. Memiliki ciri-ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh Clinical Judgement dalam praktik kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

3. Langkah ke-3: Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah atau diagnosa potensial yang mungkin saja terjadi berdasarkan diagnosa/ masalah. Bidan harus mampu untuk melakukan antisipasi atau pencegahan terhadap masalah yang mungkin muncul dan merumuskan tindakan antisipasi segera masalah atau diagnosa potensial.

4. Langkah ke-4: Identifikasi Kebutuhan Segera

Setelah melakukan antisipasi masalah atau diagnosis potensial, kemudian dilakukan Identifikasi terhadap adanya kebutuhan atau tindakan segera oleh bidan untuk dilakukan kolaborasi sesuai dengan kebutuhan klien. Langkah ini menunjukkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan asuhan kebidanan. Bidan dalam melakukan asuhan harus sesuai dengan prioritas masalah yang dihadapi oleh klien. Selain merumuskan tindakan antisipasi terhadap diagnosis potensial.

5. Langkah ke-5: Perencanaan Asuhan Menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan asuhan secara menyeluruh sesuai dengan langkah yang telah ditetapkan sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi pada saat ini maupun yang mungkin akan terjadi. Dilakukan dengan mengumpulkan setiap informasi atau data tambahan yang hilang atau diperlukan untuk melengkapi data dasar. Sebuah rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya melibatkan kondisi ibu dan bayi tetapi masalah lain yang berhubungan dan menggambarkan petunjuk antisipasi tentang apa yang akan terjadi selanjutnya.

Rencana asuhan menyeluruh ini meliputi semua data-data yang sudah teridentifikasi, antisipasi diagnosis potensial dan masalah yang membutuhkan tindakan segera. Setiap perencanaan yang dilakukan harus berdasarkan *informed consent* atau persetujuan dari klien. Asuhan komprehensif yang diberikan juga harus berdasarkan *evidence based*.

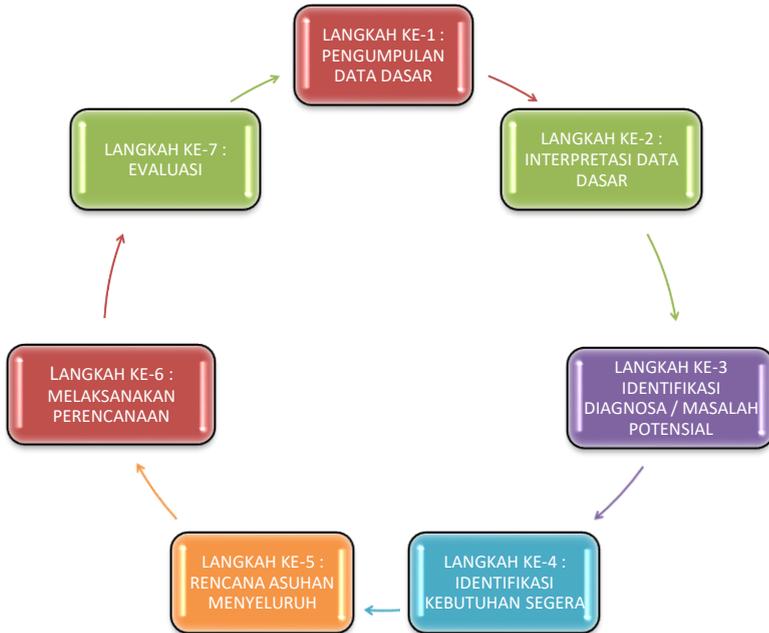
6. Langkah ke-6: Melaksanakan Perencanaan

Langkah keenam adalah implementasi dari keseluruhan rencana asuhan yang dilakukan secara aman dan efisien. Pada langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh Bidan atau dilakukan oleh klien atau tindakan kolaborasi maupun rujukan. Bidan harus bertanggung jawab untuk memastikan bahwa setiap penatalaksanaan benar-benar dilakukan dengan baik dan sesuai dengan standar asuhan kebidanan.

7. Langkah ke-7: Evaluasi

Merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana asuhan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan. Mengevaluasi kembali apakah rencana asuhan dan penatalaksanaan yang telah diberikan efektif dan sesuai dengan kebutuhan klien.

Dari langkah-langkah yang telah dijelaskan sebelumnya dapat digambarkan pada gambar di bawah ini:



Gambar 3.1. Langkah-langkah Proses Manajemen Kebidanan Menurut Varney,1997

Proses Manajemen Kebidanan sering dikaitkan dengan proses berpikir kritis. Karena Manajemen Kebidanan sendiri adalah alur pikir atau proses berpikir bidan. Untuk mengambil keputusan yang tepat dalam menghadapi semua permasalahan yang dihadapi klien, bidan diharapkan mempunyai kemampuan untuk berpikir kritis. Bagian selanjutnya dari bab ini akan membahas mengenai konsep berpikir kritis bagi bidan.

Berpikir Kritis dalam Kebidanan

Berpikir kritis merupakan suatu kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang Bidan untuk menentukan keputusan yang tepat dalam melakukan asuhan kebidanan.

Pengertian Berfikir Kritis (lake and McInnes,2012):

Critical thinking in practice informs professional judgement and decision making, enabling midwives to provide flexible, woman centered, holistic, evidence-based care whilst incorporating women's choice.

Berfikir kritis dalam praktek kebidanan menginformasikan penilaian profesional dalam pengambilan keputusan, memungkinkan bidan untuk memberikan asuhan yang fleksibel, asuhan yang berpusat pada perempuan, holistik, asuhan yang berbasis evidence based dan memenuhi pilihan seorang perempuan.

Berpikir kritis merupakan seni, gambaran sikap sebagai bidan dalam menganalisa, mengevaluasi sesuatu yang dilihat, didengar dan metode pengetahuan untuk berfikir logis dan berargumen serta aplikasi dari ilmu yang dipahami untuk membuat suatu keputusan dan memutuskan sesuatu setelah hal tersebut ia yakini. Setelah keputusan terbentuk maka bidan dapat berjalan ketahap tindakan dalam manajemen asuhan kebidanan. Setiap melakukan asuhan kebidanan, seorang profesi bidan selalu berpikir kritis dan mampu menjelaskan setiap tindakan tersebut (Insani, 2016).

Berpikir kritis dalam manajemen asuhan kebidanan menggambarkan bahwa seorang bidan harus memiliki dasar pengetahuan dan kemampuan untuk menganalisis dan mengevaluasi pengetahuan terbaru, mengaplikasikan logika dan rasionalnya untuk mengambil suatu keputusan klinis.

Dalam melakukan manajemen asuhan kebidanan, Bidan harus dapat mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial serta dapat menentukan diagnosa dan masalah yang membutuhkan penanganan segera. Disinilah dibutuhkan langkah-langkah berfikir kritis dimana Bidan harus dengan cepat dan kritis menentukan tindakan apa yang harus diambil jika tidak maka dapat membahayakan kondisi klien.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Carter, 2017 tentang *Conceptual Model Critical Thinking in Midwifery Practice* atau konseptual model berpikir kritis dalam pelayanan kebidanan, dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 3.2 *Conceptual Model of Critical Thinking in Midwifery Practice* (Carter, 2017)

Penilaian proses berfikir kritis dalam praktik kebidanan dapat dilakukan melalui dua cara yaitu melalui proses refleksi kasus (pada institusi pendidikan) dan evaluasi diri (bimbingan dari preseptor di lahan praktik).

Konsep model berfikir kritis, mencakup 4 hal berikut:

1. *Normality based* (berdasarkan konsep kenormalan/alamiah)
2. *Holistic* (asuhan menyeluruh)
3. *Partnership* (Kerjasama/ Kolaborasi)
4. *Evidence Based* (Asuhan berbasis bukti ilmiah)

Langkah-Langkah dalam Berfikir Kritis

1. Mengeksplorasi penyebab masalah

Melakukan evaluasi diri dan mencari akar penyebab masalah.

2. Membuat rumusan masalah

Berdasar pada *evidence*/ bukti ilmiah, analisis yang kritis, mengeksplorasi lebih banyak dari wawancara dan dari pemeriksaan.

3. Membuat keputusan

Berdasarkan persetujuan dan pilihan dari klien.

4. Evaluasi

Mengidentifikasi perbaikan atau kemajuan, melakukan evaluasi diri, menginisiasi komunikasi yang professional.

Manajemen Kebidanan dalam Literatur Terkini

Manajemen Kebidanan diartikan sebagai proses alur berfikir seorang bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan menyelesaikan permasalahan atau kasus yang dihadapi dalam memberikan pelayanan kebidanan. Penelitian yang dilakukan oleh JM. Metha tahun 2021, tentang Rekonstruksi Proses Berfikir pada Manajemen Kebidanan dengan menggunakan metode ADDIE. Latar belakang yang mendasari penelitian ini adalah sebagian besar mahasiswa kebidanan di Indonesia masih banyak belum memahami tentang proses manajemen kebidanan yang merupakan pedoman bagi bidan sebagai alur berpikir dalam mengambil keputusan klinis. Proses manajemen kebidanan yang digunakan pada saat ini masih mengadopsi pada proses manajemen kebidanan 7 langkah Varney.

Langkah-langkah proses Manajemen Kebidanan menurut JM. Metha, 2021 (*The Nine Steps of JM. Metha*):

1. *See who comes* (Lihat siapa yang datang)

Langkah ini merupakan pertemuan antara bidan dan klien. Kemampuan inspeksi oleh Bidan sangat dibutuhkan pada langkah ini dengan melakukan pengumpulan data awal berupa biodata pasien/ *initial diagnosis*.

2. *Listen to the client* (Dengarkan klien)

Langkah ini merupakan langkah pengumpulan data subjektif dengan mendengarkan keluhan dan informasi lain dari klien. Bidan melakukan anamnesa yang berhubungan dengan alasan datang dan keluhan klien atau data fokus.

3. *Examine the client* (Memeriksa klien)

Melakukan pengumpulan data subjektif termasuk pemeriksaan umum, pemeriksaan kebidanan dan pemeriksaan penunjang.

4. *Assess the client's condition* (Menilai kondisi klien)

Melakukan assesmen/ analisa data atau merumuskan diagnosa dari data yang telah dikumpulkan.

5. *Inform the client about their condition* (Menginformasikan klien tentang kondisinya)

Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada klien termasuk melakukan klarifikasi sehingga tidak terjadi kesalahan persepsi. Dan dibutuhkan kemampuan komunikasi bidan dalam menyampaikan hal-hal buruk yang berkaitan dengan kondisi pasien.

6. *Plan action for care* (Merencanakan tindakan asuhan)

Melakukan perencanaan sesuai kondisi klien, seperti pemantauan perkembangan, promotif, kuratif, preventif dan informasi kunjungan ulang.

7. *Implement care having planned* (Melaksanakan asuhan yang telah direncanakan)

Melakukan asuhan yang telah direncanakan didukung oleh informed consent (pernyataan persetujuan klien).

8. *Evaluate the care having implemented* (Mengevaluasi asuhan yang telah dilaksanakan)

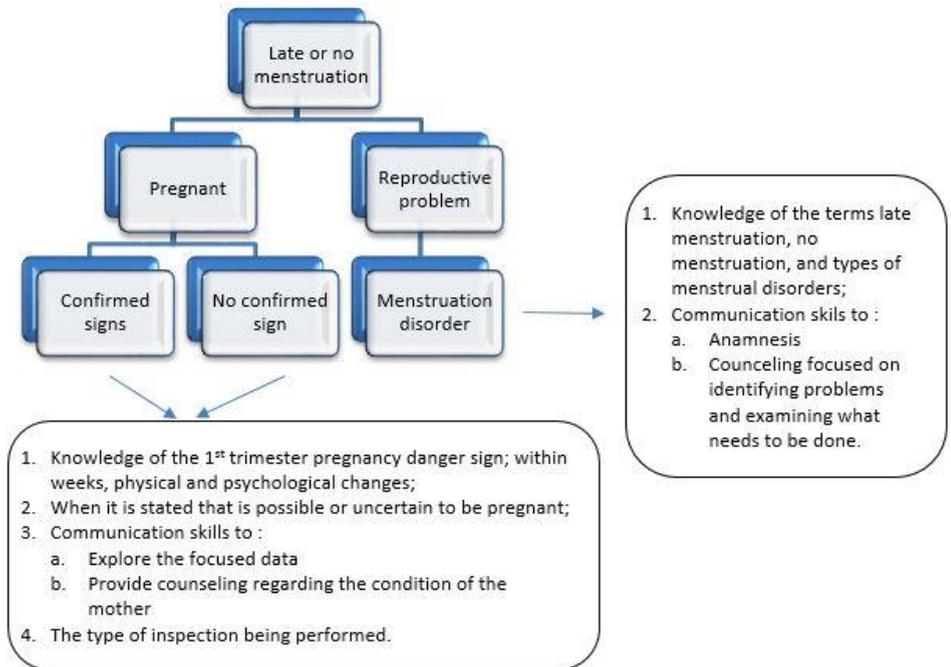
Evaluasi terhadap asuhan yang telah dilaksanakan termasuk evaluasi data, proses dan hasil.

9. *Return to number 1* (Kembali ke nomor 1)

Manajemen kebidanan atau alur pikir bidan merupakan suatu siklus. Pendidik mempunyai tanggung jawab besar dalam melatih kepekaan dan kemampuan dari mahasiswa untuk berfikir logis menentukan yang benar dan tepat. Langkah ke-9 menunjukkan suatu siklus jika terjadi perubahan data subjektif maupun objektif setelah dilakukan penatalaksanaan dan evaluasi maka kembali lagi ke langkah awal dan begitu seterusnya.

Contoh Rekonstruksi Proses Berpikir Bidan, menurut 9 Langkah JM. Metha, dapat digambarkan seperti di bawah ini:

MIND-MAPPING FOR A FIRST TRIMESTER PREGNANCY



Gambar 3.3

An example of mind-mapping in a midwifery care by a midwife (JM. Metha, 2021)

Gambar diatas adalah contoh mind-mapping atau proses alur pikir pada kasus kehamilan trimester pertama. Misalnya pada kasus seorang perempuan dengan kasus tidak atau terlambat menstruasi. Kasus ini dapat mengarah pada 2 hal yaitu: kehamilan atau masalah kesehatan reproduksi. Jika kehamilan, maka harus dipastikan kembali dengan tanda-tanda pasti kehamilan atau tanda tidak pasti kehamilan. Apa yang harus difikirkan bidan dalam kasus ini? Pertama, pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya kehamilan trimester satu termasuk perubahan fisik dan psikologis. Kedua, kapan dapat dinyatakan bahwa kasus tersebut kemungkinan hamil atau tidak pasti hamil. Ketiga, kemampuan komunikasi untuk mengeksplorasi data fokus dan konseling sesuai dengan kondisi ibu. Keempat, pemeriksaan fisik atau penunjang apakah yang harus dilakukan. Jika kasus tersebut adalah gangguan menstruasi, maka yang menjadi alur pikir bidan adalah pertama, pengetahuan tentang siklus menstruasi terlambat, tidak menstruasi dan jenis-jenis dari gangguan menstruasi. Kedua, kemampuan komunikasi untuk melakukan anamnesis dan konseling terfokus pada identifikasi masalah dan pemeriksaan yang dibutuhkan.

Contoh peta alur pikir ini dapat digunakan oleh mahasiswa kebidanan yang harus memperkuat atau mempertajam kemampuan berfikir kritis dan pengambilan keputusan klinis secara cepat dan tepat. Idealnya, setiap pendidik bidan harus mampu untuk membuat *mind-mapping* atau algoritma seperti contoh diatas. Hal ini dapat mempermudah mahasiswa untuk mengembangkan proses berpikirnya dan aktivitas ini juga dapat mengasah kreativitas mereka. Dan tentu saja, *mind-mapping* ini juga dapat digunakan seorang bidan dalam melakukan asuhan kebidanan sehari-hari.

Sesuai dengan 9 langkah manajemen kebidanan, berfikir kritis dan alasan klinis, siklus proses manajemen kebidanan dapat mengalami perubahan jika terjadi perubahan dari data subjektif dan objektif setelah dilakukan penatalaksanaan dan evaluasi.

Proses alur pikir bidan tidak dapat terpisah dari asuhan komprehensif atau *Continuity of Midwifery Care* (CoMC) dan pendokumentasian dengan SOAP. Proses manajemen kebidanan dengan 9 langkah JM. Metha, dapat lebih terfokus dan mudah dipahami oleh bidan dan mahasiswa kebidanan untuk lebih meningkatkan proses alur berpikir dalam melakukan asuhan kebidanan.

Kesimpulan

Manajemen Kebidanan merupakan suatu metode yang dapat digunakan oleh seorang Bidan sebagai alur pikir dalam melakukan asuhan kebidanan mulai dari asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, menyusui, kegawatdaruratan maternal dan neonatal, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Alur pikir ini dapat menjadi penuntun berpikir bagi bidan dalam menyelesaikan setiap permasalahan atau kasus yang dihadapi dalam melakukan asuhan kebidanan. Dengan menggunakan manajemen kebidanan dan didukung oleh kemampuan berpikir kritis, alur pikir seorang bidan dapat lebih terfokus atau terarah, lebih sistematis, berdasarkan *evidence based*, bersifat holistik, berkesinambungan dalam pengambilan keputusan klinis yang cepat dan tepat sesuai dengan kebutuhan klien.

Daftar Pustaka

- Carter, A. G., Creedy, D.K., & Sidebotham, M. (2017). Critical thinking skills in midwifery practice: Development of a self-assesment tool for students. *Midwifery*, 50,184-192. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.010>
- Ikatan Bidan Indonesia. (2016). Definisi Bidan. https://ibi.or.id/id/article_view/a20150112004/definisi.html
- Insani A. A., Nurdiyan A., Yulizawati., Bustami I.E., Iryani D., Fitriyeni (2016). Berfikir kritis dasar bidan dalam Manajemen Asuhan Kebidanan. *Journal of Midwifery* Vol. 1, No.2. *Journal of Midwifery* <http://jom.fk.unand.ac.id/index.php/jom/article/view/8>, <https://doi.org/10.25077/jom.1.2.21-30.2016>
- K. H. Endah Widhi Astuti, Atit Tajmiati, Emmy Suryani. Konsep Kebidanan dan Etikolegal dalam Praktik Kebidanan. (2016). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, BPPSDMK. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Konsep-Kebidanan-dan-Etikolegal-dalam-Praktik-Kebidanan-Komprehensif.pdf>
- Metha, J., Oktalia, J., & Desristanto, P. (2021). Reconstructing the Thinking Process Of Midwifery Care Management: An ADDIE Study. *Women, Midwives and Midwifery*,1(1), 31-41. <https://doi.org/10.36749/wmm.1.1.31-41.2021>
- Sukarna. 2011. Dasar-Dasar Manajemen. Bandung: CV. Mandar Maju.
- Varney H et all. (2013).*5th Ed. Varney's Midwifery*. Jones and Bartlett Publishers. Boston, ICM.

Profil Penulis



Kharisma Virgiani, S.ST., M.Keb.

Penulis merupakan kelahiran kota Palembang pada tanggal 27 Agustus 1981. Menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Atas dari SMA Negeri 5 kota Palembang tahun 1999. Penulis memulai pendidikan kebidanan di Akademi Kebidanan Poltekkes Depkes Palembang dan lulus pada tahun 2002. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan pada Program DIV BIDAN Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung dan lulus pada tahun 2004. Penulis memulai karier sebagai Dosen Kebidanan pada tahun 2005 di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palembang. Penulis menyelesaikan studi pascasarjana pada program S2 KEBIDANAN Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2013.

Penulis menjadi pengajar pada program Studi DIII Kebidanan, DIV Kebidanan, serta Sarjana Terapan Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Palembang. Mata Kuliah yang diampu penulis diantaranya Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir serta Asuhan Kebidanan Nifas dan Ibu Menyusui. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melakukan penelitian dalam bidang kebidanan khususnya penelitian pada ibu menyusui dengan membuat aplikasi *Hypnobreastfeeding* dan aplikasi Menyusui ASI-Q. Selain meneliti, penulis juga mempunyai ketertarikan dalam menulis untuk menuangkan ide-ide serta pemikiran yang dapat dituangkan dalam bentuk tulisan dengan harapan dapat memberikan manfaat dan kontribusi bagi masyarakat dan perkembangan ilmu kebidanan.

Email Penulis: kharismavirgiani@poltekkespalembang.ac.id

KOMUNIKASI DAN KONSELING DALAM KEBIDANAN

Vida Wira Utami, S.ST., Bdn., M.Kes.

Universitas Malahayati Bandar Lampung

Pengertian Komunikasi

Keterampilan komunikasi serta konseling sangat dibutuhkan bagi manusia agar apa yang ingin disampaikan dapat diterima dengan baik oleh penerima. Bagi tenaga kesehatan, komunikasi tersebut sangat diperlukan dalam memberikan asuhan kepada klien agar informasi pemeriksaan yang didapatkan dapat dipahami dengan baik oleh klien. Sebelum berkomunikasi dengan klien, tenaga kesehatan harus memahami pengertian dari komunikasi itu sendiri. Komunikasi berasal dari bahasa latin, yaitu *Communicare* yang artinya menjadikan sesuatu milik bersama, dan *Comunis* yang artinya milik bersama. Artinya, proses komunikasi gagasan seseorang disampaikan kepada orang lain yang terlibat, diterima, dimengerti, dan disetujui maka gagasan tersebut menjadi milik bersama (Cherry, 1983).

Banyak pendapat para ahli mengenai pengertian dari komunikasi, diantaranya yaitu:

1. Proses pertukaran informasi atau proses yang menimbulkan dan meneruskan makna atau arti dan pemahaman dari pengirim kepada penerima pesan (Burgess, 1983; Taylor, 1993)

2. Interaksi pribadi yang menggunakan simbol linguistik, seperti sistem simbol verbal dan non verbal (Knaap, 2003).
3. Komunikasi adalah proses pengoperan lambang-lambang yang mengandung arti (Susanto, 1998).
4. Komunikasi merupakan berlalunya informasi dan pengertian seseorang ke orang lain (Davis, 2003)
5. Dari beberapa pendapat para ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa komunikasi dalam kebidanan adalah suatu proses interaksi penyampaian pesan dari bidan ke klien dalam rangka pemenuhan kebutuhan klien yang mampu merubah perilaku dan mampu mendukung pelayanan profesional bidan.

1. Unsur – Unsur Komunikasi

a. Komunikator

Komunikator adalah seseorang yang menyampaikan pesan kepada orang lain (komunikasikan). Komunikator disebut juga sebagai pembawa berita, pengirim berita, atau sumber berita.

b. Komunikan

Komunikan adalah pihak penerima pesan dari komunikator. Komunikan bisa perorangan, kelompok, atau organisasi

c. Pesan

Pesan adalah sesuatu yang disampaikan komunikator, dapat melalui lambang, gerakan, atau gagasan kepada orang lain (komunikasikan).

d. Media

Media adalah sarana atau alat dalam penyampaian pesan. Media dapat berupa buku, brosur, televisi, OHP, laptop, rekam medik dan lain-lain.

e. Umpan Balik

Umpan balik adalah respon yang diberikan oleh komunikator terhadap pesan yang diterima.

2. Bentuk Komunikasi

a. Komunikasi Massa

Komunikasi massa ialah komunikasi melalui media masa modern yang meliputi surat kabar, siaran radio dan televisi.

b. Komunikasi Interpersonal

Komunikasi interpersonal didefinisikan sebagai komunikasi yang terjadi antara dua orang atau lebih secara tatap muka (R. Wayne Pace, 1979). Sedangkan menurut Joseph A. Devito komunikasi interpersonal adalah proses pengiriman dan penerimaan pesan antara dua orang atau diantara sekelompok kecil orang dengan beberapa efek dan beberapa umpan balik seketika.

c. Komunikasi intrapersonal/ intrapribadi/
intrapersonal communication

Merupakan proses komunikasi yang terjadi pada diri seseorang. Proses ini menjadikan orang tersebut berperan ganda, yaitu sebagai komunikator juga sebagai komunikan. Ia akan bertanya sendiri, serta menjawab sendiri, sehingga terjadi dialog dalam diri. Hal ini dikarenakan seseorang sedang mengamati suatu objek, dan terlintas dalam pikirannya apa yang ia lihat. Dalam proses pengambilan keputusan biasanya dihadapkan pada dua jawaban ya atau tidak. Untuk menjawabnya bisa dilakukan dengan komunikasi *intrapersonal* atau dengan diri sendiri.

d. Komunikasi kelompok

Komunikasi kelompok atau *group communication* adalah komunikasi yang berlangsung antara seorang komunikator dengan sekelompok orang jumlahnya lebih dari dua orang. Jumlah

komunikasikan bisa sedikit atau banyak. Jika komunikasikan dalam kelompok kecil maka disebut komunikasi kelompok kecil (*small group communication*), dan jika jumlahnya banyak maka disebut komunikasi kelompok besar (*large group communication*).

3. Jenis-Jenis Komunikasi

Jenis komunikasi dibedakan menjadi dua, yaitu:

a. Komunikasi Verbal

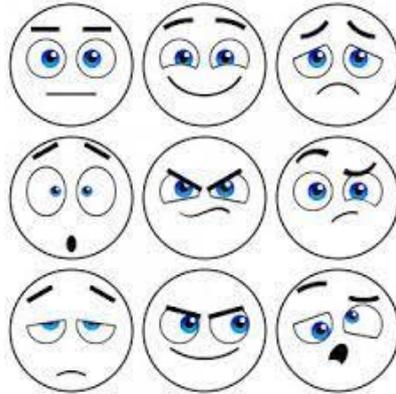
Komunikasi yang menggunakan kata-kata dalam bentuk lisan atau tulisan. Seperti contoh, “hai...apa kabar?” (ucapan yang disampaikan langsung kepada orang ketika bertemu). Berikut gambar dari komunikasi verbal.



Gambar 4.1 Komunikasi Verbal

b. Komunikasi NonVerbal

Komunikasi yang menggunakan bahasa gerak tangan atau tubuh sebagai isyarat, bahasa gambar, bahasa sikap. Contoh, saat seseorang ditanya tentang sesuatu hal dan ia tidak mengetahuinya, seringkali dijawab dengan gelengan kepala atau mengangkat kedua bahu dan tangan sebagai tanda tidak tahu. Berikut gambar mimik wajah yang mampu melambangkan komunikasi non verbal



Gambar 4.2. Komunikasi Non verbal

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi

Proses komunikasi dipengaruhi oleh beberapa faktor (Potte; & Perry, 1993), yaitu:

a. Perkembangan

Berkomunikasi efektif dengan seseorang harus memperhatikan aspek perkembangan, terutama sebagai bidan harus mengerti pengaruh perkembangan setiap usia, baik dari sisi bahasa maupun proses berpikir orang tersebut. Cara berkomunikasi anak usia remaja berbeda dengan anak usia balita.

b. Persepsi

Persepsi adalah pandangan pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa. Persepsi ini dibentuk oleh pengharapan atau pengalaman. Perbedaan persepsi dapat mengakibatkan terhambatnya komunikasi.

c. Nilai

Nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku. Bidan perlu berusaha untuk mengetahui akan nilai sehingga dapat berinteraksi yang baik dan mengambil keputusan yang tepat untuk klien.

d. Latar Belakang Sosial Budaya

Latar belakang Bahasa dalam budaya sangat mempengaruhi cara bidan dalam berinteraksi. Budaya juga akan membatasi cara bertindak dan berkomunikasi seseorang. Logat bicara contohnya, di beberapa daerah ada yang halus dan pelan, ada yang tegas dan keras. Jika tidak dipahami perbedaan ini, akan menimbulkan kesalahpahaman dan gangguan dalam berkomunikasi.

e. Emosi

Emosi merupakan perasaan subjektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih, senang akan dapat mempengaruhi bidan dalam berkomunikasi dengan orang lain.

f. Jenis Kelamin

Setiap jenis kelamin mempunyai gaya komunikasi yang berbeda. Tanned (1990) menyebutkan bahwa wanita dan laki-laki mempunyai perbedaan gaya komunikasi.

g. Pengetahuan

Bidan perlu mengetahui tingkat pengetahuan klien sehingga dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya dapat memberi asuhan yang tepat kepada klien.

h. Peran dan Hubungan

Gaya dan komunikasi harus sesuai dengan peran dan hubungan antar orang yang berkomunikasi. Bidan dengan klien, orangtua dengan anak, dan lain – lain.

i. Lingkungan

Lingkungan interaksi akan mempengaruhi komunikasi yang efektif. Suasana yang tegang, berisik, *non privacy*, dan yang sejenisnya, mampu mengganggu proses komunikasi.

j. Jarak

Jarak dapat mempengaruhi komunikasi. Jarak tertentu akan memberi rasa aman dan kontrol, tidak terlalu dekat atau tidak terlalu jauh.

k. Citra Diri

Manusia mempunyai gambaran tertentu mengenai dirinya, status sosial, kelebihan dan kekurangannya. Citra diri terungkap dalam komunikasi.

1. Kondisi Fisik

Kondisi fisik mempunyai pengaruh terhadap komunikasi. Indra pendengaran, bicara, dan yang lainnya mempunyai andil terhadap kelancaran dalam berkomunikasi.

Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau keterampilan bidan untuk membantu pasien beradaptasi terhadap stres, mengatasi gangguan psikologis, dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain. komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara bidan dengan pasien, dimana dalam hubungan ini bidan dan pasien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional pasien.

1. Hubungan Antar Manusia

Cabot dan Kahl dalam Tyatuti, Kusmiyati, dan Handayani (2008), hubungan antar manusia adalah suatu sosiologi yang konkret karena meneliti situasi kehidupan, khususnya masalah interaksi dengan pengaruh dan psikologisnya. Jadi, interaksi mengakibatkan dan menghasilkan penyesuaian diri secara timbal balik yang mencakup kecakapan dalam penyesuaian dengan situasi baru.

Tonnies dalam Tyatuti dkk. (2008) menyatakan bahwa manusia mempunyai 2 jenis pergaulan dalam bermasyarakat, yaitu:

- a. *Gemeinschaft*, yaitu hal yang dialami oleh orang lain yang dirasakan sebagaimana terjadi pada dirinya oleh karena pergaulannya yang sangat akrab. Sifatnya statis, pribadi, tidak rasional
- b. *Gessellschaft*, yaitu pergaulan yang mempertimbangkan untung dan ruginya sehingga anggota bebas keluar masuk dari kelompok tersebut.

Hubungan antar manusia dalam arti sempit adalah interaksi antara seseorang dengan orang lain dalam situasi kerja dan dalam organisasi kekerjaan, dengan ciri khas interaksi antar personal bersifat manusiawi (Tyatuti, Kusmiyati, & Handayani, 2008).

2. Tujuan Hubungan Antar Manusia

Tujuan dijalinnya hubungan antar manusia adalah agar terjalin keserasian antar manusia sehingga meminimalisir terjadinya konflik. Keserasian yang tercipta dapat memenuhi kebutuhan antar individu akan pengetahuan, informasi – informasi baru, dan lain – lain.

Peluang konflik dapat semakin kecil karena dengan hubungan yang baik, sikap egois dalam diri akan berkurang, sikap kerjasama akan terbentuk, jiwa sosial juga akan terasah khususnya dalam memberikan bantuan pada orang lain. Hubungan yang dijalani tersebut mampu membuka cakrawala dunia baru, sehingga dapat membentuk hubungan bermakna dengan orang lain.

Dalam mencapai tujuan hubungan antar manusia, ada beberapa hal yang diperhatikan dalam menumbuhkan hubungan tersebut, yaitu:

a. *Trust* (rasa percaya)

Trust merupakan rasa percaya kepada perilaku seseorang dalam mencapai tujuan tertentu. Dalam menaruh kepercayaan diperlukan sifat menerima, berempati dan jujur.

b. Sikap suportif

Sikap suportif adalah sikap mendukung yang dimiliki individu, sehingga mengurangi sifat defensif dalam komunikasi. Ada enam perilaku yang menimbulkan sikap suportif menurut Gibb, yaitu:

Sikap Defensif	Sikap Suportif
Evaluasi	Deskriptif
Kontrol	Orientasi Masalah
Strategi	Spontanitas
Netralisasi	Empati
Superioritas	Persamaan
Kepastian	Profesionalisme

Semakin banyak sikap suportif, semakin efektif berkomunikasi. Begitupun sebaliknya, semakin banyak sikap defensif, mengurangi keefektifan dalam berkomunikasi.

c. *Open mindedness* (sikap terbuka)

Sikap terbuka tidak kalah pentingnya dari dua hal diatas, dimana jika seorang bidan memiliki sifat terbuka, maka akan muncul rasa nyaman, menghargai, saling pengertian, dari klien terhadap bidan. Jika sikap terbuka kita kedepankan, artinya sikap tertutup yang menjadi kebalikan dari sikap terbuka harus kita hindari untuk menghindari kesalahfahaman/ konflik dalam berkomunikasi. Berikut adalah perbedaan antara sikap terbuka dan sikap tertutup.

Sikap Terbuka	Sikap Tertutup
Menilai pesan secara <i>objective</i> , dengan menggunakan data-data	Menilai pesan berdasarkan motif pribadi
Membedakan sesuatu dengan mudah	Berfikir sederhana, tanpa berfikir lebih lanjut
Berorientasi pada isi	Lebih banyak pada sumber pesan dari pada isi pesan
Mencari informasi pada berbagai sumber	Mencari sumber informasi berdasarkan kepercayaannya

Teori Model dan Kualitas Hubungan Antar Manusia

1. Teori transaksional (model pertukaran sosial)

Teori dimana masing-masing merasa memperoleh keuntungan dalam transaksinya atau malah merugi.

2. Teori peran

Didalam masyarakat, sudah banyak diatur tentang peran seseorang yang melekat di kehidupannya

3. Teori permainan

Menurut teori ini, klasifikasi manusia itu hanya terbagi menjadi tiga, yaitu anak-anak, orang dewasa, dan orang tua.

1. Konsep Diri Johari Window

Dalam berkomunikasi agar mengena pada tujuan & sasaran harus mengenal diri dulu agar dapat mengetahui kelebihan & kelemahan yang ada pada diri. Joseph Luft dan Harington Ingham mengembangkan konsep Johary Window yang digambarkan sebagai sebuah jendela. "Jendela" tersebut terdiri dari matrik empat sel/ kuadran. Masing-masing sel menunjukkan daerah self (diri) baik yang terbuka maupun yang disembunyikan.

Keempat sel tersebut adalah daerah/ diri terbuka (*open area*), daerah/ diri buta (*blind area*), daerah/ diri tersembunyi (*hidden area*), dan daerah/ diri yang tidak diketahui/ gelap (*unknown area*), yang dapat digambarkan pada tabel dibawah ini.

<p style="text-align: center;">OPEN</p> <p>Diketahui diri sendiri dan orang lain</p>	<p style="text-align: center;">BLIND</p> <p>Tidak diketahui diri sendiri, tapi diketahui orang lain</p>
<p style="text-align: center;">HIDDEN</p> <p>Diketahui diri sendiri, tapi tidak diketahui orang lain</p>	<p style="text-align: center;">UNKNOWN</p> <p>Tidak diketahui diri sendiri maupun orang lain</p>

Gambar 4.3 Konsep Jauhari *Windows*

a. Diri Terbuka (*Open Area*)

Wilayah ini merujuk kepada perilaku, perasaan, dan motivasi yang diketahui oleh diri kita sendiri dan orang lain. Jika semakin luas terbuka maka kita dapat memahami orang lain dan orang lain juga dapat memahami diri kita. Sehingga akan terjadi komunikasi yang baik.

b. Diri Buta (*Blind Area*)

Pada wilayah ini merujuk kepada perilaku, perasaan, dan motivasi yang diketahui oleh orang lain, tetapi tidak diketahui oleh diri kita sendiri. Seseorang tidak mengetahui kekurangan yang

dimilikinya tetapi orang lain mengetahuinya. Bila wilayah ini semakin luas, maka akan terjadi kesulitan berkomunikasi.

c. Diri Tersembunyi (*Hidden Area*)

Pada wilayah ini merujuk kepada perilaku, perasaan, dan motivasi yang diketahui oleh diri kita sendiri, tetapi tidak diketahui oleh orang lain.

Adapun konsepnya adalah:

- 1) *Over Disclose*, yaitu sikap yang terlalu banyak mengungkapkan sesuatu yang seharusnya disembunyikan.
- 2) *Under Disclose*, yaitu sikap yang terlalu menyembunyikan sesuatu yang seharusnya dikemukakan.

d. Diri Gelap (*Unknown Area*)

Pada wilayah ini, merujuk kepada perilaku, perasaan, dan motivasi yang tidak diketahui, baik oleh diri kita sendiri ataupun oleh orang lain. Selain diri yang tidak mengenal dirinya sendiri juga orang lain tidak mengetahuinya. Hal ini akan memungkinkan terjadi kesalahan persepsi maupun kesalahan dalam memperlakuan orang lain.

Prinsip berfungsinya 4 wilayah tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Perubahan pada satu kuadran akan mempengaruhi/ menyebabkan perubahan kuadran lain.
- b. Semakin kecil/ sempit daerah 1 (daerah terbuka) semakin buruk komunikasi yang terjadi.
- c. Meningkatkan komunikasi interpersonal berarti melakukan perubahan diri sehingga kuadran 1 lebih besar dan kuadran lain lebih kecil.

Konseling dalam Asuhan Kebidanan

1. Proses Konseling

Proses konseling merupakan bagian inti dalam membina hubungan antara bidan dengan klien. Dalam mencapai proses konseling yang sesuai, harus memperhatikan beberapa aspek, meliputi:

- a. Pembinaan dan pemantapan hubungan baik (*rapport*).

“*En rapport*” artinya adalah saling memahami dan mengenal tujuan bersama. Beberapa teknik untuk menguasai *rapport* adalah:

- 1) Memberikan salam
- 2) Memperkenalkan diri
- 3) Topik pembicaraan yang sesuai
- 4) Menciptakan suasana yang aman dan nyaman, termasuk didalamnya sikap hangat, menjamin kerahasiaan dan lain – lain

- b. Pengumpulan dan pemberian informasi.

Pengumpulan dan pemberian informasi merupakan tugas dari konselor. Hal ini dapat dilakukan dengan anamnesa awal pada klien. Bidan harus mampu mendengar keluhan klien, mengamati komunikasi non verbal klien, bertanya riwayat kesehatan, latar belakang keluarga, dan lain – lain.

- c. Perencanaan, pengambilan keputusan dan pemecahan masalah

Apabila data telah lengkap, maka bidan membantu klien untuk memecahkan masalah atau membuat perencanaan dalam pemecahan masalahnya.

Daftar Pustaka

- MNH. (2002) Bab Pelatihan Ketrampilan komunikasi Interpersonal/konseling. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Uripni, Christina Lia dkk. (2003). Komunikasi Kebidanan. Jakarta: EGC
- Wulandari. (2009). Komunikasi dan Konseling dalam Praktik Kebidanan. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Yulifah & Yuswanto, Y. (2009). Komunikasi dan Konseling Dalam Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika
- Priyanto, A. (2009). Komunikasi dan Konseling: Aplikasi dalam Sarana Pelayanan kesehatan untuk Perawat dan Bidan. Jakarta: Salemba Medika
- Lestari, A. (2010). Buku Saku Kominikasi Dan Konseling Dalam Praktik Kebidanan. Jakarta: Trans Info Media.
- Musliha & Fatmawati, S. (2010). Komunikasi Keperawatan. Yogyakarta: Muha Medika.
- Tyastuti, S., Kusmiyati, Y., & Handayani, S. (2010). Komunikasi dan Konseling dalam Pelayanan Kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.
- Dalami (2012). Komunikasi dan Konseling Dalam Praktik Kebidanan. Jakarta: Trans Info Media.
- Handajani, S.R. (2016). Komunikasi Dalam Praktik Kebidanan. Pusdik SDM Kesehatan. Jakarta

Profil Penulis

Vida Wira Utami, S.ST., Bdn., M.Kes.



Ketertarikan penulis pada dunia kebidanan membuat ia mengambil jurusan diploma tiga kebidanan di Poltekes Kemenkes tanjung karang pada tahun 2001. Keinginan untuk kembali menimba ilmu, dibuktikan dengan dilanjutkannya kuliah pada jurusan kebidanan kembali yaitu program diploma empat kebidanan di Universitas Padjadjaran pada tahun 2004, selang beberapa bulan setelah kelulusan.

Penulis memulai kariernya sebagai dosen kebidanan di Universitas Malahayati dimulai pada tahun 2006, dan kembali melanjutkan jenjang pendidikannya pada program magister kesehatan Universitas Malahayati tahun 2010. Berkembangnya dunia kebidanan, membuat penulis kembali mengambil keilmuan bidan profesi pada tahun 2020. Selama menjadi dosen, penulis aktif melaksanakan tri dharma perguruan tinggi, termasuk penelitian. Keseriusan penulis dalam dunia pendidikan dibuktikannya kembali setelah pada tahun 2016 penulis mendapatkan sertifikat pendidik sebagai dosen tersertifikasi dari Kementrian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi. Penulis memiliki kepakaran di bidang kebidanan, sehingga banyak penelitian penulis di bidang kepakarannya tersebut. Selain meneliti, penulis juga aktif menulis buku, dengan harapan dapat memberikan manfaat dan kontribusi positif bagi dunia kesehatan serta bangsa Indonesia pada umumnya.

Email Penulis: vida_harmawan@yahoo.com

PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN KEBIDANAN

Nurul Komariah, S.ST., M.Keb.

Poltekkes Kemenkes Palembang

Pendahuluan

Bidan merupakan profesi yang menjadi garda terdepan di masyarakat. Profesi ini pun terus mengalami perkembangan. senantiasa mempertahankan profesionalitasnya dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Profesionalitas terkait erat dengan kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang profesional (kompetensi profesional). Bidan profesional yang dimaksud harus memiliki kompetensi klinis (*midwifery skills*), sosial-budaya untuk menganalisa, melakukan advokasi dan pemberdayaan dalam mencari solusi dan inovasi untuk meningkatkan kesejahteraan perempuan, keluarga dan masyarakat. Terdapat 7 area kompetensi bidan. Salah-satunya yaitu Promosi Kesehatan dan Konseling.

Pada area kompetensi promosi kesehatan bidan harus Memiliki kemampuan merancang kegiatan promosi kesehatan reproduksi pada perempuan, keluarga, dan masyarakat. Selain itu bidan juga harus memiliki kemampuan mengorganisir dan melaksanakan kegiatan promosi kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan. Serta bidan harus memiliki kemampuan mengembangkan program KIE dan konseling kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan. Pada chapter ini akan dibahas mengenai Promosi Kesehatan serta

bagaimana merencanakan suatu promosi kesehatan di bidang kebidanan.

Definisi Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan menurut WHO adalah upaya untuk meningkatkan kesehatan melalui berbagai intervensi sosial dan lingkungan yang berdampak positif terhadap kualitas hidup serta pencegahan penyakit tanpa harus menggunakan pengobatan dan perawatan terlebih dahulu. Sedangkan menurut *Ottawa Charter*, Promosi kesehatan adalah proses atau upaya pemberdayaan masyarakat untuk dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai keadaan sehat, seseorang atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan menyadari aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan dan merubah atau mengendalikan lingkungan.

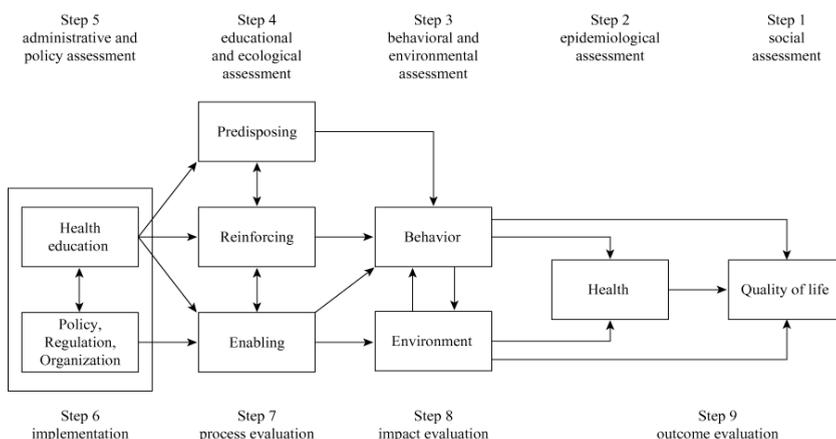
Definisi promosi kesehatan menurut Laurence Green adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan untuk menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Definisi promosi kesehatan juga tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1148/MENKES/SK/VII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, disebutkan bahwa promosi kesehatan adalah “upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan”.

Promosi Kesehatan

Pada program promosi kesehatan diperlukan perencanaan agar tujuan promosi kesehatan tersebut dapat dicapai. Menurut Green & Kreuter (1999), bila kita ingin mempromosikan kesehatan masyarakat, kita perlu mempertimbangkan beberapa hal. Beberapa hal tersebut dapat digambarkan sebagai model Precede-Proceed. Precede merupakan singkatan dari **P**redisposing, **R**einforcing, **E**nabling **C**onstructs in **E**ducational/**E**nvironmental **D**iagnosis and **E**valuation yaitu hal-hal yang merupakan predisposisi, penguat, dan pemungkin terjadinya perilaku dalam evaluasi dan diagnosis pendidikan/ lingkungan. Proceed adalah kebijakan, aturan dan kondisi organisasi dalam pengembangan pendidikan dan lingkungan.

Model Precede-Proceed. Precede-Proceed model adalah Model partisipasi masyarakat yang berorientasi menciptakan masyarakat yang berhasil mengubah perilaku akibat intervensi promosi kesehatan. Perencanaan program Promosi Kesehatan menggunakan PRECEDE/ PROCEED. Pada fase ini dicari faktor kesehatan yang mempengaruhi kualitas. Model Precede-Proceed dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 5.1
Precede-Proceed Model

Pada perencanaan program Precede-Proceed model hanya sebagai *frame*. Tujuannya untuk membangun program, menyediakan struktur organisasi dan proses perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi.

Precede memiliki 5 tahap yaitu:

1. Diagnosis sosial
2. Diagnosis epidemiologi
3. Prilaku dan diagnosis lingkungan
4. Pendidikan dan diagnosis organisasi
5. Administrasi dan kebijakan diagnosis

Sedangkan Proceed model yaitu:

1. Implementasi
2. Evaluasi Proses
3. Evaluasi Dampak
4. Evaluasi Hasil

Precede Model

Pada precede model langkah yang dilakukan yaitu:

1. Diagnosis sosial ialah mengukur masalah sosial menggunakan indikator sosial yaitu Ketidakhadiran, Pencapaian, Estetika, Keterasingan, Kenyamanan, Kejahatan, Ketenagakerjaan, Diskriminasi, Kebahagiaan, Permusuhan, legitimasi, Pertunjukan, Kerusakan, Harga diri, Pengangguran, Suara, Kesejahteraan. Data dapat dikumpulkan dari sensus ataupun vital statistik yang tersedia, ataupun dengan melakukan pengumpulan data langsung dari masyarakat menggunakan teknik wawancara dan *Focus Group Discussion* (FGD)

Contohnya yaitu diagnosis sosial terkait dengan kurangnya kenyamanan yang dirasakan para wanita di usia lansia.

2. Diagnosis Epidemiologi

Pada fase ini dicari faktor kesehatan yang memengaruhi kualitas. Faktor ini harus digambarkan secara rinci berdasarkan data yang ada, baik yang berasal dari data lokal, regional, maupun nasional. Pada fase ini harus diidentifikasi siapa atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (umur, jenis kelamin, lokasi, suku dll), bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan tersebut.

Bagaimana cara untuk menanggulangi masalah kesehatan tersebut (imunisasi, perawatan/pengobatan, perubahan lingkungan maupun perubahan perilaku). Informasi ini sangat diperlukan untuk menetapkan prioritas masalah. Prioritas masalah kesehatan harus tergambar pada tujuan program dengan ciri *who will benefit how much of what outcome by when*.

Indikator Pengukuran diagnosis epidemiologi yaitu dilihat dari indikator vital dan dimensi. Adapun Indikator Vital yaitu disabilitas, ketidaknyamanan, kesuburan, kebugaran, morbiditas, kematian, dan faktor risiko fisiologis sedangkan, dimensinya yaitu distribusi, durasi, tingkat fungsional, insiden, intensitas, panjang umur dan prevalensi.

Contoh Pada lansia akan mengalami kemunduran aktivitas fisik sehingga mengakibatkan terjadinya disabilitas (keterbatasan). Berdasarkan Riskesdas 2018 diketahui bahwa pada lansia 2,1% mengalami penyakit jantung berat, 13,9% mengalami stroke dan ketergantungan total, 28,4% mengalami rematik ringan 29,7% mengalami cedera ringan.

3. Diagnosis Perilaku dan Lingkungan

Pada fase ini selain diidentifikasi masalah perilaku yang mempengaruhi masalah kesehatan juga sekaligus diidentifikasi masalah lingkungan (fisik dan sosial) yang memengaruhi perilaku dan status kesehatan ataupun kualitas hidup. Perencana harus dapat membedakan antara masalah perilaku yang

dapat dikontrol secara individual maupun yang harus dikontrol melalui institusi.

Jadi *health promoter* perlu melakukan pendekatan perubahan 5 (*behavioral change*) untuk mengatasi masalah-masalah lingkungan. Lima indikator Jadi *health promoterr* perlumelakukan pendekatan perubahan 5 (*behavioral change*) untuk mengatasi masalah-masalah lingkungan.

Lima indikator perilaku:

- a. Pemanfaatan yankes (*utilization*),
- b. Upaya pencegahan (*preventive action*),
- c. Pola konsumsi (*consumption pattern*),
- d. Kepatuhan (*compliance*),
- e. Upaya pemeliharaan kesehatan sendiri (*self care*).

Contohnya yaitu Prilaku:

- a. Pola hidup tidak sehat
- b. Tidak melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin
- c. Berdasarkan survey yang dilakukan oleh dinas kesehatan kota Palembang tahun 2018, Cakupan pelayanan kesehatan lansia di Kota Palembang Tahun 2018 mencapai 66,9%. Masih ada sekitar 33,1% yang tidak mendapat atau mengakses pelayanan kesehatan.
- d. Status gizi lansia
- e. Tidak berolahraga
- f. Kurang istirahat

Lingkungan:

- a. Kurang aktifnya kegiatan persatuan lansia
- b. Kurangnya perhatian dari keluarga
- c. Keluarga tidak mampu merawat lansia

- d. Kurangnya interaksi sosial dan dukungan sosial untuk lansia
 - e. Kondisi kualitas rumah tinggal (sehat, aman)
 - f. Jarak rumah tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan
4. Diagnosis Pendidikan dan Organisasi

Determinan perilaku yang mempengaruhi status kesehatan seseorang atau masyarakat dapat dilihat dari 3. faktor penguat (*reinforcing factor*) seperti perilaku orang lain yang berpengaruh (tokoh masyarakat, guru, petugas kesehatan, orang tua, pemegang keputusan) yang dapat mendorong orang untuk berperilaku Pada fase ini setelah diidentifikasi faktor pendidikan dan organisasional, maka ditetapkan tujuan pembelajaran yang akan dicapai. Selain itu, berdasarkan faktor pemungkin dan penguat yang teridentifikasi ditetapkan tujuan organisasional yang akan dicapai melalui upaya pengembangan orang. dan sumber daya.

Contohnya yaitu 3 faktor perilaku masih rendahnya lansia memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan.

- a. Faktor predisposisi (*presdisposing factor*)
 - 1) Pengetahuan yang rendah.
 - 2) Motivasi/ sikap (lansia tidak merasa butuh untuk dilakukan pemeriksaan dirinya).
 - 3) Sosial budaya yang menganggap lansia tidak bisa apa-apa. Lansia tidak usah bekerja cukup istirahat.
- b. Faktor fasilitas (*enabling*)
 - 1) Sarana dan prasarana transportasi
 - 2) Kondisi geografi
- c. Faktor penguat (*reinforcing*)
 - 1) Adanya kebijakan dari pemerintah setempat

- 2) Dukungan dari tokoh agama dan tokoh masyarakat
 - 3) Adanya bantuan dana dari pemerintah
5. Diagnosis Administrasi dan Kebijakan

Pada fase ini dilakukan analisis kebijakan, sumber daya dan peraturan yang berlaku yang dapat memfasilitasi atau menghambat pengembangan program promosi kesehatan. "Kebijakan" yang dimaksud disini adalah seperangkat peraturan yang digunakan sebagai petunjuk untuk melaksanakan suatu kegiatan. Sedangkan "peraturan" adalah penerapan kebijakan dan penguatan hukum serta perundang-undangan dan "organisasional" adalah kegiatan memimpin atau mengkoordinasi sumber daya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan program. Sedangkan pada diagnosis kebijakan dilakukan identifikasi dukungan dan hambatan politis, peraturan dan organisasional yang memfasilitasi program dan pengembangan lingkungan yang dapat mendukung kegiatan masyarakat yang kondusif bagi kesehatan.

Kebijakan Posyandu Lansia: terdapat dalam Undang-Undang No. 36 pasal 138 tentang kesehatan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis sesuai dengan martabat kemanusiaan. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lanjut usia untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.

Perlu dibuat kebijakan dan peraturan tentang penggerakkan masyarakat sehubungan pelaksanaan posyandu serta perlu dibuat tentang hak dan kewajiban kader sehingga mengaktifkan posyandu. Sumber daya yang memfasilitasi atau menghambat upaya pengembangan program promosi kesehatan.

Sumber daya yang memfasilitasi:

- a. Puskesmas memiliki dana untuk membiayai promosi kesehatan
- b. Adanya transportasi dalam kegiatan promosi kesehatan

Sumber daya yang menghambat:

- a. Tenaga kesehatan tidak melakukan promosi kesehatan secara simultan, terus menerus
- b. Alokasi dananya kecil
- c. Rendahnya kompetensi kesehatan dalam melaksanakan promosi kesehatan.

Prioritas masalah yang dapat diubah dan lebih penting yaitu Lansia Tidak memeriksakan kesehatan ke fasilitas kesehatan (posyandu) selanjutnya dilanjutkan dengan model PROCEED.

Proceed

PROCEED dilakukan untuk meyakinkan bahwa program akan tersedia, dapat dijangkau, dapat diterima dan dapat dipertanggung jawabkan. Oleh sebab itu, penilaian sumber daya yang dibutuhkan dapat meyakinkan keberadaan program, erubahan organisasional dibutuhkan untuk meyakinkan program dapat dijangkau Perubahan politis dan evaluasi dibutuhkan untuk meyakinkan program dapat dipertanggung jawabkan pada penentu kebijakan, administrator, konsumen/ klien, dan *stake holder* terkait, yaitu untuk menilai apakah program sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Contoh: Masalah prilaku: Lansia tidak memeriksakan diri ke Posyandu lansia. Keluaran prilaku: Lansia memeriksakan diri ke posyandu lansia.

Tabel 5.1.
Matriks Perencanaan

Langkah-langkah	Determinan Permasalahan		
	Pengetahuan	Persepsi Tentang Risiko	<i>Self-Efficacy</i>
1. Merencanakan pergi kontrol ke posyandu lansia	P.1. menggambarkan perencanaan ke depan untuk kontrol ke posyandu lansia	PR.1. menggambarkan kurangnya perencanaan ke posyandu lansia terjadinya penyakit seperti stroke, hipertensi, jantung, DM.	SE.1. Berbicara tentang kepercayaan diri akan perencanaan untuk kontrol ke posyandu lansia.
2. Mengatur jadwal kontrol	P2. Mengidentifikasi waktu kontrol lansia perlu jadwal	PR.2. Menggambarkan kurangnya pengaturan jadwal mengakibatkan terjadinya penyakit stroke, jantung, hipertensi, DM.	SE.2. Berbicara tentang kepercayaan diri untuk mengatur jadwal kontrol.
3. Mengajak semua anggota keluarga untuk mengantar	P.3. Mengetahui berbagai cara untuk membujuk anggota keluarga yang lain mengantar kontrol ke posyandu	PR.3. Jika tidak memungkinkan tidak diantar juga tidak apa-apa.	SE.3. berbicara tentang kepercayaan diri dalam mengajak keluarga yang lain untuk mengantar kontrol ke posyandu.

1. Implementasi

Tindakan mengubah tujuan program ke dalam tindakan melalui perubahan kebijakan, regulasi dan organisasi.

Tujuan Promosi Kesehatan

a. Tujuan Program (tujuan jangka panjang)

Setelah program promosi kesehatan selama 5 tahun, contohnya terjadi peningkatan kualitas hidup lansia.

b. Tujuan pendidikan/ promosi (tujuan jangka menengah)

Setelah program promosi kesehatan selama 3 tahun terjadi peningkatan cakupan pelayanan posyandu lansia 75 %.

c. Tujuan perilaku (tujuan jangka pendek)

Setelah program promosi kesehatan 6 bulan terjadi peningkatan kesadaran lansia untuk memeriksakan diri ke posyandu lansia sebesar 80 %.

Sasaran Promosi Kesehatan

a. Primer: masyarakat yang termasuk pra lansia (45 – 59 tahun), lansia (60 – 69 tahun), kelompok lansia risiko tinggi (usia 70 tahun keatas) di Kelurahan Kota Timur

b. Sekunder: keluarga dan masyarakat sekitar, petugas kesehatan dan kader

c. Tersier: pemerintah daerah setempat, dinas kesehatan organisasi sosial yang bergerak dalam pembinaan usaha

Pemilihan metode dan strategi intervensi, misalnya, pendidikan &/ atau sumber daya lainnya.

Metode Promosi Kesehatan

Terdiri atas:

- a. Metode Promosi Individu (Perorangan) yaitu metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baaru atau membina seseorang yang telah tertarik untuk mengubah perilakunya.
- b. Metode Promosi Kelompok yaitu Metode ini bisa digunakan bagi kelompok dengan anggota yang memiliki kesamaan latar belakang baik dari segi umur, pendidikan, profesi dan sebagainya, misalnya antara sesama ibu usila.
- c. Metode Promosi Massa yaitu metode yang dipakai untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan kepada masyarakat luas yang bersifat massa. Manfaatnya adalah dapat menyampaikan informasi secara cepat dan dapat menjangkau banyak orang, sehingga diharapkan terjadinya perubahan perilaku. Beberapa contoh dari metode promosi kesehatan massa adalah ceramah umum, pidato-pidato/ diskusi, tulisan di majalah, *website* atau koran, *billboard*, spanduk poster, menitipkan pesan pada khotbah agama dan lain-lain.

Tabel 5.2.
Metode Promosi Kesehatan

No.	Determinan	Tujuan	Metode	Strategi
1.	Persepsi tentang Risiko	PR.1. Menggambarkan perencanaan ke depan untuk kontrol ke posyandu lansia	<i>Role Model</i>	<i>Group Testimony</i>
		PR.2. Mengidentifikasi		

		waktu kontrol lansia perlu jadwal		
		PR.3. Mengetahui berbagai cara untuk membujuk anggota keluarga yang lain mengantar kontrol ke posyandu		

Produksi program:

- a. Sebelum memproduksi program, maka dipilihlah tim kreatif untuk mengemas promosi kesehatan ini supaya menarik dan dapat diterima oleh masyarakat. Mengidentifikasi material yang ada apakah sudah cocok dan akan dapat mencapai tujuan.
- b. Testimoni yang didalamnya ada *role play*.
- c. Pelaksanaannya pada saat ada kegiatan-kegiatan seperti arisan, pengajian, serta senam pagi.
- d. Diberikan oleh tokoh masyarakat dan orang yang menjadi *role model* (usia lansia).
- e. Pembagian kalender yang di dalamnya terdapat pesan untuk ke posyandu lansia.
- f. *Pretest* dan *posttest* dengan melakukan wawancara dan observasi.

Materi Promosi Kesehatan

Pada lansia terdapat kemunduran fisik ditandai dengan beberapa serangan penyakit seperti gangguan pada sirkulasi darah, persendian, sistem pernafasan, neurologik, metabolik, neoplasma dan mental. Sehingga keluhan yang sering terjadi adalah mudah letih, mudah lupa, gangguan saluran pencernaan, saluran kencing, fungsi indra dan menurunnya konsentrasi. Selain itu menurunnya pendengaran, penglihatan, gerakan yang terbatas, dan waktu respon yang lamban. Masalah psikis pada lansia yaitu sering tersinggung, merasa tidak dihargai dan kurang percaya diri. Merasa mulai

kehilangan kekuasaan sehingga ia menjadi seorang yang lebih sensitif.

Pelayanan kesehatan pada penyandu lansia meliputi kesehatan fisik dan mental emosional, dengan KMS mencatat dan memantau untuk mengetahui lebih awal penyakit atau ancaman masalah kesehatan yang dihadapi dan perkembangannya.

Media Promosi Kesehatan

1. Kalender tahunan tentang pelayanan penyandu lansia.
2. Efektif karena dengan adanya kalender tahunan dapat dilihat terus selama 1 tahun. Biaya lebih murah dan tahan lama.

Pada saat *testimony* menggunakan alat bantu, mikrofon, LCD, video.

Kerangka Evaluasi Promosi Kesehatan

Evaluasi yang dilaksanakan yaitu evaluasi proses dan evaluasi efek. Evaluasi proses yaitu metode, strategi, produksi program, adopsi implementasi. Sedangkan evaluasi efek yaitu apakah tujuan tercapai

Tabel 5.3.
Evaluasi Proses

No.	Kegiatan	Sub kegiatan	Indikator pencapaian
1.	Penyampaian proposal	Penjelasan tujuan dan manfaat program	Penentu kebijakan memberi respon positif dengan menyetujui pelaksanaan promosi kesehatan dan memberikan dukungan financial. sektor swasta memberi dukungan financial minimal 25 % dari proposal

		Pembentukan tim yang terlibat	Tim yang memenuhi kualifikasi terhadap masalah lansia.
2.	Penyampaian program pada pemerintah setempat	Advokasi pelaksanaan program Menginformasikan pada masyarakat setempat	Pemerintah setempat menggerakkan masyarakat utamanya sasaran primer dan sekunder untuk mendukung pencapaian program minimal 80 %.
3.	Konsep dan design	Penggunaan metode Media Strategi	Audiens mengerti akan tujuan pesan yang ingin disampaikan, (melalui wawancara).
4.	Ketepatan waktu pelaksanaan	Jadwal kegiatan	Kegiatan berlangsung sesuai dengan waktu yang ditentukan dengan hambatan yang minimal

Evaluasi efek:

1. Menentukan apa yang akan dievaluasi

Hal yang dievaluasi pada promosi kesehatan ini yaitu bagaimana efek atau dampak kegiatan promosi kesehatan dan pengaruh terhadap lingkungan yang luas

2. Mengembangkan kerangka dan batasan

Batasan evaluasi yaitu lansia tersebut meningkatnya kesadaran para lansia untuk memeriksakan diri (kontrol) ke posyandu lansia, melakukan pemeriksaan kesehatan di posyandu lansia, angka kesakitan pada lansia menurun.

3. Merancang desain

Desain yang digunakan adalah eksperimental murni. Dinilai pre dan post tes saja. Metode pre-testnya yaitu

dengan menggunakan metode wawancara dimana pewawancara adalah orang yang kualified. Untuk *post test* dilakukan wawancara dan dengan observasi langsung. Dilakukan pengambilan sampel yaitu dari hasil *random* yaitu kecamatan kota timur. Dengan populasi terjangkau yaitu semua lansia di kota timur yang berjumlah 1000 orang. Data dikumpulkan dengan selama 5 bulan berturut-turut. Untuk menguji kemaknaannya yaitu uji T test berpasangan untuk parametrik dan uji wilcoxon untuk non parametrik. Serta RRnya dilihat. Presentasi hasil dengan menggunakan grafik.

4. Menyusun instrumen dan rencana pelaksanaan instrumen yang digunakan *Check list* daftar hadir serta panduan wawancara.
5. Rencana pelaksanaan:
Setelah 5 bulan diberikan promosi kesehatan
6. *Cost effective analysis*:
 - a. Menilai biaya yang dikeluarkan dengan hasil yang didapat
 - b. Membandingkan biaya yang dikeluarkan antara kelompok kontrol dan kasus
 - c. Indikatornya efektif jika pengeluaran untuk promkes lebih kecil dibandingkan dengan pengobatan penyakit yang dialami oleh lansia.

Kesimpulan

Promosi Kesehatan merupakan salah-satu kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang bidan. Promosi Kesehatan. Promosi kesehatan adalah proses atau upaya pemberdayaan masyarakat untuk dapat memelihara dan meningkatkan kesehatannya. PRECEDE-PROCEED Model merupakan model yang dapat digunakan dalam merancang Program Promosi Kesehatan sehingga dapat mencapai tujuan.

Daftar Pustaka

- Andrianys, I., Kadar, K., & Massi, N. (2017). Precede- Proceed education model to Health Literacys patient with Hypertension in Pattingalloang Makassar. *Indonesian Contemporary Nursing Journal* 1(2), 110-117.
- Bunton, R. & Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health Promotion*. London: Routledge.
- Efandi. (2014). *Posyandu Lansia mewujudkan Lansia Sehat Mandiri dan Produktif*. Jakarta: EGC.
- Indrajaya, Y. Merancang program promosi kesehatan berbasis teori Precede/ Proceed Model. Adoc.pub/proceed-model.html.
- Masyuni. (2010). Implementasi Program Promosi Pencegahan Diare pada anak berusia di bawah tiga tahun (Studi Kasus di Puskesmas Mangkurawang Kabupaten Kutai Kertanegara). Tesis. Surakarta: Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- NN (1998). Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21 St Century. *Rev Panam salud Publica/Pan Am. J. Public Health*.3(1), 58-61.
- Nurmala, I. Rahman, F. nugroho, A. Erlyani, N. Laily, N, & Anhar, VY. (2018). *Promosi Kesehatan*. Surabaya. Erlangga Univerrrsity Press.
- Sulaeman, ES. Murti, B. & Waryana. (2015). Aplikasi model PRECEDE-PROCEED pada Perencanaan Program Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Berbasis Penilaian Kebutuhan Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Kedokteran YARSI*. 23 (3), 149-164.
- Utami, MSS. Precede-Proceed model dalam kasus Covid-19. Semarang: Unika Soegiyapranata.

WHO (2009). *Milestone in Health Promotion. Statements from Global Conference health promotion*. Geneva: World Health Organization

Widodo, MD. Candra, L. & Elmasefira, E. (2020). Evaluasi Program Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Harapan Raya Kec. Bukit Raya Kota Pekanbaru Tahun 2019. *Prepotif Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol.4 (1), 11-19.

Profil Penulis



Nurul Komariah, S.ST., M.Keb.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 1998 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palembang Tahun 2001. Selanjutnya, penulis melanjutkan pendidikan ke D-IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Bandung. Pada tahun 2010 Penulis kembali melanjutkan pendidikan di S2 Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis merupakan dosen Poltekkes Kemenkes Palembang. Pada saat ini mengampu mata kuliah Konsep Kebidanan, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Biostatistik dan Pengolahan Data. Penulis juga aktif terlibat dalam penelitian dan Pengabmas yang didanai dari Risbinakes Poltekkes Kemenkes serta aktif dalam kegiatan Pengabdian Masyarakat.

Email Penulis: nknurulkomariah@gmail.com

MUTU PELAYANAN KEBIDANAN DAN METODE PENINGKATAN MUTU

Stephanie Lexy Louis, S.ST., M.Biomed.

Universitas Katolik Musi Charitas

Mutu Pelayanan Kebidanan

Pengertian Mutu

Mutu adalah kesesuaian ataupun ketidaksesuaian terhadap kebutuhan pada pihak tertentu. Mutu dapat dinilai tinggi apabila terdapat kesesuaian, sebaliknya mutu dapat pula dinilai rendah apabila tidak terdapat kesesuaian. Mutu Pelayanan Kebidanan adalah suatu bentuk pelayanan kebidanan yang dapat memuaskan setiap pengguna jasa sebagai pedoman dalam penyelenggaraan setiap kegiatan berdasarkan kompetensi dan efektivitas pelayanan sesuai standar dan kode etik profesi bidan.

Persepsi Mutu Pelayanan Kebidanan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, persepsi merupakan tanggapan yang langsung berasal dari sesuatu yang dilihat melalui pancaindra. Sehingga persepsi akan timbul berbeda-beda antara penerima layanan maupun pemberi layanan kebidanan. Persepsi memiliki sifat subjektif karena dapat dipengaruhi dari eksternal. Pada pelayanan kebidanan, mutu dapat dinilai baik apabila penerima layanan (klien) dalam lingkup kebidanan merasakan dampak positif yang dialaminya.

Klien merasa puas akan sikap dan komunikasi seorang bidan dalam melayaninya, cara bidan menyampaikan informasi yang mudah diterima, tanggap, bersedia untuk mendengar dan tepat waktu. Pada sisi pemberi layanan, dalam meningkatkan mutu perlu adanya inovasi dan ketersediaan peralatan yang mendukung sesuai teknologi kesehatan, memiliki standar prosedur kerja serta tujuan dari setiap tindakan yang dilakukannya kepada penerima layanan. Kualitas pelayanan dari pemberi layanan dikatakan baik apabila tenaga kesehatan telah memenuhi persyaratan dan memiliki kemampuan dalam menjalankan tugas secara optimal.

Standar Mutu Pelayanan Kebidanan

1. Jenis Standar Mutu

Jenis standar mutu dibedakan menjadi tiga jenis yaitu:

- a. Standar struktur (*rules of the game*) adalah standar yang menjelaskan peraturan sistem, termasuk di dalamnya adalah hubungan organisasi, kewenangan, komite-komite, personal, peralatan, gedung rekam medik, keuangan, pembekalan, obat dan fasilitas.
- b. Standar proses (*playing game*) adalah sesuatu yang menyangkut semua yang aspek, pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan, melakukan prosedur dan kebijaksanaan.
- c. Standar keluaran (*outcome*) adalah hasil akhir atau akibat dari pelayanan kesehatan. Standar keluaran akan menunjukkan apakah pelayanan berhasil atau gagal dan menentukan apakah bisa diukur.

2. Syarat Standar

- a. Dapat diobservasi dan diukur

Standar harus dapat diamati dan diukur, agar dalam pelaksanaannya tidak menimbulkan multi interpretasi sehingga hasilnya dapat sesuai dengan yang diharapkan.

b. Realistis

Standar harus realistis, harus sesuai dengan kemampuan organisasi, standar yang akan dicapai.

c. Mudah dilakukan dan dibutuhkan

Kegiatan yang dilaksanakan sesuai standar harus mudah dilakukan, tidak berbelit-belit dan tidak menambah rumit pelaksanaan, setiap tahap kegiatan dalam standar harus dibutuhkan untuk mencapai hasil.

3. Pengenalan Standar Pelayanan Kebidanan

Dalam menjaga mutu pelayanan kebidanan organisasi profesi bidan, Ikatan Bidan Indonesia (IBI) telah menetapkan standar pelayanan kebidanan yang terdiri dari 24 standar yaitu standar pelayanan umum (2 standar), standar pelayanan antenatal (6 standar), standar pertolongan persalinan (4 standar), standar pelayanan nifas (3 standar) dan standar pelayanan kegawatdaruratan (9 standar). Standar pelayanan kebidanan yang perlu diperhatikan bidan dalam menjalankan praktik sebagai berikut:

a. Menilai mutu pelayanan

Mutu pelayanan dapat diukur dari kepatuhan bidan terhadap standar dalam memberikan pelayanan. Semakin bermutu suatu produk maka akan semakin baik mutu produk tersebut.

b. Menyusun rencana diklat bidan

Keterampilan yang harus dipenuhi oleh seorang bidan agar dapat menerapkan standar pelayanan kebidanan dalam menjalankan praktiknya, maka ditetapkan pendidikan dan pelatihan yang diperlukan untuk menambah keterampilan bidan.

c. Pengembangan kurikulum pendidikan bidan

Keterampilan yang dibutuhkan bidan untuk dapat memberikan pelayanan sesuai standar selain dapat dilatih melalui diklat, dapat pula

dimasukkan ke dalam kurikulum formal pendidikan bidan.

Ruang Lingkup Standar Pelayanan Kebidanan

Ruang lingkup standar pelayanan kebidanan meliputi 24 standar sebagai berikut:

1. Standar 1 (persiapan untuk kehidupan keluarga sehat)
2. Standar 2 (pencatatan dan pelaporan)
3. Standar 3 (identifikasi ibu hamil)
4. Standar 4 (pemeriksaan dan pemantauan antenatal)
5. Standar 5 (palpasi abdominal)
6. Standar 6 (pengelolaan anemia pada kehamilan)
7. Standar 7 (pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan)
8. Standar 8 (persiapan persalinan)
9. Standar 9 (asuhan persalinan kala I)
10. Standar 10 (persalinan kala II yang aman)
11. Standar 11 (penatalaksanaan aktif persalinan kala III)
12. Standar 12 (penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi)
13. Standar 13 (perawatan bayi baru lahir)
14. Standar 14 (penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan)
15. Standar 15 (pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas)
16. Standar 16 (penanganan perdarahan dalam kehamilan trimester III)
17. Standar 17 (penanganan kegawatan pada eklamsia)
18. Standar 18 (penanganan kegawatan pada partus lama atau macet)

19. Standar 19 (persalinan dengan penggunaan *vakum ekstraktor*)
20. Standar 20 (penanganan *pretensio plasenta*)
21. Standar 21 (penanganan perdarahan *postpartum primer*)
22. Standar 22 (penanganan perdarahan *postpartum sekunder*)
23. Standar 23 (penanganan *sepsis puerperalis*)
24. Standar 24 (penanganan *asfiksia neonatirum*)

Metode Peningkatan Mutu Pelayanan Kebidanan

1. Jaminan Mutu (*Quality Assurance*)

Jaminan mutu adalah suatu kegiatan secara berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab yang terjadi pada masalah dalam meningkatkan mutu pelayanan yang diselenggarakan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Hal ini dapat dilakukan dengan mengidentifikasi indikator kunci mutu dalam pelayanan, indikator perlu dipantau dan diukur hasilnya. Faktor yang perlu diperhatikan salah satunya adalah mengidentifikasi proses kunci yang mengarah pada hasil (*outcome*).

Mutu merupakan hal yang paling pokok dari suatu organisasi, baik di dalam dunia pendidikan maupun organisasi. Mutu merupakan *conformance to requirement* yaitu sesuai dengan yang syarat atau standar yang ada. Suatu produk memiliki mutu apabila sesuai dengan standar mutu yang telah ditentukan.

2. Dimensi Mutu Pelayanan

Mutu pelayanan kebidanan memiliki dimensi diantaranya sebagai berikut:

a. Dimensi kompetensi teknis

Kompetensi teknis yang dimaksud menyangkut tentang kemampuan dan keterampilan pemberi

layanan, bagaimana pemberi layanan mengikuti standar yang telah ditetapkan.

b. Dimensi keterjangkauan atau akses

Layanan yang diberikan dapat dicapai dan dijangkau oleh masyarakat, tidak terbatas pada keadaan geografis, sosial, ekonomi, organisasi dan Bahasa setempat.

c. Dimensi efektivitas

Efektivitas tersebut sangat tergantung pada standar layanan yang ditetapkan seperti ketepatan dan konsisten.

d. Dimensi efisiensi

Efisiensi dalam bidang kesehatan sangat diperlukan dalam memberikan layanan karena dapat melayani klien serta masyarakat yang membutuhkan layanan.

e. Dimensi kesinambungan

Kesinambungan dalam layanan kesehatan artinya pasien harus dapat diberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhannya tanpa perlu mengulangi dari awal prosedur dan terapi yang telah diberikan.

f. Dimensi keamanan

Layanan kesehatan telah aman, artinya memiliki risiko cedera, infeksi, efek samping yang rendah. Sehingga sangat penting sekali dalam menentukan serta menjamin keamanan antara pemberi dan penerima layanan kesehatan.

g. Dimensi kenyamanan

Dimensi kenyamanan mempengaruhi kepuasan klien/ penerima layanan, apabila merasa nyaman dengan layanan yang diberikan maka klien/ penerima akan tumbuh rasa percaya kepada tenaga kesehatan maupun organisasi layanan kesehatan.

h. Dimensi informasi

Layanan kesehatan harus mampu memberikan informasi yang jelas mengenai apa tujuan, manfaat, tindakan yang akan dilakukan dan dampak yang akan terjadi serta kapan dan dimana layanan kesehatan tersebut dapat dilaksanakan dan diterima.

i. Dimensi ketepatan waktu

Dalam mengukur keberhasilan suatu mutu layanan kesehatan perlu dilakukan dalam waktu dan cara yang tepat oleh pemberi layanan yang tepat dengan menggunakan alat dan obat dengan tepat serta biaya yang tergolong efisien.

j. Dimensi hubungan antar manusia

Dikatakan hubungan antar manusia adalah apabila terdapat hubungan antara pemberi layanan kesehatan dengan klien atau masyarakat, lembaga, organisasi.

Hubungan antar manusia tercipta dengan baik maka akan menimbulkan kepercayaan dan saling menghargai, menjaga rahasia, saling menghormati.

3. Program Menjaga Mutu

Program menjaga mutu dapat dibedakan menjadi tiga macam berdasarkan waktu pelaksanaan kegiatan sebagai berikut:

a. Program menjaga mutu prospektif

Program menjaga mutu prospektif merupakan program yang dilaksanakan sebelum pelayanan kesehatan tersebut diselenggarakan. Perhatian utama lebih ditujukan pada unsur masukan serta lingkungan. Tenaga kesehatan, dana, sarana, kebijakan organisasi serta manajemen yang tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, akan berpengaruh terhadap mutu pelayanan. Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mutu prospektif meliputi:

1) Perizinan (lisensi)

Telah terpenuhinya standarisasi suatu pelayanan bukan menjadi jaminan bahwa pelayanan tersebut dapat dipertanggungjawabkan secara penuh. Untuk mengantisipasi makan standarisasi perlu disertai dengan perizinan (*licensure*) yang ditinjau secara berkala.

a) Sertifikasi

Sertifikasi merupakan tindak lanjut dari perizinan, yakni memberikan sertifikat (pengakuan) kepada institusi kesehatan dan/atau pelaksana yang benar-benar telah memenuhi persyaratan.

b) Akreditasi

Akreditasi merupakan bentuk lain dari sertifikasi yang memiliki nilai (*value*). Akreditasi tersebut dilakukan secara bertingkat, yakni sesuai dengan kemampuan institusi kesehatan atau tenaga pelaksana yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

2) Program menjaga mutu konkurent

Program menjaga mutu konkurent merupakan program menjaga mutu yang pelaksanaannya dilakukan bersamaan dengan pelayanan yang diberikan. Dalam hal ini, unsur proses lebih ditekankan yaitu menilai tindakan medis dan non medis yang sedang berjalan. Program mutu ini pelaksanaannya lebih kompleks disebabkan tenggang rasa satu sama lain.

3) Program menjaga mutu retrospektif

Program yang dilaksanakan setelah pelayanan diselenggarakan dan lebih difokuskan pada unsur keluaran atau menilai penampilan pelayanan. Objek yang dinilai bersifat tidak

langsung atau dapat berupa hasil kerja dari suatu pelayanan misalnya *survey* atau *review*. Beberapa contoh program menjaga mutu retrospektif antara lain:

- a) Tinjauan rekam medik

Penampilan (*performance*) pelayanan dinilai dari rekam medik yang digunakan pada pelayanan. Rekam medik rumah sakit (RMRS) merupakan komponen penting dalam pelaksanaan kegiatan manajemen rumah sakit. Tujuan rekam medik di rumah sakit yaitu aspek administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan dan dokumentasi.
 - b) Tinjauan jaringan

Pada tinjauan jaringan (*tissue review*) penampilan pelayanan kesehatan (khusus pembedahan) dinilai dari jaringan pembedahan yang dilakukan.
 - c) Survei klien

Pada *survey* klien (*client survey*) penampilan pelayanan kesehatan dari pandangan pemakai jasa pelayanan. Survei klien dapat dilakukan secara informal.
- 4) Program menjaga mutu internal (*internal quality assurance*)
- Program menjaga mutu internal diselenggarakan oleh suatu organisasi di suatu instansi kesehatan yang mengadakan pelayanan kesehatan. Ditinjau dari peranan pelaksana, secara umum dapat dibedakan menjadi:
- a) Para pelaksana program menjaga mutu adalah para ahli yang tidak terlibat dalam pelayanan kesehatan (*expert group*) yang secara khusus diberikan wewenang dan

tanggung jawab menyelenggarakan program menjaga mutu.

- b) Para pelaksana program menjaga mutu adalah mereka yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan (*team based*), seperti gugus kendali mutu sebagaimana yang banyak dibentuk di dunia industri.
- 5) Program menjaga mutu eksternal (*external quality assurance*)

Program menjaga mutu eksternal diselenggarakan oleh suatu organisasi diluar instansi kesehatan yang mengadakan pelayanan kesehatan. Pada bentuk ini kedudukan organisasi yang bertanggung jawab terhadap program menjaga mutu berada di luar institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Tujuan Program Menjaga Mutu

Tujuan program menjaga mutu mencakup beberapa hal sebagai berikut:

1. Tujuan antara

Tujuan antara meliputi telah diketahuinya mutu layanan yang akan dikaitkan dengan kegiatan program menjaga mutu. Tujuan tersebut dapat dicapai apabila masalah mutu berhasil ditetapkan.

2. Tujuan akhir

Tujuan akhir meliputi makin meningkatnya mutu pelayanan apabila program dalam penyelesaian masalah berhasil dilaksanakan.

Manfaat Program Menjaga Mutu

Unsur mutu pelayanan dapat memperoleh manfaat secara umum yaitu:

1. Dapat meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan

Hal ini berhubungan erat dengan kemampuan mengatasi masalah kesehatan secara tepat dan benar.

Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan benar-benar sesuai dengan masalah yang ditemukan.

2. Dapat meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan

Peningkatan efisiensi berhubungan erat dengan kemampuan mencegah tindakan/penyelenggaraan pelayanan yang berlebihan atau di bawah standar. Biaya tambahan yang disebabkan pelayanan yang berlebihan atau karena akibat dari pelayanan yang di bawah standar.

3. Dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan

Peningkatan penerimaan masyarakat berhubungan erat dengan kesesuaian antara pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan kesehatan.

4. Dapat melindungi pelaksana pelayanan dari kemungkinan terjadinya gugatan hukum

Meningkatnya tingkat pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat maka kesadaran akan hukum juga tampak semakin meningkat. Dalam melindungi kemungkinan munculnya gugatan hukum dari masyarakat yang tidak puas terhadap pelayanan kesehatan maka penyelenggara pelayanan kesehatan harus dapat menjaga kualitas pelayanan yang dapat memuaskan penerima layanan yang diharapkan.

Sasaran Program Menjaga Mutu

Terdapat empat unsur atau sasaran dalam program pelayanan kesehatan sebagai berikut:

1. Unsur masukan (*input*)

Unsur masukan merupakan salah satu yang diperlukan agar dapat berjalannya suatu pelayanan kesehatan, misalnya tenaga (*man*), dana (*money*), sarana (*material*).

2. Unsur lingkungan (*environment*)

Unsur lingkungan mempengaruhi keadaan sekitar dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Dalam

unsur lingkungan, yang perlu diperhatikan mengenai kebijakan (*policy*), organisasi (*organization*) dan manajemen (*management*). Apabila ketiga unsur lingkungan ini tidak dapat terpenuhi maka akan berdampak pada mutu pelayanan kesehatan yang tidak optimal

3. Unsur proses (*process*)

Unsur proses merupakan semua tindakan pelayanan kesehatan yang terdiri dari dua tindakan, yaitu tindakan medis (*medical procedures*) dan tindakan non medis (*non-medical procedures*).

4. Unsur keluaran (*output*)

Unsur keluaran merupakan suatu kegiatan yang menunjukkan *performance* dari pelayanan kesehatan, penampilan yang dimaksud memperhatikan aspek medis dan non medis. Apabila kedua aspek ini tidak terpenuhi maka pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tidak akan mencapai mutu pelayanan yang maksimal karena kedua unsur tersebut saling terkait dan mempengaruhi.

Kegiatan Program Menjaga Mutu

Kegiatan program dalam menjaga mutu ada dua macam:

1. Tahap persiapan

- a. Membentuk organisasi yang bertanggung jawab melaksanakan program menjaga mutu
- b. Menetapkan batas wewenang dan tanggung jawab organisasi pelaksana program menjaga mutu
- c. Menjabarkan ruang lingkup kegiatan yang diselenggarakan oleh organisasi pelaksana program menjaga mutu
- d. Menetapkan aspek pelayanan kesehatan yang dipandang penting untuk diperhatikan
- e. Menetapkan tolak ukur dan ambang batas untuk aspek pelayanan kesehatan

2. Tahap pelaksanaan
 - a. Menetapkan masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
 - b. Menetapkan prioritas masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
 - c. Melakukan analisis masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
 - d. Melakukan kajian masalah mutu pelayanan kesehatan secara lebih mendalam
 - e. Menetapkan dan menyusun upaya penyelesaian masalah mutu pelayanan kesehatan
 - f. Melaksanakan upaya penyelesaian masalah mutu pelayanan kesehatan
 - g. Melakukan pemantauan dan menilai kembali masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselesaikan

Dimensi Kepuasan Pelayanan

Secara umum dimensi kepuasan tersebut dapat dibedakan menjadi dua:

1. Kepuasan yang berfokus pada penerapan kode etik serta standar pelayanan profesi mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai hubungan antara dokter dan pasien, kenyamanan, kebebasan melakukan pilihan, pengetahuan dan kompetensi teknis, efektivitas, keamanan tindakan.
2. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan. Ukuran yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai ketersediaan pelayanan, kewajaran pelayanan, kesinambungan pelayanan, penerimaan pelayanan, ketercapaian pelayanan, efisiensi pelayanan, dan mutu pelayanan.

Aspek yang Perlu Diperhatikan dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Kebidanan

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam meningkatkan mutu pelayanan kebidanan:

1. Menerapkan manajemen mutu terpadu

Dalam hal ini diperlukan perubahan yang besar di sisi budaya dan sistem nilai suatu organisasi.

a. Kepuasan pelanggan

Kualitas tidak lagi hanya bermakna kesesuaian dengan spesifikasi tertentu, tetapi kualitas tersebut ditentukan oleh pelanggan yang dipuaskan dalam segala aspek termasuk harga, kenyamanan, keamanan dan ketepatan waktu.

b. Penghargaan terhadap setiap orang

Setiap orang dalam organisasi diperlakukan dengan baik dan diberi kesempatan untuk terlibat dan berpartisipasi dalam tim pengambilan keputusan.

c. Manajemen berdasarkan fakta

Organisasi bertaraf internasional harus berorientasi pada fakta, artinya bahwa setiap keputusan selalu didasarkan pada data dan informasi, bukan sekedar perasaan.

2. Audit kematian maternal perinatal

Adanya program audit kematian maternal perinatal memungkinkan untuk mengidentifikasi masalah yang muncul secara jelas tentang jenis dan luasnya masalah, sehingga selanjutnya dapat diambil langkah untuk mengantisipasi terulangnya masalah. Dengan adanya audit maka ide tentang pokok permasalahan akan diketahui dan akan menunjukkan solusi berdasarkan *evidenced based intervention*.

Menerapkan konsep *Plan, Do, Check, Action* (PDCA)

Siklus PDCA ini dapat menunjukkan bahwa jika suatu organisasi menghasilkan mutu dari produk atau jasa yang dihasilkan, maka roda siklus PDCA akan terus berputar. Artinya, *plan do check action* harus dilaksanakan secara terus menerus. Rencana yang telah dibuat harus dijalankan, pelaksanaan perlu dimonitoring, diukur atau dinilai. Hasil penilaian dilakukan untuk analisis lalu dapat digunakan untuk merencanakan pengembangan berikutnya. Berikut ini uraian dari siklus PDCA:

1. *Plan* (perencanaan)

Dalam tahapan PDCA bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisa masalah. Temukan masalah lalu melakukan identifikasi dengan tepat. Beberapa *management tools* yang bisa digunakan dalam tahap ini antara lain *drill down, cause & effect diagrams* dan *the 5 whys*.

2. *Do* (Kerjakan)

Pada tahap ini dapat melibatkan beberapa kegiatan seperti menghasilkan solusi yang mungkin, memilih yang terbaik dari solusi tersebut menggunakan *impact analysis*, menerapkan atau menguji solusi yang didapat pada skala kecil atau pada era terbatas.

3. *Check* (Cek)

Pada tahap ini, dapat mengukur seberapa efektif percobaan yang telah dilakukan sebelumnya. Selain itu juga dapat menarik pembelajaran sebanyak mungkin sehingga nantinya bisa menghasilkan mutu yang lebih baik.

4. *Act* (tindaklanjuti)

Menindaklanjuti hasil untuk membuat perbaikan yang diperlukan. Artinya, meninjau seluruh langkah dan memodifikasi proses untuk perbaikan sebelum implementasi berikutnya.

Menerapkan *Total Quality Management* (TQM)

TQM merupakan pendekatan manajemen pada suatu organisasi, berfokus pada kualitas dan didasarkan atas partisipasi sumber daya manusia yang ada dengan tujuan untuk mencapai keberhasilan dalam jangka waktu panjang melalui kepuasan pelanggan dan memberikan manfaat pada anggota organisasi. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk perbaikan mutu pelayanan secara terus-menerus. Media yang dapat digunakan untuk menerapkan TQM yaitu curah pendapat (*brainstorming*), diagram alur (bagan arus proses), analisis SWOT (*strengths-kekuatan, weakness-kelemahan, opportunities (peluang), dan threats-ancaman*), ranking preferensi, analisis tulang ikan, penilaian kritis, *benchmarking*, diagram analisa medan daya (bidan kekuatan).

Penerapan ISO

ISO 9001:2000 adalah nomor acuan pada seri standar internasional yang menjabarkan kriteria tentang sistem manajemen mutu (SMM). Standar ini merupakan seri ISO dan diadopsi secara global internasional. Keberhasilan ISO ini disebabkan pada sistem yang diterapkan dan dilandasi oleh suatu sistem yang konsisten, sistem pengendalian dan pencegahan serta upaya peningkatan secara berkelanjutan. Manajemen ISO 9001:2000 dapat meningkatkan mutu karena diterapkan prinsip PDCA, visi, misi dan kebijakan jelas serta adanya sasaran mutu sebagai bentuk untuk menjamin program mutu.

Daftar Pustaka

- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Nuruniyah, S., Setyonurhayati, A. (2011). *Mutu Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Retnaningtyas, E. (2018). *Manajemen Mutu Pelayanan Kebidanan*. Jawa Timur: Strada Press.
- Sondakh, J.S., M. Clin., Marjati., Pipitcahyani, T.I. (2013). *Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

Profil Penulis



Stephanie Lexy Louis, S.ST., M.Biomed.

Penulis lahir dari di Kota Palembang, 29 Januari 1989. Saat ini merupakan dosen pengajar di Program Studi D3 Kebidanan Universitas Katolik Musi Charitas. Penulis telah tercatat pernah menempuh pendidikan D3 Kebidanan di STIKES Perdhaki Charitas Palembang lulusan tahun 2009. Kemudian melanjutkan studi Diploma IV Pendidikan Kebidanan di Universitas Respati Yogyakarta lulusan tahun 2012 dan menyelesaikan S2 jurusan Sains Reproduksi di Program Studi Ilmu Biomedik, Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Palembang lulusan tahun 2018. Beberapa mata kuliah kebidanan yang diampuh antara lain Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL, Kesehatan Reproduksi dan KB, Asuhan Neonatus Bayi dan Balita serta aktif dalam melakukan Tridarma Perguruan Tinggi meliputi penelitian, pengabdian kepada masyarakat dan berpartisipasi dalam kelompok buku ajar yang berhubungan dengan ilmu kebidanan.

Email Penulis: stephanielexy21@gmail.com

KELUARGA BERENCANA

Reffi Dhamayanti, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.

Akademi Kebidanan Nusantara Indonesia Lubuklinggau

Konsep Keluarga Berencana

Pada mulanya, pelaksanaan program Keluarga Berencana (KB) lebih terfokus pada motivasi pasangan suami istri untuk menggunakan alat kontrasepsi dengan indikator *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR). Namun, keberhasilan program KB tidak hanya diukur dari peningkatan prevalensi kontrasepsi karena pengaruh demografis penggunaan kontrasepsi, tetapi juga tergantung pada efektivitas dan durasi penggunaan kontrasepsi (Raharja, 2011). WHO menyebutkan bahwa Keluarga Berencana (KB) memungkinkan individu dan pasangan untuk mengatur jumlah anak serta jarak dan waktu kelahiran yang diinginkan. Hal ini dapat dicapai dengan penggunaan metode kontrasepsi dan pengobatan infertilitas. Kemampuan seorang wanita untuk mengatur jarak dan membatasi kehamilannya memiliki dampak langsung pada kesehatan dan kesejahteraan sendiri serta pada hasil akhir kehamilannya yaitu generasi penerus yang berkualitas (Shaw, 2010). Keluarga berencana termasuk ke dalam 17 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang disepakati oleh negara-negara anggota PBB tahun 2015. Keluarga berencana terdapat pada tujuan untuk menjamin kehidupan sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua di segala usia. Target ke-3 poin 7 dalam tujuan tersebut menyebutkan bahwa pada tahun 2030, pemerintah menjamin akses universal terhadap

layanan perawatan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk untuk keluarga berencana, informasi dan pendidikan, serta integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi program nasional. Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga menyebutkan bahwa program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. (Kemenkes RI, 2014).

Tujuan KB adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Selain itu KB juga diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Program KB memiliki dua sasaran pokok meliputi sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijakan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas dan sejahtera (Priyatni, 2016).

Ruang lingkup program KB, meliputi komunikasi informasi dan edukasi, konseling, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan, konsultasi *genetic* (Handayani, 2010). Ruang lingkup yang cukup luas tersebut memungkinkan bidan untuk dapat berkontribusi dalam KB tidak hanya melalui upaya pelaksanaan pemberian metode kontrasepsi, namun juga dalam peningkatan pengetahuan dan pemberdayaan perempuan untuk secara aktif untuk merencanakan fungsi reproduktifnya.

Istilah kontrasepsi berarti mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Kontrasepsi adalah usaha - usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan yang dapat bersifat sementara maupun permanen. Adapun akseptor KB menurut sasarannya, meliputi:

1. Fase Menunda Kehamilan

Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu reversibilitas yang tinggi atau kembalinya kesuburan dapat terjamin 100% serta efektifitas yang tinggi. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum memiliki anak, sehingga bila kelak sudah siap untuk memiliki anak, kesuburan dapat kembali dengan cepat. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR.

2. Fase Mengatur/ Menjarangkan Kehamilan

Pada fase ini, pasangan dapat mengatur atau menjarangkan kehamilan berikutnya agar jarak kehamilan tidak terlalu dekat dan bisa memaksimalkan perawatan pada anak yang sudah ada. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi dan reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

3. Fase Mengakhiri Kesuburan

Pada fase ini, sebaiknya pasangan telah mempunyai minimal 2 anak dan umur istri lebih dari 35 tahun. Kontrasepsi yang digunakan pada fase ini adalah yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan resiko tinggi bagi ibu dan janin. Metode kontrasepsi yang disarankan adalah metode kontrasepsi mantap, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB (Pinem, 2009).

Konseling KB

Konseling merupakan komunikasi yang mampu menghasilkan perubahan sikap pada orang yang terlihat dalam komunikasi. Tujuan komunikasi efektif adalah memberi kemudahan dalam memahami pesan yang disampaikan antara pemberi dan penerima pesan, sehingga bahasa lebih jelas, lengkap, pengiriman dan umpan balik seimbang, serta dapat melatih penggunaan bahasa nonverbal secara baik. Konseling merupakan unsur yang penting dalam pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi karena klien dapat memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya serta meningkatkan keberhasilan.

Konseling KB yang diberikan pada klien memberikan keuntungan kepada pelaksana kesehatan maupun penerima layanan KB. Adapun keuntungannya konseling KB adalah klien dapat memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhannya, puas terhadap pilihannya dan mengurangi keluhan atau penyesalan, cara dan lama penggunaan yang sesuai serta efektif, membangun rasa saling percaya, menghormati hak klien dan petugas, menambah dukungan terhadap pelayanan KB, menghilangkan rumor dan konsep yang salah. Prinsip konseling KB meliputi percaya diri, tidak memaksa, *informed consent* (ada persetujuan dari klien); menghargai hak klien, dan sadar akan kewenangan profesi (Matahari, 2018).

Penapisan Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi

Penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi dilakukan untuk menentukan apakah terdapat keadaan yang membutuhkan perhatian khusus dan masalah yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual mengamanatkan bahwa penyelenggaraan pelayanan

kontrasepsi dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggungjawabkan dari segi agama, norma budaya, etika, dan kesehatan. Dalam kaitan ini, pilihan metode kontrasepsi yang dilakukan oleh pasangan suami istri harus mempertimbangkan usia, paritas, jumlah anak, kondisi kesehatan, dan norma agama. Oleh karena itu bidan perlu mengetahui kondisi medis dan karakteristik khusus sebelum klien menggunakan kontrasepsi. Hal ini dikarenakan pada klien dengan kondisi medis atau karakteristik khusus, terdapat metode kontrasepsi yang mungkin dapat memperburuk kondisi medis atau membuat risiko kesehatan tambahan. Di sisi lain terdapat juga kondisi medis atau karakteristik klien yang dapat mempengaruhi efektifitas metode kontrasepsi.

Dalam hubungan pilihan kontrasepsi, klien perlu mendapatkan informasi tentang efektifitas relatif (*relative effectiveness*) dari berbagai metode kontrasepsi yang tersedia, serta efek negatif kehamilan yang tidak diinginkan pada kesehatan dan risiko kesehatan potensial pada kehamilan dengan kondisi medis tertentu. Keadaan atau kondisi yang mempengaruhi persyaratan medis dalam penggunaan setiap metode kontrasepsi dikelompokkan dalam 4 kategori:

1. Kondisi di mana tidak ada pembatasan apapun dalam penggunaan metode kontrasepsi
2. Penggunaan kontrasepsi lebih besar manfaatnya dibandingkan dengan risiko yang diperkirakan akan terjadi
3. Risiko yang diperkirakan lebih besar daripada manfaat penggunaan kontrasepsi
4. Risiko akan terjadi bila metode kontrasepsi tersebut digunakan (Saifuddin, 2016)

Khusus untuk Kontrasepsi Mantap (Tubektomi dan Vasektomi) digunakan klasifikasi lain yaitu:

1. Tidak ada alasan medis yang merupakan kontraindikasi digunakan klasifikasi mantap

2. Tindakan kontrasepsi mantap dapat dilakukan, tetapi dengan persiapan dan kewaspadaan khusus
3. Sebaiknya tindakan kontrasepsi mantap ditunda sampai kondisi medis diperbaiki. Sementara itu berikan metode kontrasepsi lain
4. Tindakan kontrasepsi mantap hanya dilakukan oleh tenaga yang sangat berpengalaman, dan perlengkapan anestesi tersedia.

Metode Kontrasepsi NonHormonal

Metode kontrasepsi non hormonal terdiri dari metode alamiah dan metode kontrasepsi dengan alat non hormonal. Setiap metode kontrasepsi memiliki tingkat efektifitas yang berbeda. Selain itu, keuntungan dan keterbatasan setiap metode kontrasepsi juga tidaklah sama.

Tabel 7.1
Efektifitas dan Cara Kerja Berbagai Metode Kontrasepsi

Tingkat efektifitas	Metode	Cara Kerja	Efektifitas: Kehamilan per 100 perempuan dalam 12 bulan pertama pemakaian	
			Dipakai secara tepat dan konsisten	Dipakai secara biasa
Sangat efektif (0- 0.9)	Implan	Mengentalkan lendir serviks untuk mencegah fertilisasi, serta mencegah ovulasi	0.1	0.1
	AKDR tembaga	Komponen tembaga menghancurkan sperma dan mencegah fertilisasi	0.6	0.8

	AKDR levonorgestrel	Mengentalkan lendir serviks untuk mencegah fertilisasi	0.5	0.7
	Vasektomi	Mencegah sperma keluar melalui air mani saat ejakulasi	0.1	0.15
	Tubektomi	Sel ovum dihambat untuk fertilisasi	0.5	0.5
Efektif (1-9)	Pil kontrasepsi kombinasi	Mencegah ovulasi	0.3	7
	Pil progesteron	Mengentalkan lendir serviks untuk mencegah fertilisasi, serta mencegah ovulasi	0.3	7
	Pil kontrasepsi darurat (ulipristal asetat 30 mg atau levonorgestrel 1.5 mg)	Mencegah atau menunda ovulasi. Pil harus diminum hingga 5 hari setelah hubungan seksual tanpa kondom	<1 (ulipristal asetat) 1 (progesteron saja) 2 (kombinasi)	-
	Suntikan progesteron	Mengentalkan lendir serviks untuk mencegah fertilisasi, serta mencegah ovulasi	0.2	4
	Suntikan kombinasi	Mencegah ovulasi	0.05	3

	Ring vagina kontrasepsi kombinasi	Mencegah ovulasi	0.3	7
	Koyo kontrasepsi kombinasi	Mencegah ovulasi	0.3	7
	MAL	Mencegah ovulasi	0.9 (dalam 6 bulan)	2 (dalam 6 bulan)
Cukup efektif (10-19)	Kondom pria	Membentuk penghalang untuk mencegah fertilisasi	2	13
	Metode kalender (pantang berkala)	Pasangan mencegah kehamilan dengan menghindari hubungan seksual tanpa pelindung selama perkiraan masa subur dengan berpantang atau menggunakan kondom	Tingkat efektifitas yang reliabel tidak tersedia	15
Kurang efektif (>20)	Kondom wanita	Membentuk penghalang untuk mencegah fertilisasi	5	21
	Metode Suhu Basal Tubuh	Mencegah kehamilan dengan menghindari hubungan seksual tanpa pelindung selama masa subur	Tingkat efektifitas yang reliabel tidak tersedia	

	Koitus Interruptus	Mencegah sperma keluar dalam tubuh wanita untuk menghindari fertilisasi	4	20
--	--------------------	---	---	----

(Sumber: WHO, 2020)

1. Metode Kontrasepsi Alamiah

a. Metode Kalender (pantang berkala)

Metode kontrasepsi sederhana, dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat, tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya, tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual, kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi, tidak memerlukan biaya, dan tidak memerlukan tempat pelayanan kontrasepsi. Memerlukan kerjasama yang baik antara suami istri, harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya, pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat, pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur, harus mengamati siklus menstruasi minimal enam kali siklus, siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat), lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain. (Priyatni, 2016).

b. Sanggama Terputus (koitus interruptus)

Metode kontrasepsi tradisional ini dilakukan dengan cara pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi. Penis dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah. Efektifitas bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan sanggama terputus setiap melaksanakannya.

Dalam melakukan metode ini sangat diperlukan kerja sama dan saling pengertian sebelum melakukan hubungan seksual dan pasangan harus mendiskusikan dan menyepakati penggunaan metode sanggama terputus (Saifudin, 2016).

c. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode ini mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI). MAL dapat digunakan sebagai kontrasepsi bila ibu menyusui secara penuh, belum haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan. Metode ini efektif sampai 6 bulan postpartum dan harus dilanjutkan dengan pemakaian kontrasepsi lainnya setelah lewat 6 bulan. Cara kerja MAL adalah dengan menunda atau mencegah terjadinya ovulasi. Selain dapat mencegah kehamilan, metode ini dapat memberikan kekebalan pasif serta menjadi sumber asupan gizi yang terbaik bagi bayi (Saifudin, 2016).

2. Metode NonHormonal dengan Alat

a. Kondom

Cara kerja kondom adalah dengan menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Selain itu, kondom juga mencegah penularan mikro organisme (IMS termasuk HIV/ AIDS dan Hepatitis B). Keterbatasan metode ini adalah efektifitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, agak mengganggu hubungan seksual dan harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.

b. Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan

menutup serviks. Cara kerja diafragma dengan menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba fallopi) dan sebagai alat tempat spermisida. Keberhasilan metode ini bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan. Motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual.

c. AKDR non hormonal

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopii, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu, mencegah implantasi telur dalam uterus. AKDR memiliki efektifitas yang tinggi dan dapat efektif segera setelah pemasangan. AKDR juga dapat digunakan dalam jangka panjang, tidak mempengaruhi kualitas ASI dan tidak memberikan efek samping hormonal. Efek samping yang mungkin terjadi adalah perubahan siklus haid pada 3 bulan pertama pemasangan, haid lebih lama dan banyak, spotting, dan nyeri haid. Prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR (Priyatni, 2016).

d. Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan secara permanen. Mekanisme kerjanya dengan mengoklusi tuba fallopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. Selain efek kontrasepsi, tubektomi dapat mengurangi risiko kanker ovarium. Metode ini harus dipertimbangkan dengan baik karena bersifat permanen kecuali bila dilakukan rekanalisasi. Tubektomi juga membutuhkan prosedur bedah yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih.

e. Vasektomi

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi. Klien harus diberi informasi bahwa prosedur vasektomi tidak mengganggu hormon pria atau menyebabkan perubahan kemampuan atau kepuasan seksual (Saifudin, 2016).

Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal adalah metode kontrasepsi yang menggunakan hormon untuk mencegah terjadinya kehamilan. Metode ini dapat berisi hormon estrogen saja, progesteron saja maupun kombinasi keduanya.

1. Pil Kombinasi

Metode ini tergolong efektif, namun harus diminum setiap hari, dan pada bulan pertama dapat terjadi efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang. Metode ini dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum. Pil kombinasi dapat diminum setiap saat bila yakin tidak hamil, dan tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui karena dapat mengurangi produksi ASI.

Cara kerja pil kombinasi adalah dengan menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma dan sel telur.

2. Pil Progesteron

Metode ini cocok untuk semua ibu menyusui karena tidak menurunkan produksi ASI, dosis rendah sehingga tidak memberikan efek samping estrogen, efek samping berupa *spotting* dan perdarahan tidak teratur, dan dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat. Cara kerja pil progesteron dengan menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di

ovarium dan mengakibatkan endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks dan mengubah motilitas tuba. Pil harus diminum setiap hari pada waktu yang sama sehingga membutuhkan komitmen klien untuk rutin mengkonsumsi pil ini.

3. Suntikan Kombinasi

Jenis suntikan kombinasi dapat berupa kombinasi 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat maupun 50 mg noretindron enantat dan 5mg estradiol valerat yang diberikan secara injeksi IM sebulan sekali. Cara kerja metode ini dengan menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, mengakibatkan perubahan endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Yang boleh menggunakan metode ini adalah klien dengan usia reproduksi, ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, menyusui dengan usia anak > 6 bulan, pasca persalinan, anemia, nyeri haid hebat, haid teratur, riwayat kehamilan ektopik, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, wanita perokok berusia lebih 35 tahun (Matahari, 2018).

4. Suntikan Progesteron

Metode kontrasepsi ini sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan sekitar 4 bulan dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menghambat produksi ASI. Terdapat 2 jenis suntikan progesteron yang tersedia, yaitu Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) yang disuntikkan setiap 3 bulan dan Depo noretisteron enantat (Depo Noristerat) yang disuntikkan setiap 2 bulan. Cara kerja metode ini dengan mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi serta menghambat transportasi gamet oleh tuba.

5. Implan

Metode kontrasepsi ini dapat memberikan perlindungan jangka panjang (bervariasi sesuai dengan masing-masing tipe), nyaman, dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi, kesuburan kembali setelah implan dicabut, aman dipakai pada masa laktasi. Pemasangan dan pencabutan implan perlu dilakukan oleh tenaga kesehatan yang telah terlatih. Cara kerja implan dengan mengentalkan lendir serviks, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma dan menekan ovulasi. Efek samping yang mungkin terjadi berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenore.

6. AKDR Hormonal

Jenis AKDR yang mengandung hormon steroid adalah prigestase yang mengandung progesteron (levonorgestrel). Cara kerjanya dengan mentransformasi endometrium sehingga mengganggu implantasi, mencegah fertilisasi, mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba falopii dan menginaktivasi sperma. Metode ini efektif untuk jangka panjang, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak menghambat ASI, kesuburan kembali setelah AKDR diangkat, efek samping sangat kecil (Priyatn, 2016).

Pelayanan KB Pasca Salin dan Pasca Keguguran

Sebagian besar klien pasca persalinan ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun lagi atau tidak ingin menambah anak lagi. Konseling KB sebaiknya sudah mulai diberikan sejak antenatal maupun pasca persalinan. Pelayanan KB pasca persalinan akan berjalan dengan baik bila didahului dengan konseling yang baik, saat klien dalam kondisi sehat, sadar penuh dan tidak berada di bawah tekanan/ paksaan.

Poin penting dalam pelayanan KB pasca salin adalah dengan tetap mempromosikan ASI eksklusif, memberikan

informasi tentang waktu dan jarak kelahiran yang baik, serta memastikan tujuan rencana reproduksi keluarga mengenai jumlah anak dan jarak kelahiran.

Konseling yang baik pada KB pasca keguguran perlu dilakukan dengan memperhatikan perasaan yang sedang dialami klien pasca keguguran, memperlakukan calon akseptor dengan hormat, hindari ucapan yang menghakimi dan mengintimidasi, menjaga privasi dan kerahasiaan calon akseptor, serta memfasilitasi bila klien ingin didampingi selama konseling.

Tabel 7.2 Pertimbangan Pemilihan KB Pasca Keguguran Berdasarkan Kondisi Klinis Klien

Kondisi Klinis	Rekomendasi	Perhatian
Abortus inkomplet tanpa komplikasi	Semua jenis metode kontrasepsi Implan, suntikan dan pil dapat digunakan segera	Tidak disarankan untuk KB alami sampai siklus menstruasi kembali normal MOW dapat dilakukan
Dicurigai adanya kemungkinan infeksi: Tanda dan gejala sepsis Tanda aborsi induksi dan aborsi tidak aman Infeksi yang tidak dapat disingkirkan	Semua jenis metode kontrasepsi Implan, suntikan dan pil dapat digunakan segera	MOW dan IUD tidak disarankan sampai infeksi dapat ditangani sepenuhnya (biasanya sampai 3 bulan) atau sampai resiko infeksi dapat disingkirkan
Perlukaan daerah genital: Perforasi uteri Perlukaan pada vagina atau	Implan, suntikan dan pil dapat digunakan segera	MOW dan IUD dapat dilakukan setelah perlukaan sembuh Segala metode yang dimasukkan ke

serviks, termasuk karena bahan kimia		vagina (IUD, kondom) dilakukan setelah perlukaan sembuh
Perdarahan yang berat atau disertai dengan anemia	IUD dengan progestin Pil kombinasi oral	MOW jangan dilakukan sampai penyebab anemia teratasi Hati-hati penggunaan pil progestin pada penderita anemia Implan, suntikan dan IUD tunda penggunaan sampai anemia teratasi
Aborsi trimester kedua	Implan, suntikan, dapat digunakan segera pil	MOW gunakan mini laparatomi, jika teknik tidak memungkinkan, tunda prosedur hingga ukuran uterus (4-6 minggu) IUD dapat dipasangkan setinggi uterus, jika tidak memungkinkan tunda hingga 4-6 minggu

(Sumber: BKKBN, 2017)

Kontrasepsi Darurat

Kontrasepsi darurat adalah kontrasepsi yang dapat digunakan untuk mencegah kehamilan setelah senggama tanpa pelindung atau tanpa pelindung atau tanpa pemakaian kontrasepsi yang tepat dan konsisten sebelumnya (Matahari, 2018). Indikasi penggunaan kontrasepsi darurat adalah bila terjadi kesalahan dalam pemakaian kontrasepsi seperti kondom yang bocor, lepas atau salah penggunaan; diafragma yang pecah, robek atau diangkat terlalu cepat; kegagalan senggama terputus; salah menghitung masa subur; ekspulsi AKDR, lupa

minum pil KB lebih dari 2 tablet; terlambat suntik KB lebih dari 2 minggu. Indikasi lain adalah pada kasus perkosaan dan senggama tanpa menggunakan kontrasepsi.

Rekomendasi penggunaan kontrasepsi darurat adalah dalam 5 hari setelah hubungan seksual namun akan lebih efektif bila diberikan sesegera mungkin. Cara kerja kontrasepsi darurat yaitu mencegah atau menunda ovulasi dan tidak menginduksi aborsi. Penggunaan IUD mencegah fertilisasi dengan membuat perubahan kimiawi pada sperma dan ovum sebelum pembuahan. Kontrasepsi darurat tidak mengganggu atau merusak embrio pada kehamilan yang sudah terjadi. Metode kontrasepsi yang dapat digunakan dalam kondisi darurat adalah pil kombinasi dosis tinggi, pil progesteron dengan levonorgestrel, pil esterogen dengan ulipristal acetate dan AKDR tembaga. (WHO, 2021).

Sebaiknya, pil kontrasepsi darurat levonorgestrel atau kombinasi estrogen-progestogen diminum sedini mungkin dalam waktu 72 jam sesudah hubungan seksual tanpa pelindung. Pil kontrasepsi darurat levonorgestrel atau kombinasi estrogen-progestogen juga dapat diminum antara 72 jam hingga 120 jam sesudah hubungan seksual tanpa pelindung. Akan tetapi, perlu dijelaskan bahwa efektivitas pil kontrasepsi darurat berkurang seiring bertambahnya jarak waktu antara hubungan seksual tanpa pelindung terakhir dan waktu meminum pil kontrasepsi darurat (Indriani, 2009).

Daftar Pustaka

- BKKBN. (2017). Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 Tahun 2017 Tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran. Jakarta: Direktorat Kesehatan Reproduksi BKKBN
- Indriani, Sumadikarya, Nugroho, A. W. (2009). Rekomendasi Ptaktik Pilihan Untuk Penggunaan Kontrasepsi, Ed. 2/WHO. Jakarta: EGC
- Kemendes RI. (2014). Infodatin: Situasi dan Analisis Keluarga Berencana. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemendes RI
- Matahari, R., Utami, F.P., Sugiharti, S. (2018). Buku Ajar Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Ilmu
- Pinem. (2009). Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi. Jakarta: Trans Info Media.
- Prijatni, I., Rahayu, S. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan: Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Jakarta: BPPSDMK Kemendes RI
- Raharja, Mugia Bayu. (2011). Kualitas Pelayanan Keluarga Berencana dan Penggantian Kontrasepsi di Indonesia. Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 6, No. 3, Desember 2011
- Saifuddin, B. (2016). Buku Panduan Praktis Pelanan Kontrasepsi. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Shaw, Dorothy. (2010). The ABC's of Family Planning. OpEd for Globe and Mail. https://www.who.int/pmnch/media/news/2010/20100322_d_shaw_oped/en/

WHO. (2020). Family Planning/Contraception Methods. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

WHO. (2021). Emergency Contraception. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>

Profil Penulis



Reffi Dhamayanti, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.

Penulis memiliki ketertarikan pada dunia kesehatan sejak kecil hingga termotivasi untuk menempuh pendidikan di bidang kesehatan. Ketertarikan penulis terhadap profesi bidan sangat di dukung oleh orangtua penulis. Hal tersebut membuat penulis memilih melanjutkan studi D III Kebidanan di Universitas Mayjen Sungkono dan berhasil lulus pada tahun 2016. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan D IV Kebidanan Minat Bidan Klinik di Universitas Kadiri dan menyelesaikan studi pada tahun 2017. Dua tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 Terapan Kebidanan di PROGRAM PASCA SARJANA STIKES Guna Bangsa Yogyakarta.

Penulis bekerja sebagai dosen aktif di Akademi Kebidanan Nusantara Indonesia Lubuklinggau sejak tahun 2019 sampai sekarang. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif dalam melakukan kegiatan tridharma perguruan tinggi yaitu kegiatan pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Beberapa penelitian dan pengabdian masyarakat telah dilakukan dan didanai oleh internal Akademi Kebidanan Nusantara Indonesia Lubuklinggau. Ini merupakan karya pertama penulis dalam menulis buku. Kedepannya penulis akan aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: reffidhama27@gmail.com

BIDAN DAN STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Evi Yuniarti, S.ST., M.Kes.

Universitas Katolik Musi Charitas

Bidan dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas

Bidan komunitas adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu. Peran bidan dalam komunitas menggunakan pendekatan yang harus memperhatikan strategi pelayanan kebidanan, tugas dan tanggung jawab bidan serta aspek perlindungan hukum bagi bidan di komunitas. Bidan dalam bekerja di masyarakat perlu memahami masyarakat yang akan dilakukan pelayanan, baik dari segi budaya maupun tradisi dan keadaan setempat. Bidan yang bekerja di desa mempunyai wilayah kerja atau wilayah pelayanan. Kebidanan komunitas mendorong bidan bekerja aktif, untuk melakukan pemantauan kesehatan masyarakat, tidak selalu menunggu pasien yang datang ke tempat kerjanya melainkan bidan harus aktif memberi pelayanan terhadap ibu dan anak balita baik di dalam maupun di luar unit wilayah kerjanya.

Pendekatan Edukatif dalam Masyarakat

1. Pengertian

Secara umum pendekatan edukatif adalah rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis, terencana, dan terarah dengan partisipasi aktif dari

individu, kelompok maupun masyarakat umum, untuk memecahkan masalah masyarakat dengan mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, dan budaya. Sedangkan secara khusus pendekatan edukatif adalah suatu bentuk atau model pelaksanaan organisasi sosial masyarakat dalam memecahkan masalah yang dialami oleh masyarakat dengan cara: pemecahan masalah dan proses pemecahan masalah, serta pengembangan provider merupakan bagian dari proses pengembangan masyarakat secara keseluruhan.

2. Tujuan pendekatan edukatif:
 - a. Memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat
 - b. Mengembangkan kemampuan masyarakat untuk dapat memecahkan masalahnya sendiri secara swadaya dan gotong-royong.
3. Langkah-langkah pendekatan edukatif:
 - a. Pendekatan pada tokoh masyarakat
 - 1) Non formal untuk penjagaan lahan
 - 2) Formal dengan surat resmi
 - 3) Tatap muka antara *provider* dan tokoh masyarakat
 - 4) Kunjungan rumah untuk menjelaskan maksud dan tujuan pengumpulan data
 - 5) Pertemuan *provider* dan tokoh masyarakat untuk menetapkan suatu kebijakan alternatif pemecahan masalah dalam rangka perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi
 - 6) Menjalin hubungan sosial yang baik dengan menghadiri upacara agama, perkawinan, kematian dll.

- b. Pendekatan kepada *provider*. Diadakan pada waktu pertemuan tingkat kecamatan, tingkat desa/ kelurahan
- c. Pengumpulan data primer dan sekunder.

Data umum : data teknis sesuai dengan kepentingan masing-masing sektor, data perilaku sesuai dengan masalah yang ada.

Data khusus : hasil pengamatan atau data orang lain.

Metode yang dapat digunakan sebagai pengembangan masyarakat yang perlu dilakukan baik sumber daya alam/ potensi desa, dan sumber daya manusia/ kader kesehatan agar mau tau dan mampu mengatasi masalahnya sendiri secara swadaya dan gotong-royong:

- 1) Melakukan pendekatan tingkat desa dengan pertemuan sendiri dengan tokoh masyarakat, menumpang pada pertemuan lain seperti Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) maupun pertemuan tingkat dusun/ lingkungan
- 2) Melakukan pengumpulan data untuk mencari kebutuhan yang real dan kebutuhan yang diinginkan masyarakat dalam rangka Survei Mawas Diri (SMD)
- 3) Melakukan penyajian data pada waktu MMD yang berisi analisis situasi secara singkat, analisis data, permasalahan, penyebab terjadinya masalah
- 4) Melakukan komitmen bersama dari hasil kesepakatan MMD dalam suatu kebijakan alternatif pemecahan untuk perencanaan kegiatan, perencanaan pelaksanaan dan evaluasi
- 5) Melakukan tindak lanjut program dan pembinaannya dapat dilakukan dengan pertemuan berkala, *provider* dan kader

mengadakan studi banding ke desa lain, *provider* mengadakan pembinaan-pembinaan agar dapat mengubah sikap diri, serta mengadakan lomba anatar desa atau antar dusun pada saat peringatan hari-hari besar.

Peran Bidan dalam melakukan pendekatan secara sistematis, terencana dan terarah dengan partisipasi aktif individu, keluarga, masyarakat secara keseluruhan untuk memecahkan masalah yang dibutuhkan oleh masyarakat dengan memperhitungkan faktor ekonomi dan budaya setempat.

Pendekatan yang dapat dilakukan oleh Bidan adalah:

- a. Mengembangkan pelayanan kesehatan berdasarkan pola hidup masyarakat di bidang kesehatan
- b. Memahami sepenuhnya bahwa pelayanan kesehatan merupakan bagian integral dari *system* Kesehatan nasional dan pola pelayanan serasi dan saling menunjang masing-masing tingkat administrasi
- c. Mengerti dengan baik bahwa pelayanan kebidanan merupakan pelayanan terpadu dan terkoordinir sehingga harus terintegrasi dengan kegiatan sektor lain
- d. Melibatkan masyarakat setempat untuk secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program pelayanan kebidanan dengan memprioritaskan kebutuhan setempat sehingga diperlukannya interaksi yang dinamis, timbal balik dan berkesinambungan antara masyarakat dan bidan
- e. Melaksanakan pelayanan harus mampu memacu, menggali dan memanfaatkan potensi yang ada di masyarakat

- f. Melaksanakan pelayanan hendaklah bidan yang memiliki pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang sudah disiapkan sehingga bisa diterima oleh masyarakat
- g. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran tentang tanda bahaya melalui pelatihan kepada masyarakat, tokoh masyarakat dan organisasi masyarakat di komunitas
- h. Meningkatkan kesiapan keluarga dan masyarakat dalam menghadapi persalinan dan tanda bahaya yang mungkin terjadi termasuk dana dan transportasi
- i. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam penyediaan dan pemanfaatan pelayanan Kesehatan ibu dan anak
- j. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam menjaga mutu pelayanan kebidanan

Pelayanan yang Berorientasi pada Kebutuhan Masyarakat

DEPKES RI mempunyai visi yaitu mencapai masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat, sedangkan misi yaitu membuat masyarakat sehat melalui beberapa strategi yaitu menggerakkan dan membudayakan masyarakat hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan Kesehatan yang berkualitas, meningkatnya sistem monitoring dan informasi Kesehatan, serta meningkatkan pembiayaan Kesehatan. Untuk mencapai misi tersebut, seluruh pelayanan Kesehatan harus berorientasi pada kebutuhan masyarakat, sehingga masyarakat sadar diri sehingga mau dan mampu dalam melakukan pencegahan dan mengatasi berbagai ancaman kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa (KLB), kejadian bencana alam dan lainnya dengan memanfaatkan potensi setempat secara gotong royong.

Tujuan dari pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat adalah masyarakat mampu mengidentifikasi apa yang ingin mereka lakukan dan mereka ketahui, membuat keputusan dan pilihan mereka secara mandiri sesuai kepentingan dan nilai mereka. Dalam hal ini bidan berperan sebagai fasilitator, membantu mengidentifikasi kepedulian masyarakat serta memperoleh pengetahuan dan ketrampilan yang mereka butuhkan agar memungkinkan terjadi perubahan dalam kesehatan menuju arah yang lebih baik.

Bidan dalam bekerja di masyarakat berarti melayani masyarakat dengan memberi pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan. Selain itu juga masyarakat dapat diajak bekerja sama agar mampu berperilaku hidup sehat dan menyebarkannya ke orang lain di lingkungan sekitar mereka. Mereka juga dapat memberikan masukan tentang bagaimana bentuk pelayanan yang diharapkan. Dengan demikian, keberhasilan bidan yang bekerja di masyarakat sangat ditentukan oleh kemampuannya untuk mendengarkan dan memenuhi harapan masyarakat serta melibatkan masyarakat dalam upaya memperbaiki tingkat kesehatan masyarakat.

Keberhasilan bidan yang bekerja di masyarakat sangat ditentukan oleh kemampuannya untuk mendengarkan dan memenuhi harapan masyarakat serta melibatkan masyarakat dalam upaya memperbaiki tingkat kesehatan masyarakat. Masyarakat dapat diajak bekerja sama agar mampu berperilaku sehat dan menyebarkannya ke orang lain di lingkungan sekitar. Mereka juga dapat memberi masukan tentang bagaimana bentuk pelayanan yang diharapkan. Ibu hamil ditengah keluarganya juga merupakan bagian dari masyarakat. Selain memerlukan makanan bergizi seimbang yang lebih banyak dari biasanya dan kebutuhan fisik lainnya, ibu hamil juga memerlukan perhatian dan kasih sayang keluarga agar tetap sehat.

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan wanita sbb:

1. Status wanita yang rendah di masyarakat yang rendah
2. Resiko reproduksi ketika seorang wanita mengalami hamil, melahirkan, nifas yang beresiko
3. Ketidakmampuan wanita memelihara kesehatannya sendiri dikarenakan faktor pendidikan yang rendah
4. Kurang biaya dalam upaya pemeliharaan wanita
5. Sosial budaya dan ekonomi dalam kesehatan wanita, antara lain pelayanan yang tidak terjangkau, pengetahuan yang rendah untuk mengenal tanda dan gejala berbagai komplikasi terkait kehamilan, persalinan dan nifas

Pelayanan kebidanan komunitas diberikan dengan cara bidan melakukan kunjungan ke klien yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Rumah sakit bukan merupakan kebidanan komunitas karena pelayanan klinis yang berarti pasien yang berkunjung atau meminta pelayanan yang berorientasi pada pelayanan kuratif. Bidan di masyarakat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya antara lain dokter dan perawat. Peran nyata bidan di komunitas adalah kunjungan rumah dalam memberikan pelayanan ANC, INC dan PNC. Peran bidan sebagai pemberi pelayanan, pendidik, pengelola dan peneliti karena bidan harus mampu menggerakkan upaya-upaya masyarakat untuk meningkatkan kesehatan.

Prinsip pelayanan kebidanan di komunitas:

1. Pelayanan kebidanan adalah pelayann yang didasarkan pada perhatian terhadap kehamilan sebagai suatu bagian penting dari kesehatan, untuk bayi baru lahir sebagai suatu proses yang normal dan proses yang ditunggu-tunggu oleh semua wanita.

2. Melakukan persetujuan atau *informed consent* sebelum melakukan tindakan apapun kepada klien dan keluarga untuk melakukan tindakan medis yang akan dilakukan.
3. Melakukan *informed choise* bagi Wanita yang mau melahirkan dan diberi pilihan untuk mengambil keputusan tentang proses melahirkan.
4. Membina hubungan baik dengan ibu dengan cara melakukan pendekatan.
5. Memberikan asuhan yang berkelanjutan.

Dalam melakukan pelayanan kebidanan yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat, Bidan harus mempunyai langkah-langkah strategi sbb:

1. Melaksanakan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan kebutuhan keluarga dan masyarakat dengan penuh tanggung jawab
2. Menjalankan tugas pelayanan kebidanan senantiasa mendahulukan kepentingan pasien secara individu, keluarga dan masyarakat
3. Bersama dengan petugas kesehatan lainnya dan pemuka masyarakat dapat meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan kebidanan di wilayah kerjanya dengan mengkaji kebutuhan kesehatan ibu dan anak
4. Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian bersama masyarakat
5. Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak dengan menentukan kegiatan prioritas yang langsung mempengaruhi penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Memanfaatkan Fasilitas dan Potensi yang Ada pada Masyarakat

Dalam melaksanakan pelayanan kebidanan, Bidan perlu memanfaatkan sumber daya yang terdapat di masyarakat dengan strategi sbb:

1. Mengembangkan dan meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana dengan memanfaatkan sumber-sumber daya yang terdapat dalam program sektor terkait
2. Memanfaatkan sumber daya seperti keberadaan organisasi pemuda, tokoh masyarakat, pemuka agama dan pemerintah untuk menggerakkan dan mengembangkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya.

Fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat adalah sumber daya alam atau potensi desa, dan sumber daya manusia atau kader kesehatan. Dalam memberi pelayanan kepada ibu dan anak di komunitas, Bidan perlu memperhatikan faktor lingkungan sbb:

1. Lingkungan Sosial

Masyarakat yang berada di dalam komunitas memiliki ikatan sosial budaya. Dukun penolong persalinan sangat dekat dengan masyarakat, terutama di kalangan keluarga di desa karena mereka menggunakan pendekatan sosial budaya sewaktu memberikan pelayanan. Bidan dalam memberikan pelayanan kepada ibu hamil dan bersalin diupayakan tidak bertentangan dengan kebiasaan adat istiadat, kepercayaan, dan agama di masyarakat. Oleh karena itu peran serta masyarakat penting dalam upaya peningkatan kesehatan ibu, anak, balita, dan keluarga berencana. Peran serta masyarakat ini selalu digerakkan dan ditingkatkan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan.

Tingkat pendidikan dan ekonomi menentukan tingkat partisipasinya dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Semakin tinggi tingkat pendidikan masyarakat, semakin meningkat perhatian tersebut, menimbulkan peningkatan tuntutan masyarakat. Kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah bersama masyarakat menentukan arah upaya kesehatan masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas perlu mendapat dukungan politik dari organisasi swasta

atau pemerintah terutama mendukung adanya undang-undang dan pelaksanaannya.

2. Lingkungan Flora dan Fauna

Kebutuhan gizi manusia bergantung pada keberadaan flora dan fauna. Masyarakat dianjurkan melakukan penghijauan. Pemanfaatan perkarangan dengan tanaman bergizi dan berkhasiat akan mendukung terwujudnya kesehatan keluarga. Peternakan juga mendukung kondisi gizi manusia. Bidan yang bekerja di komunitas memerhatikan pengaruh flora dan fauna ini. Pemanfaatan tumbuh-tumbuhan dan hewan ternak disampaikan melalui penyuluhan kesehatan merupakan bantuan bidan kepada masyarakat terutama pada kaum ibu. Kerja sama dengan petugas gizi dan pertanian diperlukan di dalam peningkatan gizi masyarakat.

Peran Serta Masyarakat

Peran serta masyarakat adalah keadaan dimana individu, keluarga maupun masyarakat umum ikut serta bertanggung jawab terhadap kesehatan diri, keluarga, maupun kesehatan masyarakat di lingkungannya.

1. Prinsip Peran Serta Masyarakat

Prinsip peran serta masyarakat adalah mengutamakan masyarakat berbasis pengetahuan masyarakat, dan melibatkan seluruh anggota masyarakat dengan memperhatikan tipologi peran serta masyarakat sbb:

- a. Mendorong atau mempercepat terjadinya perubahan
- b. Mobilisasi diri sendiri
- c. Terlibat dalam suatu tujuan bersama saling mendorong
- d. Terlibat dalam memberikan dukungan
- e. Terlibat dalam memberikan informasi

Pendekatan Peran Serta Masyarakat

1. Peran serta dengan cara memaksa masyarakat untuk berkontribusi dalam suatu program, baik melalui undang-undang, peraturan pemerintah maupun perintah lisan saja. Dengan menggunakan cara ini akan lebih cepat dan mudah, tetapi masyarakat merasa takut dan dipaksa, sehingga tidak mempunyai rasa memiliki terhadap program.
2. Peran serta masyarakat dengan persuasi dan edukasi yaitu partisipasi dari masyarakat didasari oleh kemauan dan kesadaran individu sendiri yang sukar ditumbuhkan dan memakan waktu yang lama. Akan tetapi bila hal ini tercapai, masyarakat akan mempunyai rasa memiliki. Peran serta masyarakat ini bisa dimulai dengan pemberian informasi yang jelas, pendidikan, dll.

Faktor-Faktor dalam Peran Serta Masyarakat

1. Faktor pendorong
 - a. Faktor masyarakat

Kegiatan di masyarakat didukung dengan semangat gotong royong yang sudah dikenal sejak zaman dahulu kala. Semangat gotong royong ini bertolak belakang dari nilai budaya yang menyangkut hubungan antar manusia sehingga dapat mendorong timbulnya peran serta masyarakat.
 - b. Faktor pihak *provider*

Pihak *provider* merupakan faktor pendorong terpenting dengan adanya kesadaran lingkungan *provider*, bahwa perilaku merupakan faktor penting dan sangat besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan. Selain itu, keterbatasan sumber daya di pihak *provider* juga merupakan faktor yang sangat mendorong untuk mengembangkan peran serta masyarakat.

2. Faktor Penghambat

a. Faktor masyarakat

- 1) Adanya perbedaan persepsi antara masyarakat dengan *provider* tentang masalah kesehatan yang dihadapi
- 2) Perbedaan sosial budaya dan susunan masyarakat yang sangat heterogen
- 3) Pengalaman yang tidak menyenangkan dari program sebelumnya
- 4) Sistem pengambilan keputusan dari atas ke bawah
- 5) Terjadinya kesenjangan sosial yang berbagai macam
- 6) Kesulitan ekonomi

b. Faktor pihak *provider*

- 1) Terlalu mengejar target, sehingga menyebabkan pendekatan yang tidak partisipatif
- 2) Pelaporan yang tidak objektif, sehingga *provider* keliru menafsirkan situasi
- 3) Birokrasi yang sering memperlambat kecepatan dan ketepatan respons pihak *provider* terhadap perkembangan masyarakat
- 4) Persepsi yang berbeda antara *provider* dengan masyarakat

Pembinaan Peran Serta Masyarakat

Dalam upaya meningkatkan peran serta masyarakat perlu dilakukan melalui Pengembangan dan Pembinaan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) yaitu keseluruhan kegiatan masyarakat yang dilakukan secara gotong royong dan swadana masyarakat dalam rangka menolong mereka sendiri untuk mengenal masalah atau kebutuhan yang dirasakan oleh masyarakat terutama di bidang kesehatan sehingga mampu meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan masyarakat.

Kegiatan PKMD diharapkan muncul atas kesadaran dan prakarsa dari masyarakat sendiri dengan bimbingan dan pembinaan dari pemerintah. Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan di tingkat kecamatan dapat mengambil prakarsa untuk bersama-sama sektor yang bersangkutan menggerakkan peran serta masyarakat dalam kegiatan PKMD.

Upaya dalam pembinaan peran serta masyarakat yang dilakukan untuk melakukan pembinaan peran serta masyarakat meliputi pengaturan bantuan biaya bagi masyarakat yang tidak mampu, pengorganisasian donor darah berjalan, serta pelaksanaan pertemuan rutin gerakan sayang ibu dalam promosi suami, bidan, dan desa siaga.

Daftar Pustaka

- Ambarwati, E., R, dan Rismintari, Y., S. (2009). *Asuhan Kebidanan Komunitas. Plus Contoh Askeb*. Yogyakarta: Nuha Medica
- Handajani, S.D. (2011). *Kebidanan Komunitas: Konsep dan Manajemen Asuhan*. Jakarta: EGC
- Pudiastuti, R.D. (2011). *Buku Ajar Kebidanan Komunitas. Teori dan Aplikasi Dilengkapi Contoh Askeb*. Yogyakarta: Nuha Medica
- Runjati. (2010). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Syafrudin dan Hamidah. (2009). *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Tombakan, S., G., J, Purwandari, A., Tando, N., M., (2014). *Asuhan Kebidanan Komunitas. Pendekatan Kurikulum Akademi Kebidanan Berbasis Kompetensi*. Bogor: In Media

Profil Penulis



Evi Yuniarti, S.ST., M.Kes.

Penulis lahir di Palembang, 19 juni 1986 bekerja di Universitas Katolik Musi Charitas Fakultas Ilmu Kesehatan Prodi DIII Kebidanan. Menyelesaikan pendidikan diploma III kebidanan di Poltekkes Depkes Palembang, diploma IV bidan pendidik di STIKes Mitra Adiguna Palembang, S2 Magister Kesehatan di STIK Bina Husada Palembang.

Riwayat pekerjaan: pernah menjadi Bidan Desa PTT di Kabupaten Ogan Ilir. dan sejak 2011 menjadi dosen tetap Prodi DIII Kebidanan, serta aktif melakukan Tridarma Perguruan Tinggi.

Email Penulis: eviyuniarti@ukmc.ac.id

PEMERIKSAAAN GINEKOLOGI DAN KELAINAN GINEKOLOGI

Yoan Putri Praditia Susanto, S.ST., M.Keb.

Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Kesdam XIV/
Hsn Makassar

Pendahuluan

Dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal adalah kesehatan wanita khususnya kesehatan reproduksi karena dampaknya luas dan menyangkut berbagai aspek kehidupan. Wanita memegang peranan utama terhadap kelanjutan generasi penerus bagi suatu negara, sehingga kesehatan wanita memberikan pengaruh yang besar. Kesehatan wanita juga merupakan parameter kemampuan negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Pada bab ini kita akan membahas secara singkat tentang pemeriksaan ginekologi dan kelainan ginekologi yang yang ditemukan dalam praktik klinik.

Pemeriksaan Ginekologi

Pengertian

Ginekologi berasal dari kata *Gynaecology* yang berarti "ilmu mengenai wanita" atau *science of woman* yaitu cabang ilmu kedokteran yang khusus mempelajari dan menangani penyakit-penyakit sistem reproduksi wanita. Pemeriksaan ini merupakan rangkaian dari prosedur pemeriksaan yang lengkap sehingga hasil pemeriksaan ini terfokus pada tampilan genitalia eksterna dan upaya untuk mengetahui arah, besar, konsistensi uterus dan

serviks, kondisi adneksa, parametrium dan organ-organ disekitar genitalia interna (rongga pelvik).

Tujuan

Pemeriksaan ginekologi merupakan prosedur yang memiliki tujuan untuk menentukan atau mengetahui kondisi organ genitalia wanita, berkaitan dengan upaya pengenalan atau penentuan ada tidaknya kelainan pada bagian tersebut.

Indikasi

1. Pemeriksaan bentuk, arah, besar, dan konsistensi uterus
2. Pemeriksaan adneksa dan parametrium
3. Pemeriksaan ballotemen
4. Konfirmasi kehamilan intra atau ektra uterin
5. Konfirmasi peradangan atau infeksi
6. Pemeriksaan flour albus, perdarahan, tumor pelvik.

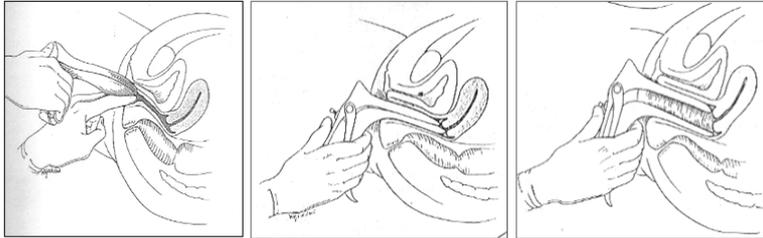
Teknik Pemeriksaan Ginekologi

1. Pemeriksaan dengan Inspeksi dan Palpasi

Inspeksi harus dilakukan secara sistematis untuk menghindari terlewatnya bagian dari pemeriksaan, dengan prinsip memulai dari sentral ke perifer dan dari superior ke inferior. Dalam melakukan inspeksi, jangan menyentuh daerah yang diperiksa, terutama daerah yang belum dibersihkan.

2. Pemeriksaan In Spekulo

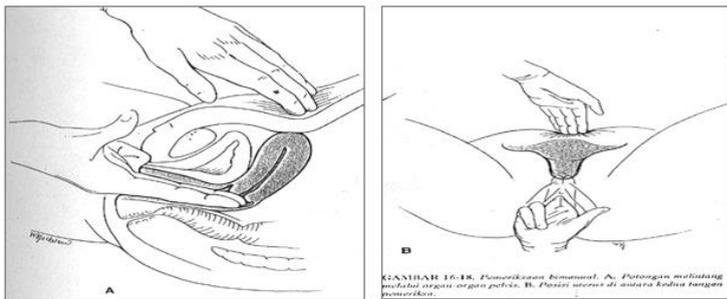
Setelah dilakukan inspeksi alat genital, untuk pemeriksaan lebih lanjut dapat dilakukan pemeriksaan dengan speculum, terutama apabila akan dilakukan sitologi vagina. Namun ada juga yang memulai dengan pemeriksaan bimanual terlebih dahulu. Untuk wanita yang belum pernah melahirkan dipilih speculum yang kecil, atau pada anak kecil apabila memang diperlukan menggunakan speculum paling kecil sesuai dengan kecilnya introitus vagina.



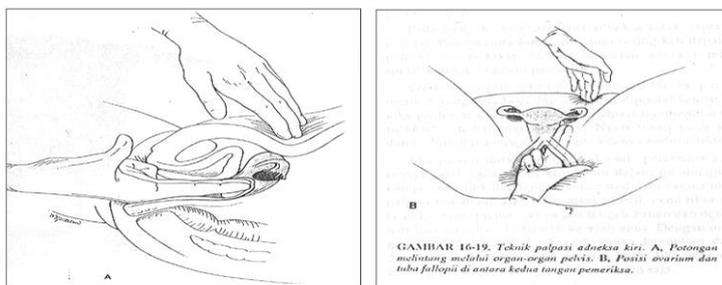
Gambar 9.1 Pemeriksaan In Spekulo
 Sumber : med.unhas.ac.id

a. Pemeriksaan Bimanual

Pemeriksaan bimanual merupakan pemeriksaan ginekologi yang bertujuan untuk menentukan atau mengetahui kondisi organ genitalia wanita, berkaitan dengan upaya pengenalan atau penentuan ada tidaknya kelainan pada bagian tersebut.



Gambar 9.2
 Pemeriksaan Bimanual untuk penilaian uterus
 Sumber : med.unhas.ac.id



Gambar 9.3
Pemeriksaan Bimanual untuk penilaian adneksa
Sumber : med.unhas.ac.id

Tahapan Pemeriksaan Ginekologi

1. Anamnesis

Pengkajian data perlu dilakukan karena langkah ini dapat memberikan informasi tentang data pasien melalui proses tanya jawab. Berikut adalah beberapa data yang perlu dikaji dalam anamnesa untuk mengkaji adanya kelainan ginekologi:

a. Riwayat Penyakit Umum

Perlu diketahui apakah pernah ada atau sedang dalam pengobatan

b. Riwayat Penyakit Obstetri

Perlu diketahui riwayat tiap-tiap kehamilan, apakah berakhir dengan keguguran atau persalinan, apakah persalinan berlangsung pervaginam atau dengan tindakan, dan bagaimana kondisi bayinya.

c. Riwayat Haid

Perlu diketahui riwayat menarche, siklus haid teratur atau tidak, banyaknya darah waktu haid, lamanya haid, disertai nyeri atau tidak, dan menopause. Selalu ditanyakan tanggal haid terakhir yang masih normal, sehingga dapat diketahui apabila terjadi keterlambatan atau gangguan siklus yang lain. Gangguan haid dan siklusnya antara lain:

- 1) Hipermenorea (menoragia) : Perdarahan haid yang lebih banyak dari normal atau lebih lama dari normal (lebih dari 8 hari)
 - 2) Hipomenorea : Perdarahan haid yang lebih pendek dan atau lebih kurang dari biasa
 - 3) Polimenorea : Siklus haid lebih pendek dari biasa (kurang dari 21 hari), perdarahan berkurang lebih sama atau lebih sedikit dari biasanya (polimenoragia/ epimenoragia)
 - 4) Oligomenorea : Siklus haid lebih panjang (lebih dari 35 hari) perdarahan biasanya berkurang
 - 5) Amenorea : Tidak haid sedikitnya 3 bulan berturut-turut
 - 6) Metroragia : Perdarahan diluar siklus haid
- d. Keluhan Sekarang
- 1) Perdarahan

Perlu ditanyakan apakah perdarahan yang terjadi ada hubungan dengan siklus haid atau tidak, banyaknya dan lamanya perdarahan. Perdarahan yang didahului dengan haid yang terlambat biasanya disebabkan oleh abortus, kehamilan mola, atau kehamilan ektopik (pada kasus ginekologi dengan perdarahan perlu dipastikan dengan pemeriksaan urin untuk memastikan adanya suatu kehamilan atau tidak). Pada gadis muda sering didapati perdarahan yang tidak normal, sedikit atau banyak, ada kalanya terus-menerus, disertai atau tidak disertai hipoplasi uterus. Perdarahan demikian disebut *metropathia haemorrhagia des juveniles*. Perdarahan sewaktu atau setelah coitus dapat akibat ca.cervix, erotio portio, polip cervix uteri, traumatic postcoitus. Metroragia merupakan gejala penting Ca. cervix dan Ca. corpus uteri.

Tumor ganas ovarium jarang menimbulkan perdarahan.

2) Flour albus/ leukorea

Pada kasus keputihan perlu ditanyakan: sudah berapa lama, terus-menerus atau pada waktu tertentu, banyaknya, warnanya, baunya, disertai rasa gatal/ nyeri atau tidak. Secara fisiologis keluarnya lendir yang berlebihan dapat dijumpai pada saat : ovulasi, menjelang dan setelah haid, rangsangan seksual dan kehamilan. Akan tetapi apabila sampai mengganggu, berganti celana dalam beberapa kalisehari, disertai dengan rasa gatal dan nyeri, maka pasti yang terjadi adalah keadaan patologis

3) Rasa Nyeri

Rasa nyeri di perut, panggul, pinggang atau alat kelamin luar dapat merupakan gejala dari adanya kelainan ginekologi. Dismenorea dapat dirasakan di perut bagian bawah atau pinggang, dapat bersifat seperti mulas-mula, rasa ngilu, atau seperti ditusuk-tusuk. Mengenai hebatnya rasa nyeri perlu ditanyakan apakah sampai mengganggu aktifitas sehari-hari. Biasanya terjadi menjelang haid, sewaktu haid atau setelah haid. Selama satu dua hari. Pada kasus endometriosis hampir selalu disertai dengan dismenorea.

4) Disparauni

Rasa nyeri waktu bersenggama, dapat terjadi karena kelainan organik atau factor psikologik. Kelainan organik dapat seperti introitus vagina atau vagina terlalu sempit, peradangan atau perlukaan, adneksitis, parametritis, atau endometriosis di lig. Sacrouterina atau di cavum douglas.

Nyeri perut dapat disebabkan oleh kelainan letak uterus, neoplasma dan peradangan.

5) Miksi

Keluhan dari saluran kencing sering menyertai kelainan ginekologi. Karena itu perlu ditanyakan rasa nyeri pada waktu kencing, sering kencing, retensi urin, kencing tidak lancer, atau tidak tertahan.

6) Defekasi

Perlu ditanyakan apakah ada kesulitan buang air besar, apakah defekasi disertai rasa nyeri, atau buang air besarnya disertai lendir, darah atau nanah.

2. Pemeriksaan Fisik Umum

Pemeriksaan fisik yang dilakukan bertujuan untuk memperoleh data tentang Keadaan Umum, *Vital Sign*, serta kondisi organ lain dari ujung kepala hingga ujung kaki (*Head to Toe*).

3. Pemeriksaan Payudara dan Abdomen

a. Pemeriksaan Payudara, pemeriksaan payudara dilakukan dengan teknik Inspeksi dan Palpasi.

b. Pemeriksaan Abdomen

Pemeriksaan Abdomen dilakukan dengan menggunakan teknik inspeksi dan palpasi. Perhatikan bentuk, pembesaran/cekungan, pergerakan pernapasan, kondisi kulit, parut operasi, dll. Palpasi, abdomen bawah dapat dilakukan mulai dari umbilicus, ke bawah menuju tulang pubis dengan tangan kiri, dan raba adanya massa suprapubis lalu ke sebelah kanan dan kiri suprapubis. Periksa nyeri di fossa illiaka dan periksa lipat paha mencari limfadenopati dan hernia. Posisi Pasien pada pemeriksaan Abdomen adalah posisi terlentang/ supine.

c. Pemeriksaan Ginekologi

Pemeriksaan ginekologi pada genitalia dapat dilakukan teknik Inspeksi, palpasi, inspekulo dan bimanual. Inspeksi yang dilakukan meliputi organ genitalia eksterna, terutama vulva, dimulai dengan memperhatikan hygiene, keadaan keseluruhan dan apakah terdapat abnormalitas. Secara sistematis, lakukan observasi terhadap hal-hal di bawah ini:

- 1) Distribusi rambut kemaluan dan kelainan dari folikelnya.
- 2) Keadaan kulit di vulva.
- 3) Keadaan klitoris.
- 4) Keadaan orificium urethrae externum.
- 5) Keadaan labia mayora dan minora.
- 6) Keadaan perineum dan komisura posterior (utuh/ tidak).
- 7) Keadaan introitus vagina.
- 8) Apakah terdapat *discharge* yang mengalir keluar dari vagina (jumlah, tipe, warna, bau, dll).

Setelah dilakukan pemeriksaan inspeksi dan palpasi kemudian dilanjutkan dengan pemeriksaan inspekulo dan pemeriksaan bimanual.

Kelainan Ginekologi

1. Radang Genitalia Eksterna

a. Bartolinitis

Bartolinitis adalah Infeksi pada kelenjar bartolin atau bartolinitis juga dapat menimbulkan pembengkakan pada alat kelamin luar wanita. Biasanya, pembengkakan disertai dengan rasa nyeri hebat bahkan sampai tak bisa berjalan. Juga dapat disertai demam, seiring pembengkakan pada kelamin yang memerah. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium, vulva, dan in speculo. Pengobatan adalah dengan memberikan antibiotika golongan cefadroxyl 500 mg dan asam mefenamat 500 mg diminum 3×1 sesudah makan, selama sedikitnya 5-7 hari, untuk meredakan rasa nyeri dan pembengkakan, hingga kelenjar tersebut mengempis.

b. Vaginitis

Vaginitis adalah suatu peradangan pada lapisan vagina. vulvitis adalah suatu peradangan pada vulva (organ kelamin luar wanita). Gejala yang paling sering ditemukan adalah keluarnya cairan abnormal dari vagina (jumlah sangat banyak dan tampak kental, bau menyengat disertai gatal-gatal dan nyeri). Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala, hasil pemeriksaan fisik dan karakteristik cairan yang keluar dari vagina. Untuk mengetahui adanya keganasan, dilakukan pemeriksaan pap smear. Pada vulvitis menahun yang tidak memberikan respon terhadap pengobatan biasanya dilakukan pemeriksaan biopsi jaringan. Jika penyebabnya adalah infeksi, diberikan antibiotik, anti-jamur atau anti-virus, tergantung kepada organisme penyebabnya. Jika akibat infeksi labia (lipatan kulit di sekitar vagina dan uretra) menjadi menempel satu sama lain, bisa dioleskan krim estrogen selama 7-10 hari.

c. Vulva vaginitis

Vulvovaginitis adalah peradangan atau infeksi pada vulva dan vagina. *Candida albicans* adalah jamur ragi biasanya bertanggung jawab atas vulva gatal tapi perlu diketahui bahwa tidak semua rasa gatal disebabkan oleh jamur ragi.

2. Radang Genitalia Interna

a. Cervicitis

Cervicitis ialah radang dari selaput lendir canalis cervicalis. Cervicitis terdiri dari cervicitis akut dan cervicitis kronis. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan pemeriksaan visual langsung dan pemeriksaan laboratorium. Salah satu terapi yang dapat dilakukan adalah dengan pemberian kombinasi antibiotik berspektrum luas.

b. Endometritis

Endometritis adalah infeksi pada endometrium (lapisan dalam dari rahim). Infeksi ini dapat terjadi sebagai kelanjutan infeksi pada serviks atau infeksi tersendiri dan terdapat benda asing dalam rahim. Terdapat dua jenis endometriosis yaitu endometriosis akut dan endometriosis kronis. Penegakan diagnosa dengan biopsy uterin. Pemeriksaan mikroskopis dari jaringan biopsy akan tampak adanya peradangan akut atau kronik pada dinding uterus. Pengobatan pada endometritis akut yaitu dengan terapi pemberian uterotonika, istirahat, posisi/letak Fowler, dan pemberian antibiotika. Pada endometritis kronik perlu dilakukan kuretase. Kuretase juga bersifat terapeutik.

c. Miometritis

Miometritis/ Metritis adalah radang miometrium. Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Penyakit ini tidak berdiri sendiri tetapi merupakan lanjutan dari endometritis.

Terdapat dua jenis metritis yaitu metritis akut dan metritis kronis. Terapi miometritis adalah dengan antibiotika spektrum luas (Ampisilin 2 g iv/ 6 jam, Gentamisin 5 mg/ kgbb dan Metronidasol 500 mg iv/ 8 jam) serta profilaksi antitetanus.

d. Parametritis

Parametritis adalah peradangan pada parametrium (jaringan ikat yang berdekatan dengan rahim). Pemeriksaan dapat dilakukan dengan USG, biopsi endometrium dan laparaskopi. Terapi dapat dilakukan dengan pemberian antibiotik.

e. Adneksitis

Adnekitis adalah suatu radang pada tuba falopi dan radang ovarium yang biasanya terjadi bersamaan. Pengobatan dapat dilakukan dengan pemberian antibiotik dengan spectrum luas, terapi diatermi, penderita tidak boleh melakukan pekerjaan berat, dan operasi radikal (histerektomi dan salpingo ooforektomi bilateral) pada wanita yang sudah hampir menopause. Pada wanita yang lebih muda hanya adnekitis dengan kelainan yang nyata yang diangkat.

f. Peritonitis pelvis

Infeksi pelvis merupakan suatu istilah umum yang biasanya digunakan untuk menggambarkan keadaan atau kondisi dimana organ organ pelvis (uterus, tuba falopii atau ovarium) diserang oleh mikroorganismenya patogen. Pengobatan dapat dilakukan dengan terapi antibiotik penisilin.

Daftar Pustaka

- Bickley S.L, (2013). Buku Saku Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan. Jakarta : EGC
- Saifuddin AB, (2006). Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 5th ed. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Prawirohardjo
- Prawirohardjo S, (2009) buku acuan nasional pelayanan kesehatan Maternal dan neonatal Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Prawirohardjo

Profil Penulis



Yoan Putri Praditia Susanto, S.ST., M.Keb.

Lahir Di Rate-rate (Sulawesi Tenggara), 19 Maret tahun 1992. Setelah Lulus SMAN 1 Kolaka tahun 2008 Penulis melanjutkan pendidikan di Program Studi D III Kebidanan Stikes Insan Se Agung Bangkalan lulus pada tahun 2011, setelah itu penulis kemudian melanjutkan studi ke jurusan DIV Kebidanan Pendidik Stikes Insan Unggul Surabaya lulus tahun 2012. Setelah menyelesaikan program magang di BPM Farida Hajri Surabaya selama 4 bulan, kemudian penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister pada Program Studi S2 Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar lulus pada tahun 2015. 2014 hingga saat ini Penulis merupakan Dosen di Program Studi DIII Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar yang mengampu mata kuliah Askeb Kehamilan, Persalinan, Pasca Persalinan, Bayi baru lahir, Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan, Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan, Pelayanan KB dan juga mata kuliah pengantar Asuhan kebidanan. Terdapat beberapa penelitian yang telah di terbitkan penulis ke dalam jurnal Nasional terakreditasi. Selain itu penulis juga aktif sebagai fasilitator *Prenatal Gentle Yoga* di wilayah kota makassar.

Email Penulis: susantoyoan@gmail.com

ETIKOLEGAL DAN HUKUM DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

Indah Christiana, S.ST., M.Kes.

STIKES BANYUWANGI

Konsep Dasar Etika

Pengertian Etika

Secara bahasa kata 'etika' lahir berasal dari bahasa Yunani "ethos" yang berarti "muncul dari kebiasaan". Dalam hal ini objek berarti suatu tindakan, sikap, atau perbuatan manusia. Pengertian etika secara khusus adalah ilmu tentang sikap dan kesusilaan seorang individu dalam lingkungan sosialnya yang penuh dengan kaidah dan prinsip yang berkaitan dengan perilaku yang dianggap benar.

Etika secara umum dipahami sebagai aturan, norma, kaidah, atau prodesur yang lazim digunakan sebagai pedoman atau prinsip seseorang dalam melakukan tindakan dan perilaku. Penerapan standar ini erat kaitannya dengan kualitas baik dan buruk individu dalam masyarakat.

Jadi, Etika adalah ilmu yang mempelajari baik buruk dan kewajiban sosial dan moral, hak, dan tanggung jawab setiap individu dalam kehidupan sosialnya. Atau bisa juga dikatakan bahwa etika meliputi nilai-nilai yang berkaitan dengan moral individu mengenai benar dan salah. Etika tentunya harus dimiliki oleh setiap individu dan dibutuhkan dalam bersosialisasi yang merupakan

jembatan bagi terciptanya kondisi yang baik dalam kehidupan bermasyarakat

Macam-Macam Etika

Etika berdasarkan jenisnya:

1. Etika Normatif

Etika normatif adalah jenis etika yang berusaha menentukan dan menetapkan berbagai perilaku, tindakan, dan sikap ideal yang harus dimiliki setiap individu dalam kehidupan ini.

2. Etika Deskriptif

Etika deskriptif adalah jenis etika yang berusaha melihat perilaku dan sikap individu, serta apa yang dikejar individu dalam hidupnya tentang hal-hal yang bernilai.

Etika berdasarkan cakupannya:

1. Etika Khusus

Etika khusus adalah jenis etika yang menjadi implementasi dari prinsip atau asas moral dalam kehidupan individu.

2. Etika Umum

Etika umum adalah jenis etika yang berhubungan dengan situasi dan kondisi dasar yang berkaitan dengan perilaku etis dan tindakan individu.

Etika berdasarkan lingkungannya:

1. Etika Individual

Etika individu adalah etika yang berkaitan dengan sikap dan kewajiban individu terhadap dirinya sendiri.

2. Etika Sosial

Etika sosial adalah jenis etika yang berkaitan dengan sikap dan kewajiban, serta perilaku seorang individu sebagai manusia.

Etika Pelayanan Kebidanan

Kebidanan merupakan bentuk profesi yang erat kaitannya dengan etika karena ruang lingkup bidan sangat erat kaitannya dengan masyarakat. Oleh karena itu, agar dapat diterima di masyarakat, bidan perlu memiliki etika yang baik sebagai pedoman berperilaku/tindakan dalam memberikan pelayanan khususnya pelayanan kebidanan disamping pengetahuan dan keterampilan.

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, bidan memberikan asuhan kebidanan esensial untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak balita sesuai kewenangannya sehingga berdampak pada tingkat asuhan keluarga. Kelompok sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga dan masyarakat yang meliputi upaya-upaya sebagai berikut:

1. Peningkatan (Promotif), misal penyuluhan Immunisasi
2. Pencegahan (Preventif), misal pemberian Immunisasi
3. Penyembuhan (Kuratif), pemberian transfusi darah pada ibu hamil dengan anemia berat
4. Pemulihan (Rehabilitatif). Contoh pasien pasca operasi SC

Layanan kebidanan dapat dibedakan menjadi:

1. Layanan kebidanan primer merupakan layanan yang menjadi tanggung jawab penuh bidan.
2. Layanan kebidanan kolaborasi adalah pelayanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan bersamaan atau sebagai bagian dari rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan.
3. Layanan kebidanan rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi, misalnya rujukan dari bidan ke Rumah Sakit atau sebaliknya.

Jenis pelayanan kebidanan pada ibu dan bayi meliputi:

1. Pelayanan antenatal dengan standar 14 T normal meliputi : timbang badan dan ukur tinggi badan; ukur Tekanan darah; tinggi fundus uteri; Tetanus Toxoid; Tablet Fe (minimal 90 tablet selama hamil); Tes PMS; Temu Wicara Pemeriksaan HB (Hemoglobin); Perawatan payudara; Senam hamil; Pemeriksaan protein urine atas indikasi; Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi; Pemberian terapi kapsul yodium; Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria
2. Pelayanan persalinan normal dilakukan dengan standar Asuhan Persalinan Normal (APN)
3. Pelayanan persalinan rujukan
4. Pelayanan nifas normal seperti pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu, pemeriksaan tinggi fundus uteri; pemeriksaan lochia dan perdarahan; pemeriksaan jalan lahir; pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif; pemberian kapsul vitamin A; pelayanan kontrasepsi pascapersalinan; konseling; dan penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas.
5. Pelayanan nifas kolaborasi dengan tim kesehatan lain
6. Pelayanan nifas dengan rujukan
7. Pelayanan bayi baru lahir normal
8. Pelayanan bayi baru lahir kolaborasi dengan tim kesehatan lain
9. Pelayanan bayi baru lahir dengan rujukan
10. Pelayanan kesehatan reproduksi kolaborasi dan rujukan
11. Pelayanan kebidanan yang adil

Metode Pemberian Layanan

Bidan dalam memberikan pelayanan kepada pasien harus memiliki rasa simpati, empati, tulus ikhlas, semangat untuk melayani, dan mampu memberikan kepuasan atas pelayanan yang sudah diberikan. Selain itu bidan juga harus memperhatikan rasa aman, nyaman, menjaga *privacy*, menggunakan metode alamiah dan tepat sesuai kebutuhan.

Aspek Legal dalam Pelayanan Kebidanan

Legislasi dan Registrasi

1. Legislasi

Legislasi adalah proses penyusunan undang-undang atau penyempurnaan perangkat hukum yang ada melalui rangkaian kegiatan sertifikasi (pengaturan kompetensi), registrasi (pengaturan kewenangan), dan lisensi (pengaturan penyelenggaraan kewenangan). Tujuan legislasi adalah untuk memberikan perlindungan kepada masyarakat atas pelayanan yang diberikan. Bentuk perlindungan tersebut adalah meliputi: mempertahankan kualitas pelayanan, memberi kewenangan, menjamin perlindungan hukum, meningkatkan profesionalisme.

Bidan dalam melaksanakan praktik kebidanan minimal memiliki kualifikasi jenjang pendidikan diploma tiga kebidanan seperti yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan. Peraturan saat ini menyebutkan setiap lulusan D-III Kebidanan harus lulus uji kompetensi yang dilaksanakan oleh Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (Dirjen Dikti). Uji kompetensi ini sebagai alat ukur pengetahuan, keterampilan, dan perilaku peserta didik pada perguruan tinggi bidang kesehatan. Selain itu, merupakan upaya penjaminan mutu lulusan, implementasi kurikulum dan sebagai dasar pembinaan mutu pendidikan bidang kesehatan. Peserta yang lulus uji kompetensi nasional akan

mendapatkan sertifikat kompetensi bagi lulusan pendidikan kesehatan vokasi, atau sertifikat profesi bagi lulusan pendidikan profesi. Sertifikat kompetensi atau sertifikat profesi sebagai syarat pengurusan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) bagi tenaga Kesehatan.

2. Registrasi

Registrasi bidan merupakan proses pendaftaran, pendokumentasian dan pengakuan terhadap bidan setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi yang ditetapkan, sehingga secara fisik dan mental mampu melaksanakan praktik profesinya. Dengan teregistrasinya seorang tenaga profesi, maka akan mendapatkan haknya untuk ijin praktik (lisensi) setelah memenuhi beberapa persyaratan administrasi untuk lisensi.

Alur pendaftaran STR cukup simpel, Langkah pertama yang harus dilakukan adalah membuat akun di laman Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (KTKI). Berikut berkas-berkas untuk mendaftar STR *Online*:

- a. Pas foto terbaru ukuran 4x6 dengan latar belakang merah
- b. *Scan/* foto KTP
- c. *Scan/* foto Ijazah
- d. Nomor Sertifikat Kompetensi
- e. Surat keterangan sehat fisik dan mental (mencantumkan Surat Izin Praktik (SIP) dokter pemeriksa dan masa berlaku maksimal 3 bulan)
- f. Surat sumpah/ janji atau surat telah mengucapkan sumpah/ janji profesi
- g. Surat Pernyataan Patuh pada Etika Profesi
- h. STR lama (bagi yang memperpanjang)
- i. Rekomendasi OP tentang kecukupan Satuan Kredit Profesi (SKP) yang sudah terintegrasi antara Portofolio SKP online (SIPORLIN) dengan STR online versi 2.0

- j. Alamat korespondensi (jika alamat berbeda dengan tempat tinggal)
- k. Alamat tempat kerja (jika sudah bekerja)
- l. Bukti pembayaran penerbitan STR.

Berikut prosedur untuk mendaftar STR Online:

- a. Masuk ke laman <http://ktki.kemkes.go.id>
 - b. Pilih menu Registrasi yang ada pada halaman awal.
 - c. Anda akan diminta memasukkan PIN, jika belum punya pilih menu Belum Punya PIN.
 - d. Selanjutnya sistem akan meminta Anda mengisi data alamat email, nomor KTP, dan captcha. Selanjutnya pilih menu Daftar.
 - e. Jika data yang Anda masukkan valid, secara otomatis kolom akan terisi dan Anda tinggal memberi ceklis pada kolom sehingga pendaftaran bisa dilanjutkan.
 - f. Catat PIN yang ada di bawah untuk masuk ke akun Anda.
 - g. Selanjutnya pilih menu Registrasi Baru jika Anda sebelumnya belum memiliki akun.
 - h. Pilih menu Lulusan Diatas Tahun 2013 jika Anda lulus kuliah setelah tahun tersebut.
 - i. Kemudian Anda harus mengisi data yang meliputi Perguruan Tinggi, Program Studi, dan Nomor Induk Mahasiswa. Jika data Anda tak ditemukan, Anda harus menghubungi pihak institusi Perguruan Tinggi agar data bisa dilengkapi.
 - j. Setelah semua data benar, pilih Konfirmasi Data ke Kemenristekdikti. Beri ceklis pada kolom yang telah disediakan lalu klik Mulai.
 - k. Pada Step 1 Anda diminta mengunggah dokumen yakni pas foto, KTP, Ijazah, No Sertifikat Kompetensi, Surat Sehat, Sumpah Profesi, Surat Pernyataan Patuh pada Etika Profesi.
-

- l. Lanjut ke Step 2, Anda harus mengisi data Info Administrasi berupa Jenis Tempat Kerja, Status Tempat Kerja, Nama Tempat Kerja, Alamat Tempat Kerja, Provinsi Tempat Kerja, Kabupaten Tempat Kerja, dan Telepon Kantor. Jika Anda belum bekerja, Anda bisa mengosongkan kolom-kolom tersebut.
- m. Selanjutnya di Step 3 Anda diminta mengisi data Uji Kompetensi berupa Nomor Sertifikat Kompetensi, Tanggal Sertifikat Kompetensi, Tempat Uji Kompetensi, Tanggal Uji Kompetensi. Setelah semua telah terisi klik Selesai.
- n. Akan muncul pemberitahuan bahwa pendaftaran Anda sukses. Selanjutnya, data yang Anda isi akan divalidasi oleh perwakilan Organisasi Profesi dan anggota Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI).
- o. Setelah permohonan disetujui, Anda harus membayar nominal Rp100.000 dengan kode billing melalui bank yang telah ditunjuk.
- p. Cek email Anda setelah melakukan pembayaran. Periksa di bagian Cek Status untuk mengetahui permohonan STR yang Anda ajukan.
- q. STR yang telah rampung akan dicetak oleh Sekretariat KTKI dan dilegalisir sebelum dikirim ke Kantor Pos yang terdekat dengan Anda.
- r. Anda juga bisa mencetak STR sendiri melalui QR Code yang ada di akun Anda.
- s. Anda bisa mengambil STR dengan menunjukkan kartu identitas kepada petugas Kantor Pos.

Bidan yang menjalankan praktik keprofesiannya wajib memiliki Surat Ijin Praktik Bidan (SIPB). SIPB diberikan kepada bidan yang telah memiliki STRB, SIPB berlaku untuk 1 (satu) fasilitas pelayanan kesehatan, bidan hanya dapat memiliki paling banyak 2 SIPB. Bidan dapat menjalankan praktik kebidanan secara mandiri dan/ atau bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan seperti klinik,

puskesmas, rumah sakit (RS) dan/ atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Untuk memperoleh SIPB, bidan harus mengajukan permohonan kepada Instansi Pemberi Izin dengan melampirkan:

1. *Fotocopy* STRB yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;
2. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
3. Surat pernyataan memiliki tempat praktik;
4. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas kesehatan tempat bidan akan berpraktik (kecuali Praktik Mandiri Bidan tidak diperlukan);
5. Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
6. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota setempat (berlaku untuk Praktik Mandiri Bidan dan bidan desa); dan
7. Rekomendasi dari organisasi profesi. Rekomendasi diberikan setelah terlebih dahulu dilakukan penilaian kemampuan keilmuan dan ketrampilan, kepatuhan terhadap kode etik serta kesanggupan melakukan praktik bidan.

SIPB dinyatakan tidak berlaku apabila:

1. Tempat praktik tidak sesuai lagi dengan SIPB;
2. Masa berlaku STRB telah habis dan tidak diperpanjang;
3. Dicabut oleh pejabat yang berwenang memberikan izin; atau
4. Bidan meninggal dunia.

Berdasarkan Undang-undang No. 4 tahun 2019 tentang kebidanan dijelaskan bahwa bidan yang melakukan praktik mandiri wajib mengambil pendidikan profesi, tanpa mengambil pendidikan profesi bidan hanya diperbolehkan berpraktik di fasilitas kesehatan.

Informed Choice dan Informed Consent

1. *Informed Choice*

a. Pengertian

Informed choice yaitu membuat pilihan setelah mendapat penjelasan tentang alternatif asuhan yang akan dialaminya

b. Prinsip

- 1) Hal yang harus diingat dalam *informed choice*:
- 2) *Informed choice* bukan sekedar mengetahui berbagai pilihan namun mengerti manfaat dan risiko dari pilihan yang ditawarkan
- 3) *Informed choice* tidak sama dengan membujuk/ memasak klien mengambil keputusan yang menurut orang lain baik (meskipun dilakukan secara halus)

c. Peran Bidan dalam *Informed Choice*

Setelah memberikan informasi mengenai berbagai pilihan yang ada, bidan harus memberikan kesempatan kepada klien dan keluarganya untuk memikirkan atau mempertimbangkan semua pilihan tersebut. Sebagai seorang bidan dalam memberikan *informed choice* kepada klien harus: memperlakukan klien dengan baik, berinteraksi dengan nyaman, memberikan informasi obyektif, mudah dimengerti dan diingat serta tidak berlebihan, membantu klien mengenali kebutuhannya dan membuat pilihan yang sesuai dengan kondisinya, mendorong wanita memilih asuhannya.

- #### d. Contoh *informed choice* dalam pelayanan kebidanan antara lain: tempat melahirkan dan kelas perawatan, pendamping waktu melahirkan, metoda monitor denyut jantung janin, episiotomi, pemeriksaan laboratorium dan *screening* antenatal dan pilihan pemakaian alat kontrasepsi.

2. *Informed Consent*

a. Pengertian

Menurut D. Veronika Komalawati, SH , "*Informed Consent*" dirumuskan sebagai "suatu kesepakatan/ persetujuan pasien atas upaya medis yang akan dilakukan terhadap dirinya setelah memperoleh informasi dari tenaga kesehatan mengenai upaya medis yang dapat dilakukan untuk menolong dirinya disertai informasi mengenai segala risiko yang mungkin terjadi.

b. Tujuan

Tujuan *Informed Consent* yaitu untuk:

- 1) Melindungi pasien dari tindakan medis yang dilakukan tanpa sepengetahuannya, tindakan medis yang sebenarnya tidak diperlukan dan secara medik tidak ada dasar pembenarannya, tindakan medis yang bertentangan dengan hak asasi pasien dan standar profesi medis, penyalahgunaan alat canggih yang berbiaya tinggi yang sebenarnya tidak perlu.
- 2) Melindungi dokter / tenaga kesehatan terhadap suatu kegagalan, karena prosedur medik modern tidak tanpa risiko dan pada setiap tindakan medik melekat suatu risiko.

Informed consent idelanya diberikan sebelum tindakan medis dilakukan, terutama tindakan yang berisiko tinggi. Namun, dalam kondisi darurat, *informed consent* dapat diberikan setelah tindakan medis dilakukan, misalnya pada kasus emergensi di IGD rumah sakit, hal ini guna mencegah keterlambatan penanganan pasien yang dapat menimbulkan kecacatan atau bahkan kematian. *Informed consent* umumnya diberikan kepada pasien yang sudah dewasa secara hukum (usia 18 tahun atau lebih), bisa memahami penjelasan dengan baik, sadar penuh, dan memiliki kondisi kejiwaan yang sehat. Jika dianggap

tidak dapat memutuskan *informed consent*, pasien bisa diwakili. Berikut ini adalah beberapa kondisi ketika *informed consent* dapat diwakilkan:

a. Pasien di bawah umur

Untuk pasien usia muda, seperti bayi dan anak-anak, atau remaja di bawah usia 18 tahun, persetujuan *informed consent* dapat diwakilkan oleh orang tua atau walinya.

b. Kondisi yang tidak memungkinkan

Untuk pasien dengan kondisi kehilangan kesadaran, seperti pingsan atau koma, sehingga tidak memungkinkan untuk diberikan penjelasan atau diminta pendapatnya, persetujuan *informed consent* dapat diwakilkan oleh keluarga atau walinya. Hal ini juga berlaku pada pasien yang mengalami gangguan berpikir, seperti penyakit Alzheimer atau gangguan mental.

Kewenangan, Kewajiban dan Hak Bidan

1. Kewenangan Bidan

Dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

a. Pelayanan kesehatan ibu meliputi:

- 1) Konseling pada masa sebelum hamil
- 2) Antenatal pada kehamilan normal meliputi pemberian tablet tambah darah, bimbingan pada kelompok ibu hamil, pemberian surat keterangan kehamilan.
- 3) Persalinan normal meliputi episiotomi, pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan, fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif, pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum, pemberian surat keterangan persalinan.

- 4) Ibu nifas normal seperti pemberian vitamin A dosis tinggi
 - 5) Ibu menyusui
 - 6) Konseling pada masa antara dua kehamilan
- b. Pelayanan kesehatan anak

Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak, bidan berwenang melakukan:

- 1) Pelayanan neonatal esensial meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan vit K1, pemberian imunisasi HB0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- 2) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan meliputi :
 - a) Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
 - b) Penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
 - c) Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
 - d) Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

- 3) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).
 - 4) Konseling dan penyuluhan meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana bidan berwenang memberikan: penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.

Kewajiban Bidan

Dalam melaksanakan praktik kebidanannya, bidan berkewajiban untuk: menghormati hak pasien; memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan; merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu; meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan; menyimpan rahasia pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan; melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya yang diberikan secara sistematis; mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional; melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Praktik Kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan kematian; pemberian surat rujukan dan surat keterangan kelahiran; dan meningkatkan mutu

pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya.

Hak Bidan

Dalam melaksanakan praktik kebidanannya, Bidan memiliki hak: memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pelayanannya sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional; memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari pasien dan/ atau keluarganya; melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangan; dan menerima imbalan jasa profesi.

Daftar Pustaka

- Heryani, Reni. (2013). *Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Petunjuk Teknis e-STR (Surat Tanda Registrasi Elektronik Tenaga Kesehatan)*. Jakarta: Sekretariat Konsil Kesehatan Indonesia PPSDM Kesehatan
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes RI) Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan
- Patimah, Siti., Widhiastuti, Kh Endah., & Tajmiati, Atit. (2016). *Praktikum Konsep Kebidanan dan Etika Legal Dalam Praktik Kebidanan*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan
- Pemerintah Pusat. (2009). *Undang – undang Nomor 36 Tentang Kesehatan*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual
- Shah, et al. NCBI Bookshelf (2020). *Informed Consent*.
- Siswi Walyani, Elisabeth. Purwoastuti, Th. Endang. (2017). *Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan*. Yogyakarta: Pustakabaru Press
- Soepardan, Suryani. Hadi, Dadi Anwar. (2008). *Etika Kebidanan & Hukum Kesehatan*. Jakarta: EGC.

Talitha Nur Aurellia, Tasya. (2021). Pengertian Etika: Macam – macam Etika & Manfaat Etika. <https://www.gramedia.com/best-seller/pengertian-etika/>

Undang – undang Republik Indonesia No. 4 tahun 2019 tentang Kebidanan

Wahyuningsih, Heni P. 2008. Etika Profesi Kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya

Profil Penulis



Indah Christiana, S.ST., M.Kes.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2002 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Kebidanan Yayasan Rumah Sakit Islam Surabaya (AKBID YARSIS) dan berhasil lulus pada tahun 2005. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke D4 Kebidanan STIKES Insan Unggul Surabaya dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2006. Dan pada tahun 2014 penulis menyelesaikan pendidikan S2 Kesehatan dengan peminatan Pendidikan Kedokteran Keluarga di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Penulis memulai kariernya dengan bekerja di Praktek Mandiri Bidan Purwoharjo, Banyuwangi, Jawa Timur selama 1 tahun. Sejak tahun 2007 sampai sekarang menjadi dosen di STIKES Banyuwangi, tahun 2009 – 2019 menjabat sebagai Kepala Program Studi D3 Kebidanan STIKES Banyuwangi. Selain itu penulis juga aktif dalam berorganisasi, Organisasi profesi yang dijalaninya adalah menjadi pengurus Ikatan Bidan Indonesia Cabang Banyuwangi periode 2008-2013, 2013-2018 dan periode 2018 – 2023 serta menjadi pengurus Assosiasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND) Sub Korwil 5 Jawa Timur membawahi wilayah Banyuwangi, Jember, Situbondo dan Bondowoso sejak tahun 2015 sampai sekarang.

Email Penulis: indahchristiana84@gmail.com

KONSEP ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Ayu Nina Mirania, S.ST., M.Bmd.

Universitas Katolik Musi Charitas

Pendahuluan

Kebidanan komunitas merupakan konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu. Dalam konsep tersebut mencakup unsur-unsur yaitu bidan sebagai pelaksana pelayanan, pelayanan kebidanan, dan komunitas sebagai sarana pelayanan, ilmu dan teknologi kebidanan, serta faktor yang mempengaruhi seperti lingkungan. Ciri kebidanan komunitas adalah menggunakan populasi sebagai unit analisis. Analisis situasi merupakan proses sistematis untuk melihat fakta, data, atau kondisi yang ada dalam suatu lingkup wilayah.

Konsep Dasar Kebidanan Komunitas

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, konsep mempunyai arti pengertian, proses, pendapat (paham), gambaran mental dari objek, rancangan (cita-cita) yang telah dipikirkan. Kebidanan berasal dari kata “bidan”, menurut *International of Midwives (ICM)* yang disusun melalui Kongres ICM ke-27 (2005) adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya yang mempunyai arti Pusat Pembinaan Bahasa Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, telah lulus dari pendidikan tersebut dan memenuhi kualifikasi untuk di

registrasi dan memiliki izin yang sah untuk melakukan praktik bidan.

Menurut Ikatan Bidan Indonesia (IBI), bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk di register, di sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan. Pelayanan kebidanan adalah suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian internal dari sistem pelayanan kesehatan yang di berikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi dan atau rujukan.

Komunitas adalah sekelompok individu yang tinggal diwilayah tertentu, memiliki nilai, keyakinan dan minat yang relatif sama serta adanya interaksi satu sama lain untuk mencapai suatu tujuan. Pengertian komunitas menurut beberapa ahli adalah sebagai berikut:

1. *World Health Organization* (WHO) (1974), komunitas adalah kelompok sosial yang ditentukan oleh batas wilayah, keyakinan, nilai, dan minat yang sama serta adanya interaksi antara anggota masyarakat yang satu dengan anggota masyarakat yang lainnya.
2. Spardly (1985), komunitas diartikan sebagai sekumpulan orang yang saling bertukar pengalaman penting dalam hidupnya
3. Koentjaraningrat (1990), komunitas diartikan sebagai suatu kesatuan hidup manusia, yang menempati suatu wilayah nyata dan berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat serta terikat oleh rasa identitas suatu komunitas.
4. Sauders (1991) komunitas diartikan sebagai tempat atau sekumpulan orang-orang atau sistem sosial.

Kebidanan komunitas adalah bentuk pelayanan yang dilakukan oleh seorang bidan untuk dapat memantau dan mengevaluasi derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Pelayanan kebidanan komunitas adalah seluruh tugas dalam sistem pelayanan kesehatan yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan bertujuan

meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat.

Falsafah Kebidanan Komunitas

Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai-nilai yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan atau sebagai pandangan hidup. Asuhan di komunitas adalah pelayanan yang memberikan perhatian dan pengaruh lingkungan (bio, psiko, sosio, kultural dan spiritual) terhadap kesehatan komunitas dan memberikan prioritas pada strategi pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Falsafah atau paradigma kebidanan secara umum yaitu manusia yang mempunyai titik sentral dari setiap upaya pembangunan kesehatan yang menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan. Bertolak dari pandangan ini, disusun falsafah kebidanan komunitas yang terdiri dari:

1. Manusia. Komunitas sebagai klien yang berarti sekumpulan individu yang berada pada lokasi atau batas geografis tertentu yang memiliki nilai-nilai, keyakinan dan minat yang relatif sama, serta adanya interaksi satu sama lain untuk mencapai tujuan, meliputi kelompok resiko tinggi, antara lain yang tinggal didaerah terpencil, daerah rawan dan kumuh. Komunitas merupakan sumber dan lingkungan bagi keluarga.
2. Kesehatan. Sehat adalah suatu kondisi terbebasnya dari gangguan pemenuhan kebutuhan klien/komunitas. Sehat merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak dari keberhasilan menghadapi stressor.
3. Lingkungan. Semua faktor internal dan eksternal atau pengaruh di sekitar klien yang bersifat biologis, psikologis, sosial kultural dan spiritual.
4. Kebidanan. Intervensi yang bertujuan untuk menekan stressor atau meningkatkan kemampuan klien menghadapi stressor melalui pencegahan primer, sekunder dan tersier.

Sasaran Kebidanan Komunitas

Sasaran utama kebidanan komunitas adalah ibu dan anak dalam keluarga, kesehatan ibu yaitu meliputi sepanjang siklus kehidupannya mulai dari pra-kehamilan, hamil, persalinan, pasca persalinan dan masa diluar kehamilan dan persalinan sedangkan kesehatan anak meliputi, perkembangan dan pertumbuhan anak mulai dari masa dalam kandungan, masa bayi, masa balita dan pra-sekolah, dan masa sekolah. Sasaran kebidanan komunitas secara garis besar adalah individu, keluarga dan kelompok masyarakat dan kelompok khusus:

1. Individu merupakan anggota keluarga sebagai kesatuan dari aspek biologi, psikologi, dan spiritual. Sehingga apabila individu mempunyai masalah dalam kesehatannya dan tidak mampu merawat dirinya sendiri, maka akan dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya dan keluarga yang ada dilingkungan sekitar tempat tinggalnya. Sehingga peran bidan komunitas adalah membantu individu tersebut agar dapat memenuhi kebutuhan dasarnya karena adanya kelemahan fisik dan mental yang dialami.
2. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal didalam satu rumah tangga karena ikatan darah, pernikahan dan lainnya yang saling ketergantungan dan berinteraksi. Maka apabila salah satu dari anggota keluarga mempunyai masalah dalam kesehatan, dapat berpengaruh terhadap anggota keluarga sekitar atau yang lainnya. Dengan demikian, keluarga juga merupakan salah satu fokus dalam pelayanan kesehatan, hal ini karena:
 - a. Keluarga merupakan sebagai lembaga yang perlu diperhitungkan
 - b. Keluarga mempunyai peran dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga

- c. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan
 - d. Keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan dalam asuhan kesehatan
 - e. Keluarga merupakan perantara dalam berbagai usaha kesehatan masyarakat
3. Masyarakat merupakan pusat pendidikan yang ketiga setelah keluarga dan sekolah. Masyarakat merupakan lembaga non-formal dalam mendidik seseorang dan memiliki struktur yang lebih kompleks sehingga seorang anak didik akan diuji sejauh mana kemampuan intelektualitas dan mentalitasnya, serta menjadi tempat terakhir yang menentukan berhasil tidaknya seseorang dalam menempuh pendidikan karena masyarakatlah yang dapat juga menjadi penentu apakah seseorang memiliki kualitas atau tidak.
4. Kelompok khusus adalah sekumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, usia, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan. Pembagian kelompok khusus adalah sebagai berikut:
- a. Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus akibat perkembangan dan pertumbuhan, seperti:
 - 1) Ibu hamil
 - 2) Ibu bersalin
 - 3) Ibu nifas
 - 4) Bayi baru lahir
 - 5) Bayi, balita dan anak usia sekolah
 - 6) Lansia atau usia lanjut
 - b. Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan kebidanan, antara lain:

- 1) Kasus penyakit kelamin AIDS
 - 2) Kusta
 - 3) Tuberkulosis
- c. Kelompok rawan yang rentan terhadap masalah kebidanan, misalnya:
- 1) Anak sekolah TK
 - 2) Pondok pesantren
 - 3) Panti yang terikat dengan institusi
- d. Kelompok yang tidak terikat dengan institusi, misalnya:
- 1) Karang taruna
 - 2) Karang balita
 - 3) KP-KIA
 - 4) KP-ASI
 - 5) Kelompok ibu hamil resiko tinggi
 - 6) Kelompok remaja

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kebidanan Komunitas

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pelayanan kebidanan komunitas antara lain:

1. Lingkungan fisik yaitu keadaan geografis (misalnya; daerah pegunungan cenderung kekurangan yodium)
2. Lingkungan sosial yaitu kebiasaan, adat istiadat, budaya, kepercayaan dan agama di masyarakat, tingkat sosial ekonomi termasuk pendidikan.
3. Lingkungan flora dan fauna yaitu pemanfaatan tumbuhan dan hewan untuk menunjang kehidupan
4. Ilmu pengetahuan dan teknologi yaitu globalisasi, pasar bebas, pendidikan tinggi, pelatihan dan media.

Prinsip Asuhan Kebidanan Komunitas

Prinsip dalam melaksanakan asuhan kebidanan komunitas meliputi:

1. Kebidanan komunitas sifatnya multidisiplin meliputi ilmu kesehatan masyarakat, kedokteran, sosial, psikologi, ilmu kebidanan dan lainnya yang mendukung peran bidan di komunitas
2. Dalam pelayanan kebidanan, bidan tetap berpedoman pada etika profesi kebidanan yang menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan klien
3. Dalam pelayanan kebidanan komunitas, bidan senantiasa memperhatikan dan memberi penghargaan terhadap nilai-nilai yang berlaku di masyarakat, sepanjang tidak merugikan dan tidak bertentangan dengan prinsip kesehatan.

Tujuan Asuhan Kebidanan Komunitas:

1. Tujuan Umum

Tujuan umum kebidanan komunitas adalah meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat menjalankan fungsinya secara optimal.

2. Tujuan Khusus

Tujuan umum kebidanan komunitas adalah:

- a. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat dan sakit
- b. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan
- c. Menciptakan dukungan bagi individu yang terkait
- d. Mengendalikan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat yang optimal
- e. Mengembangkan ilmu dan melaksanakan kebidanan kesehatan masyarakat.

Ruang Lingkup dan Jaringan Kerja Pelayanan Bidan di Komunitas

Kebidanan komunitas merupakan bentuk pelayanan/asuhan langsung yang berfokus pada kebutuhan dasar komunitas, yang berkaitan dengan kebiasaan atau pola perilaku masyarakat yang tidak sehat, ketidakmampuan masyarakat untuk beradaptasi dengan lingkungan internal dan eksternal. Ruang lingkup pelayanan kebidanan komunitas meliputi peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), deteksi dini dan pertolongan tepat guna, meminimal kecacatan, pemulihan kesehatan (rehabilitas), kemitraan.

1. Peningkatan Kesehatan (Promotif)

Promosi kesehatan adalah suatu proses membuat orang mampu memperbaiki kesehatan dan meningkatkan kontrol terhadap kesehatan, baik dilakukan secara individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Upaya promotif yang dapat dilakukan antara lain:

- a. Penyuluhan kesehatan
- b. Peningkatan gizi
- c. Pemeliharaan kesehatan perorangan
- d. Pemeliharaan kesehatan lingkungan
- e. Pemberian makanan tambahan
- f. Rekreasi
- g. Pendidikan seks

2. Pencegahan (Preventif)

Ruang lingkup preventif ditunjukkan untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan-gangguan kesehatan lainnya. Upaya preventif yang dapat dilakukan adalah:

- a. Imunisasi pada bayi, balita dan ibu hamil
- b. Pemeriksaan kesehatan berkala melalui posyandu, puskesmas maupun kunjungan rumah pada ibu nifas dan neonates

- c. Pemberian tablet vitamin A dan garam beryodium ibu nifas dan balita
- d. Pemberian tablet tambah darah dan senam hamil

3. Deteksi Dini dan Pertolongan Tepat Guna

Deteksi dini dan pertolongan tepat guna merupakan upaya untuk membantu menekan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi. Deteksi dini pada ibu dilakukan sejak ibu hamil yaitu dengan cara melakukan pemeriksaan untuk melihat penapisan pada ibu hamil (menggunakan kartu skor puji rochyati) agar tidak terjadi keterlambatan dikarenakan terjadi rujukan estafet saat ibu bersalin, ibu nifas sehingga akan mendapatkan pertolongan secara tepat guna. Untuk deteksi dini pada anak dapat dilakukan dengan cara pemantauan tumbuh kembang baik oleh keluarga, kelompok maupun masyarakat.

4. Meminimal Kecacatan

Upaya yang dapat dilakukan untuk meminimal kecacatan diantaranya dengan perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis dirumah, ibu bersalin, ibu nifas dan perawatan tali pusat pada bayi baru lahir, serta perawatan payudara ibu nifas dengan bendungan air susu ibu. Meminimal adanya kecacatan dilakukan dengan tujuan untuk merawat dan memberikan pengobatan individu, keluarga, atau kelompok orang yang menderita penyakit.

5. Pemulihan Kesehatan (Rehabilitas)

Rehabilitas merupakan upaya pemulihan kesehatan bagi penderita yang dirawat di rumah, maupun terhadap kelompok tertentu yang menderita penyakit. Misalnya upaya dalam pemulihan penderita TBC dengan cara latihan nafas dan batuk efektif.

6. Kemitraan

Bidan harus mempunyai pandangan bahwa mitra dengan fokus utama anggota masyarakat. Anggota

masyarakat sebagai intinya dipengaruhi oleh sub sistem komunitas:

- a. Lingkungan
- b. Pendidikan
- c. Keamanan dan transportasi
- d. Politik dan pemerintah
- e. Pelayanan kesehatan dan sosial
- f. Komunikasi
- g. Ekonomi
- h. Rekreasi

Cara untuk memahami dan mempelajari sub sistem tersebut adalah dengan membimbing, menggerakkan dan memberdayakan masyarakat melalui kemitraan. Kemitraan dapat dilakukan dengan LSM setempat, organisasi masyarakat, organisasi sosial, kelompok masyarakat yang melakukan upaya untuk mengembalikan individu kelingkungan keluarga dan masyarakat. Terutama pada kondisi stigma masyarakat yang perlu dikurangi (misalnya penderita TBC, pecandu narkoba, korban pemerkosaan dan prostitusi).

Jaringan Kerja Kebidanan Komunitas

Jaringan kerja kebidanan komunitas terdapat di beberapa tempat, bidan bekerja baik secara individu maupun sebagai bagian dari sebuah institusi seperti puskesmas kecamatan, Puskesmas Pembantu, Praktik Bidan Mandiri, Polindes, Posyandu, Rumah pasien, Dasa Wisma, dan lain-lain. Bidan di jaringan kerjanya di komunitas dapat bertindak sebagai:

1. Di puskesmas bidan bertindak sebagai bagian dari suatu institusi yang bertugas pada poliklinik kebidanan dan KIA, baik sebagai bidan koordinator maupun sebagai kepala ruangan bersalin dan ruangan KIA Bidan dalam menjalankan tugas dan fungsinya bertanggung jawab kepada pimpinan puskesmas.

2. Di Praktik mandiri bidan sebagai pengelola yang sekaligus sebagai penanggung jawab penuh atas semua pelayanan kebidanan yang dilakukan
3. Di Polindes dan Posyandu, bidan sebagai Pembina dan penanggungjawab terlaksananya pelayanan kebidanan.
4. Dirumah pasien, bidan sebagai pelaksana dan penanggungjawab keselamatan pasien.

Keberhasilan pelayanan kebidanan dalam jaringan kerja bidan komunitas di perlukan kerjasama sebagai berikut:

1. Kerjasama lintas program merupakan bentuk kerjasama yang dilaksanakan didalam satu instansi terkait, misalnya:
 - a. Kegiatan imunisasi
 - b. Kegiatan pemberian tablet Fe
 - c. Kegiatan pemberian vitamin A
 - d. Kegiatan pemberian PMT dan sebagainya
2. Kerja sama lintas sektor, merupakan kerjasama yang melibatkan institusi atau departemen lainnya, antara lain:
 - a. Kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)
 - b. Kegiatan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) dan sebagainya
 - c. Kegiatan pelayanan keluarga berencana

Tujuan dari kerjasama lintas program dan lintas sektoral dalam kebidanan komunitas adalah:

1. Meningkatkan koordinasi dapat memecahkan masalah kesehatan
2. Meningkatkan komunikasi yang efektif melalui pertemuan-pertemuan berkala berdasarkan kesepakatan bersama antara pemerintah dan swasta tentang masalah kesehatan

3. Meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi masalah kesehatan dan memaksimalkan keuntungan semua pihak
4. Meningkatkan komitmen bersama yang berkaitan dengan kesediaan dan pengorbanan (waktu, tenaga, pikiran, dan sebagainya) masing-masing anggota kemitraan terhadap program atau upaya pemecahan masalah kesehatan yang telah disepakati bersama
5. Tercapainya upaya kesehatan yang efisien dan efektif, yang berdaya guna dan berhasil guna.

Daftar Pustaka

- Handajani, S. D. (2011). *Kebidanan Komunitas: Konsep dan Manajemen Asuhan*. Jakarta: EGC
- Runjati. (2010). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Sofyan, M., Madjid, N., A., Siahaan, R. (2007). *50 Tahun Ikatan Bidan Indonesia: Bidan Menyongsong Masa Depan Cetakan IX*. Jakarta: PP IBI.
- Syafrudin dan Hamidah. (2009). *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Tombokan, S., G., J, Purwandari, A., Tando, N., M., (2014). *Asuhan Kebidanan Komunitas. Pendekatan Kurikulum Akademi Kebidanan Berbasis Kompetensi*. Bogor: In Media

Profil Penulis



Ayu Nina Mirania, S.ST., M.Bmd.

Lahir di Palembang, pada 5 Februari 1991. Anak Pertama dari dua bersaudara. Ia menempuh pendidikan D3 Kebidanan di STIK Bina Husada Palembang pada tahun 2011 dan tercatat sebagai lulusan D4 Bidan Pendidik di STIKES Mitra Adiguna Palembang Tahun 2014 selanjutnya diterima di Pasca Sarjana Jurusan Ilmu Biomedik Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Palembang dan lulus di Tahun 2016. Penulis pernah bekerja di Klinik dan Rumah Bersalin dari Tahun 2014-2017 dan saat ini bekerja sebagai Dosen DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Musi Charitas sejak tahun 2017. Penulis merupakan salah satu pengajar Mata Kuliah Kebidanan anatara lain, Asuhan persalinan dan bayi baru lahir serta Asuhan Kebidanan Komunitas. Penulis juga aktif melakukan Tridarma Pergururuan tinggi lainnya yaitu pengabdian kepada masyarakat dan penelitian

Email Penulis: ayu.mirania91@gmail.com

ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN

Herlina, S.ST., M.Kes.

Stikes Dian Husada Mojokerto

Pendahuluan

Proses Kehamilan merupakan peristiwa yang alamiah, Namun beberapa perubahan bisa saja terjadi pada wanita selama prses kehamilan normal adalah bersifat fisiologis, bukan patologis. Oleh Karena itu, asuhan yang diberikan adalah asuhan yang meminimalintervensi. Sebagai seorang bidan kita harus bisa meyakini bahwa model asuhan kehamilan yang membantu serta melindungi proses kehamilan dan kelahiran normal adalah yang paling sesuai bagi sebagian besar wanita. Tidak perlu melakukan intervensi yang tidak didukung oleh bukti ilmiah (*evidence- based practice*). Asuhan kehamilan yang diberikan bidan harus selalu didasari ilmu, analisa, dan pertimbangan yang matang. Sebagi seorang bidan atautenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan harus berdasarkan kebutuhan ibu dan janin, bukan atas kebutuhan bidan. Asuhan kebidanan yang berkualitas, harus berfokus pada klien, dan asuhan sayang ibu serta berdasarkan bukti ilmiah terkini (praktik terbaik) menjadi tanggung jawab semua profesional bidan.

1. Asuhan Kehamilan pada Kunjungan Awal

Tujuan asuhan antenatal adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya denan cara membina hubungan saling percaya

dengan ibu, mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa dan mempersiapkan kelahiran.

Tujuan utama asuhan antenatal adalah untuk:

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
 - b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi
 - c. Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang muncul selama kehamilan termasuk penyakit umum kebidanan dan pembedahan
 - d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
 - e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian Asi eksklusif
 - f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal
2. Standar asuhan kehamilan
- a. Trimester I (sebelum minggu ke 14)
 - 1) Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil
 - 2) Mendeteksi masalah dan menanganinya
 - 3) Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia, kekurangan zat besi dan penggunaan praktek yang merugikan
 - 4) Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan menghadapi komplikasi
 - 5) Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan dsb)

- b. Trimester II (sebelum minggu ke 28)
 - 1) Sama dengan di atas
 - 2) Kewaspadaan khusus mengenai preeklamsi (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsi, pantau tekanan darah, evaluasi oedem, periksa untuk mengetahui protein urin)
 - c. Trimester III (antara minggu 28 sampai 36 minggu)
 - 1) Asuhan sama seperti diatas
 - 2) Palpasi abdominal apakah ada kehamilan ganda
 - d. Trimester III (setelah 36 minggu)
 - 1) Asuhan sama seperti diatas
 - 2) Deteksi letak bayi yang tidak normal atau kondisi lain yang tidak normal atau kondisi lain yang memerlukan persalinan di rumah sakit
3. Pengkajian data kesehatan ibu hamil
- a. Riwayat Kesehatan
 - 1) Riwayat kehamilan sekarang
 - a) HPHT
 - b) Gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi)
 - c) Masalah atau tanda-tanda bahaya (termasuk rabun senja)
 - d) Keluhan-keluhan lain selama kehamilan
 - e) Penggunaan obat-obatan termasuk jamu- jamuan
 - f) Kekhawatiran-kekhawatiran yang lain yang dirasakan

- 2) Riwayat kebidanan
 - a) Jumlah kelahiran
 - b) Jumlah kehamilan
 - c) Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya
 - d) Hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya
 - e) Berat bayi sebelumnya kurang dari 2,5 kg atau 4 kg
 - f) Masalah-masalah lain yang dialami
 - 3) Riwayat kesehatan
 - a) Masalah-masalah kardiovaskuler
 - b) Hipertensi, DM, malaria, PMS/ HIV/ AIDS, imunisasi TT dan lain-lain
 - 4) Riwayat sosial ekonomi
 - a) Status perkawinan
 - b) Respon orang tua dan keluarga dengan kehamilan ini
 - c) KB
 - d) Dukungan keluarga
 - e) Pengambil keputusan dalam keluarga
 - f) Kebiasaan makan dan zat besi yang di konsumsi
 - g) Kebiasaan hidup sehat
 - h) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari
 - i) Tempat kelahiran dan persalinan yang diinginkan
- b. Pemeriksaan Fisik
- 1) Pemeriksaan fisik umum: meliputi tinggi badan, berat badan dan TTV

- 2) Kepala dan leher, yaitu Ikterik, mulut pucat, pembesaran kelenjar thiroid
- 3) Tangan dan kaki, yaitu Oedem di jari tangan, kuku pucat, varises vena dan reflek-reflek
- 4) Payudara, meliputi Ukuran, simetris, puting payudara, keluarnya kolostrum, retraksi, masa
- 5) Abdomen, mencakup Luka bekas OP, TFU, palpasi, Djj.
- 6) Genetalia Eksterna, berupa Varises, perdarahan, kelenjar bartolini: bengkak (masa)
- 7) Genetalia Interna, mencakup Servik, vagina, ukuran adneksa, uterus, Pemeriksaan panggul Pembesaran uterus, perubahan pada uterus, tanda piskacek, tanda goodel, tanda cadwick

c. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) PP test (+)
- 2) USG
- 3) Pengkajian Fetal
 - a) Gerakan Janin

Jika ibu hamil mendapatkan adanya penurunan atau penghentian gerakan janin maka harus dilaporkan kepada bidan.

b) Denyut jantung janin

Untuk mendengar DJJ pada kehamilan trimester dapat digunakan alat ultrasound stetoskop atau dopler. DJJ dapat mulai terdengar dengan alat ini antara usia kehamilan 10-12 minggu. Normal frekuensi DJJ adalah 110-180x/menit dan harus dibedakan dari denyut nadi ibu.

c) *Non Stres Test (NST)*

Biasanya digunakan untuk mengetahui kesejahteraan janin pada trimester III, NST menggunakan monitor janin eksternal. Tes ini dilakukan pada wanita hamil yang mengalami insufisiensi uteroplasental. NST reaktif dipertimbangkan menjadi indikator kesejahteraan janin pada trimester III karena janin harus menerima oksigen dan nutrisi lain yang adekuat melalui plasenta agar akselerasi DJJ dihunungkan dengan gerakan janin. Non Reaktif NST dipertimbangkan pada temuan yang tidak normal pada bayi preterm karena bayi masih imatur.

d) *Amniosentesis*

Amniosintesis atau corionik vilus sampling (CVS) pada trimester I, CVS digunakan untuk penyaik enetik yang dapat berpengaruh pada janin, tes ini dimaksudkan untuk diagnosa awal kemungkinan pengakhiran kehamilan pada trimester I dan merupakan suatu privacy dari ibu dan keluarganya. Amniosentesis dilakukan pada usia kehamilan 15 sampai 16 minggu apabila terdapat indikasi cara ini dikembangkan untuk mendiagnosa genetik dan biokimia, pengkajian penyakit janin dan penilaian maturitas janin.

Prosedurnya digunakan untuk mengurangi resiko menusuk janin dan menghindari plasenta jika plasenta terletak di anterior dan tidak dapat dihindarkan pada jarum, dokter harus mencari tempat yang paling aman jarum menembus plasenta. Amniosentesis pada awal kehamilan di utamakan pada umur

kehamilan 15 minggu. Amniosentesis pada trimester II meningkatkan pembuluh syaraf, tetapi pada awal kehamilan lebih banyak sel digunakan untuk metabolisme. Amniosentesis setelah umur kehamilan 20 minggu, bayi lebih viabel, kegunaan amniosentesis dari berubah diagnostik genetik ke pemantaun maturitas patu janin. Tes cairan amnion dihasilkan pada amniosentesis awal dilakukanya SC dan induksi persaliansan elektif terutama sebelum umur kehamilan kurang dari 35 minggu dapat membantu mencegah prematuritas retrogenik dan *respiratory distres syndrome*.

4. Menentukan Diagnosa

Diagnosis kehamilan pada trimester I dan II awal didasarkan pada tanda presumtif dan kemungkinan kehamilan. Riwayat pemeriksaan fisik, panggul dan hasil laboratorium adalah data dasar yang digunakan untuk mendiagnosa kehamilan, yang khususnya dihubungkan dengan tanda presumtif. Tanda kemungkinan dan tanda pasti kehamilan berikut adala tanda-tanda presumtif, tanda kemungkinan dan tanda pasti kehamilan yang dipantau berdasarkan riwayat, pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul dan uji laboratorium, yaitu Menetapkan normalitas kehamilan, dan Membedakan antara ketidaknyamanan dalam kehamilan dan kemungkinan komplikasi

Ketidaknyamanan dalam kehamilan:

a. Mual

Mual tanpa disertai muntah disebut sebagai *morning sickness* tetapi hanya terjadi pada siang atau sore hari. Hal ini kemungkinan terjadi apabila perut kosong dan biasanya terjadi lebih parah pada pagi hari. Penyebab *morningsickness* belum diketahui walaupun ada beberapa hal yang dijadikan sebagai hal yang memperparah. Hal ini

meliputi perubahan hormonal pada kehamilan, rendahnya kadar gula darah, isi lambung yang berlebih, penurunan peristaltik, pembesaran uterus dan faktor emosional. Mual dan muntah yang menetap sampai akhir trimester I mungkin diindikasikan karena masalah emosional yang berat, hiperemesis, atau mola hidatidosa. Morningsickness yang ringan banyak menimpa ibu hamil, berikut hal-hal yang dapat meringankan *morning sickness*:

- 1) Makan sedikit tapi sering, setiap 2 jam
 - 2) Makan biskuit sebelum beranjak dari tempat tidur
 - 3) Makan sesuatu yang manis sebelum tidur dan sebelum beranjak dari tempat tidur
 - 4) Hindari makanan yang berbau menyengat
 - 5) Batasi konsumsi lemak
 - 6) Berikan tekanan pada bagian lengan (*acupressure*)
 - 7) Berfikir bahwa mual akan berakhir pada kehamilan 4 bulan
 - 8) Pahami dan sayangi wanita hamil dengan memberikan hal-hal kecil yang penting baginya
 - 9) Berilah vitamin B6 50 mg peroral
 - 10) Pengobatan
- b. Hipersalivasi (ptyalis)

Hipersalivasi adalah kondisi luar biasa yang mungkin disebabkan peningkatan kadar asam dalam mulut atau oleh karena masukan zat tepung merangsang kelenjar saliva sehingga mudah dalam hipersekresi. Wanita dengan ptyalis sering merasa mual.

1) Kelelahan

Kelelahan terjadi selama trimester I tanpa alasan. Hal ini mengganggu kenyamanan dan biasanya akan menghilang pada trimester II. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan intensitas repon psikologis wanita.

Tindakan ringan untuk menenangkan wanita dari kelelahan yang akan hilang pada trimester II sehingga wanita tersebut dapat istirahat lebih lama, dan latihan kecil serta nutrisi yang baik dapat melawan lelah.

2) Nyeri punggung atas

Nyeri punggung atas menguat selama trimester I karena peningkatan ukuran payudara yang merupakan salah satu tanda presumtif kehamilan. Pembesaran ini menyebabkan ketegangan otot apabila payudara tidak ditopang dengan kuat. Tindakan yang dapat dilakukan yaitu menggunakan BH yang dapat menopang payudara

3) Leukorea

a) Leukorea yang banyak dari vagina dimulai pada trimester I. Sekresi bersifat asam karena perubahan peningkatan glikogen pada epitel vagina dalam asam laktat oleh basil doderline.

b) Tindakan yang dapat dilakukan yaitu dengan memperhatikan personal hygiene dan sering mengganti pantiliner.

4) Frekuensi BAK

Frekuensi BAK yang sering adalah ketidaknyamanan nonpatologis yang sering terjadi selama periode antenatal. Frekuensi selama TI dikarenakan peningkatan TFU, perlembehan pada isthmus (tanda hegar) menyebabkan peningkatan antefleksi

pembesaran uterus yang secara langsung menekan kandung kemih.

Tindakan yang dapat dilakukan yaitu dengan menurunkan intake cairan sebelum tidur sehingga wanita tersebut tidak terlalu sering ke kamar mandi.

- a) Mengidentifikasi tanda dan gejala penyimpangan dari keadaan normal
- b) Mengidentifikasi kemungkinan kebutuhan belajar

Mengembangkan Perencanaan Asuhan yang Komprehensif

1. Menetapkan kebutuhan tujuan tes laboratorium. Tujuan tes laboratorium adalah untuk mendeteksi komplikasi-komplikasi dalam kehamilan.

Macam test laboratorium dalam asuhan kehamilan yang merupakan kompetensi bidan:

- a. Tes hemoglobin darah (Hb)

Tujuan: Untuk mengetahui kadar Hb pada ibu hamil dan untuk mendeteksi anemia gravidarum

- b. Tes protein *urine*

Tujuan: Untuk mengetahui kadar protein dalam *urine* dan untuk mendeteksi Pre Eklamsia dalam kehamilan

- c. Tes glukosa *urine*

Tujuan: Untuk mengetahui kadar glukosa dalam *urine* dan untuk mendeteksi diabetes melitus gravidarum

2. Menetapkan/ mengidentifikasi kemungkinan kebutuhan belajar

Pada setiap kunjungan antenatal bidan harus mengajarkan kepada ibu bagaimana mengenali tanda-tanda bahaya ini, dan menganjurkan untuk datang ke klinik dengan segera jika ia mengalami tanda-tanda

bahaya tersebut. Dari beberapa pengalaman, akan lebih baik memberikan pendidikan kepada ibu dan anggota keluarga, khususnya pembuat keputusan utama, sehingga si ibu akan didampingi untuk mendapatkan asuhan. Enam tanda-tanda bahaya selama periode antenatal adalah:

- a. Perdarahan vagina
 - b. Sakit kepala yang hebat, menetap yang tidak hilang
 - c. Perubahan visual secara tiba-tiba (pandangan kabur, rabun senja).
 - d. Nyeri abdomen yang hebat
 - e. Bengkak pada muka atau tangan
 - f. Bayi kurang bergerak seperti biasa
3. Menetapkan kebutuhan untuk pengobatan komplikasi ringan

Dalam menetapkan kebutuhan untuk pengobatan komplikasi ringan dalam kehamilan harus berdasarkan KepMenkes No 900 tahun 2002 tentang registrasi dan kewenangan praktik bidan dan Standar Pelayanan Kebidanan (SPK).

Diantaranya yaitu penanganan Abortus Imminens, Pre Eklamsia, Hiperemesis Gravidarum dan Anemia dalam Kehamilan.

4. Menetapkan kebutuhan konsultasi/ rujukan dengan tenaga profesional lainnya

Apabila terjadi komplikasi dalam kehamilan, bidan perlu menetapkan kebutuhan konsultasi atau rujukan dengan tenaga profesional lainnya untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

5. Menetapkan kebutuhan untuk konseling spesifik/ *anticipatori guidance*

Dalam menetapkan kebutuhan untuk konseling spesifik, harus disesuaikan dengan permasalahan yang dihadapi oleh ibu hamil berdasarkan anamnesa

dan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan oleh bidan.

Beberapa kebutuhan konseling yang perlu diberikan pada setiap ibu hamil pada kunjungan awal adalah pendidikan kesehatan tentang:

- a. Tanda bahaya dalam kehamilan
- b. Gizi pada ibu hamil
- c. Persiapan persalinan
- d. Imunisasi TT
- e. Olahraga
- f. Istirahat
- g. Kebersihan
- h. Pemberian ASI
- i. Aktifitas seksual
- j. Kegiatan sehari-hari dan pekerjaan
- k. Obat-obatan dan merokok
- l. Body mekanik
- m. Pakaian dan sepatu

Sedangkan pada ibu hamil yang mempunyai permasalahan ataupun komplikasi dalam kesehatan, pendidikan kesehatan yang diberikan harus disesuaikan dengan kasus yang dihadapi.

6. Menetapkan kebutuhan konseling HIV/ PMS

Untuk menetapkan kebutuhan konseling HIV/ PMS hanya diberikan pada ibu hamil dengan riwayat maupun risiko HIV/ PMS.

7. Jadwal kunjungan sesuai dengan perkembangan kehamilan

Menurut standard WHO bahwa dalam kehamilan, minimal kunjungan ANC adalah 4 kali selama kehamilan dengan penjelasan sebagai berikut:

Tabel Jadwal Kunjungan Antenatal Care

No	Kunjungan	Umur Kehamilan
1	Kunjungan I	dilakukan sebelum minggu ke-14 (trimester I)
2	Kunjungan II	dilakukan sebelum minggu ke-28 (trimester II)
3	Kunjungan III	dilakukan antara minggu 28- 36 (trimester III)
4	Kunjungan IV	dilakukan setelah minggu ke- 26 (trimester III)

Asuhan Kehamilan Kunjungan Ulang

Pengertian

Adalah waktu yang tepat untuk memperbaharui kembali ikatan bidan dengan klien, mengevaluasi data dan menentukan apakah kehamilan berkembang normal. Untuk wanita hamil seharusnya melakukan minimal 4 kali kunjungan selama hamil.

Langkah-langkah persiapan kunjungan ulang:

Sediakan selembar kertas kosong

Catat informasi demografi

Tinjau kembali data obstetry

Informasi yang menempatkan klien pada kondisi beresiko

Apakah informasi sudah tercantum dalam daftar masalah

Informasi yang belum diperoleh

Tinjau Kembali riwayat medis dan keluarga

Catat Riwayat penganiayaan fisik, emosional atau seksual dan penggunaan alkohol atau obat- obatan dalam keluarga

Tinjau kembali hasil temuan pemeriksaan fisik, apakah ada sesuatu yang perlu ditindak lanjuti

1. Tinjau kembali hasil pemeriksaan laboratorium
Apakah ada tes yang perlu ditindak lanjuti
2. Tinjau kembali taksiran partus dan kesimpulan
Pertinbangkan tentang periode menstruasi terakhir, durasi, frekuensi dan keteraturan siklus, tanggal tes kehamilan
3. Catat apakah klien terlibat dalam program berhenti merokok
4. Catat indeks masa tubuh
5. Tinjau kembali daftar masalah
6. Apakah semua masalah sudah tercakup dalam daftar
7. Tinjau kembali catatan kemajuan terdahulu
8. Tinjau kembali setiap hasil tes-tes terbaru sejak kunjungan terakhir, tinjau kembali data penting dan saat-saat penting Pedoman ini meringkas data yang harus diperoleh dan waktu yang dianjurkan untuk mengenalkan topik pendidikan kesehatan
9. Catat data hari ini
 - a. Bandingkan tekanan darah hari ini dengan yang lalu
 - b. Catat usia gestasi
 - c. Catat juga peningkatan berat badan sampai hari ini dan peningkatannya sejak kunjungan terakhir

Elemen-Elemen Penting dari Riwayat serta Pemeriksaan Fisik Selama Kunjungan Ulang Antenatal

1. Riwayat kehamilan sekarang
 - a. Gerakan janin
 - b. Masalah atau tanda bahaya
 - c. Keluhan-keluhan lazim dalam kehamilan
 - d. Kekhawatiran-kekhawatiran lain
-

2. Pemeriksaan fisik
 - a. Berat badan
 - b. Tekanan darah
 - c. Pengukuran TFU
 - d. Palpasi abdominal untuk mendeteksi kehamilan ganda
 - e. Manuver Leopold untuk mendeteksi kelainan letak
 - f. DJJ setelah 18 minggu

3. Pemeriksaan laboratorium

Protein urin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penapisan rutin protein urin merupakan cara efektif mendeteksi pre eklamsia.

4. Pengkajian data fokus

- a. Anamnesa, meliputi:

- 1) Informasi biodata: nama, umur, pekerjaan, nama suami, agama & alamat
- 2) Riwayat kehamilan sekarang, meliputi: HPHT dan apakah normal, Gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi), Masalah atau tanda-tanda bahaya (termasuk rabun senja), Keluhan-keluhan lazim pada kehamilan, Penggunaan obat-obatan (termasuk jamu-jamuan), dan Kekhawatiran- kekhawatiran lain yang dirasakan
- 3) Riwayat kebidanan yang lalu, meliputi: Jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan aterm, persalinan prematur, abortus, persalinan dengan tindakan (forseps, vakum atau operasi seksio sesarea), Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya, Hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya, Berat

bayi sebelumnya < 2,5 kg atau > 4 kg, dan Masalah-masalah lain yang dialami

- 4) Riwayat kesehatan termasuk penyakit-penyakit yang diidap dahulu dan sekarang, seperti: Masalah-masalah cardiovascular, Hipertensi, Diabetes mellitus, Malaria, PMS atau HIV/ AIDS, Imunisasi tetanus dan lain-lain.
- 5) Riwayat sosial-ekonomi, meliputi: Status perkawinan, Respon orang tua dan keluarga terhadap kehamilan ini, Riwayat KB, Dukungan keluarga, Pengambilan keputusan dalam keluarga, Kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi dengan fokus pada vitamin A dan zat besi, Kebiasaan hidup sehat meliputi, kebiasaan merokok, minum obat atau alkohol, Beban kerja dan kegiatan sehari-hari, dan Tempat melahirkan dan penolong persalinan yang diinginkan

b. Pemeriksaan Fisik dan Tes Laboratorium

Tujuan dari pemeriksaan fisik dan tes laboratorium adalah untuk mendeteksi komplikasi-komplikasi kehamilan, sehingga dapat menurunkan kematian ibu dan neonatus.

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium sederhana yang meliputi:

1) Pemeriksaan Urin

Dalam pemeriksaan urin ada 2 hal yang diperiksa yaitu kadar protein dan glukosa dalam urin.

a) Pemeriksaan protein dalam urin

Yaitu pemeriksaan untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urin. Pemeriksaan ini penting dilakukan untuk menegakkan diagnosa atau deteksi faktor risiko ibu hamil. Pemeriksaan ini dilakukan pada

kunjungan pertama dan setiap kunjungan pada akhir trimester II sampai trimester III kehamilan.

b) Pemeriksaan glukosa dalam urin

Reagen yang digunakan: Benedict reagen

Prinsip: Glukosa dalam urin akan bereaksi dengan garam cupri sehingga timbul warna hijau hingga merah keruh.

Cara pemeriksaan:

- Isi tabung reagen dengan 5 cc benedict reagen
- Tetesi tabung tersebut dengan 5-8 tetes urin
- Panaskan tabung yang sudah tercampur urin itu hingga mendidih
- Kocok dan tunggu sebentar lalu baca
- Cara membaca hasil: perhatikan perubahan warna reagen yang sudah tercampur urin itu.
 - Negatif (-): tetap biru jernih dan sedikit kehijau-hijauan dan sedikit agak keruh
 - Positif 1 (+) : warna berubah jadi hijau kekuning- kuningan dan agak keruh
 - Positif 2 (++) : kuning keruh
 - Positif 3 (+++) : jingga keruh
 - Positif 4 (++++): merah keruh

2) Pemeriksaan Darah

Pemeriksaan darah yang utama adalah pemeriksaan kadar Hb. Pemeriksaan Hb yang dilakukan pada ibu hamil adalah untuk mendeteksi faktor risiko kehamilan. Bila kadar Hb ibu kurang dari 10 gr% berarti ibu

dalam keadaan anemia, terlebih bila kadar Hb ibu kurang dari 8 gr% berarti ibu anemia berat. Keadaan yang dapat menyebabkan anemia pada ibu hamil antara lain: a) Status nutrisi ibu/keluarga buruk, b) Ibu cacangan, dan c) Ibu menderita penyakit kronis seperti TBC, kelainan darah, perdarahan dan sebagainya.

Cara pemeriksaan:

- a) Bersihkan ujung jari tengah pasien dengan kapas alkohol, lalu biarkan kering
- b) Isi tabung haemometer dengan Hcl 0,1 N sampai tanda angka 2
- c) Tusuk jari yang sudah dibersihkan tadi dengan Vaccinopen (jarum), pijat ujung jari hingga darah cukup untuk dihisap
- d) Hisap secara teliti dan perlahan darah ke dalam pipet sahli sampai tepat pada tanda 20 mm. Perhatikan agar waktu menghisap darah ke dalam pipet sahli tidak terdapat udara
- e) Bagian luar pipet dengan hati-hati dibersihkan dengan kapas, jangan sampai darah dalam pipet terserap oleh kapas
- f) Segera darah dalam pipet ditiupkan dengan hati-hati ke dalam larutan Hcl yang sudah ada pada tabung haemometer tanpa menimbulkan gelembung udara
- g) Sebelum dikeluarkan, pipet dibilas dulu dengan mengisap dan meniup Hcl yang ada dalam tabung haemometer, bagian luar pipet dibilas dengan beberapa tetes aquadest
- h) Tunggu beberapa saat, larutan diencerkan dengan aquadest setetes demi setetes sambil diaduk sampai berwarna sama dengan warna standar

- i) Permukaan larutan dibaca menghadap tempat terang/ jendela dan hasilnya dinyatakan dalam gr%
- j) Perhatikan yang dibaca adalah dasar permukaan larutan bagian tengah

Komponen-Komponen dari Pemeriksaan Tes Laboratorium

Jenis tes dalam daftar berikut yang dicetak tebal adalah tes yang paling penting yang dapat dipakai untuk menilai adanya masalah pada ibu hamil.

Tabel 5.2 Jenis Pemeriksaan pada Ibu Hamil dengan Masalah Kesehatan

Tes Laboratorium	Nilai Normal	Nilai Tidak Normal	Diagnosis/ Masalah yangterkait
Hemoglobin	10,5 – 14,0	< 10,5	Anemia
Protein urin DipstickMerebus	Terlacak/ negatif Bening/ negatif	≥2 positif Keruh (positif)	Protein urin Mungkin adainfeksi PIH
Glukosa dalam urin benedict's	Warna biru (tidak berubah)	Warna berubah	Diabetes
VDRL/RPR Tes pemeriksaan Syphilis pertama	Negatif	Positif	Syphilis
Faktor Rhesus	RH +	RH -	RH sensitization
Golongan darah	A B O AB	-	Ketidaccoco- kan ABO

HIV	Negatif	Positif	AIDS
Rubela	Negatif	Positif	Anomali pada janin jika ibu mengalami infeksi
Tinja untuk (Ova/telur cacing) dan parasit	Negatif	Positif	Anemia akibat cacing (cacingtambang)

1. Komponen-komponen dari pemeriksaan fisik:
 - a. Pemeriksaan fisik umum: Tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan suhu)
 - b. Kepala dan leher: Oedema di wajah, ikterus pada mata, mulut pucat, leher meliputi pembengkakan saluran limfe atau pembengkakan kelenjar tiroid
 - c. Tangan dan kaki: Oedema di jari tangan, kuku jari
 - d. pucat, varices vena dan refleks-refleks.
 - e. Payudara: Ukuran, simetris, puting payudara (menonjol/masuk), keluarnya kolostrum atau cairan lain, retraksi/dimpling, massa dan nodul axilla
 - f. Abdomen
 - 1) Luka bekas operasi
 - 2) Tinggi fundus uteri (jika lebih dari 12 minggu) Dilakukan untuk menentukan tuanya usia kehamilan, dilakukan dengan menggunakan pita ukur. Caranya adalah sebagai berikut:
 - a) Pemeriksa berdiri disamping kanan pasien menghadap ke muka pasien
 - b) Pasien diminta menekuk lututnya sedikit
 - c) Dengan kedua belah tangan, diraba bagian samping dan fundus uteri dengan

- memanfaatkan kepekaan telapak jari-jari tangan
- d) Kemudian tentukan tinggi fundus uteri dengan cara rahim ditegangkan dg tangan kanan, tangan kiri diletakkan pada fundus uteri dan tentukan batasnya dengan jari tangan kiri.
 - e) Tempatkan pita ukur dg angka 0 di simpisis pubis kemudian rentangkan ke arah fundus uteri
- 3) Palpasi untuk mengetahui: letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala (kalau > 36 minggu) Tahap-tahappemeriksaan menurut Leopold adalah sebagai berikut:
- a) Tahap persiapan pemeriksaan Leopold
 - b) Penderita tidur terlentang dengan kepala lebih tinggi
 - c) Kedudukan tangan pada saat pemeriksaan dapat diatas kepala atau membujur disamping badan.
 - d) Kaki ditekukan sedikit pada Leopold III dan IV sehingga dinding perut lemes
 - e) Bagian perut dibuka seperlunya
 - f) Periksa menghadap ke muka pasien saat melakukan pemeriksaan Leopold I sampai III, sedangkan saat melakukan pemeriksaan Leopold IV pemeriksa menghadap ke kaki.
- 4) Tahap pemeriksaan Leopold
- Leopold I
- a) Kedua telapak tangan pada fundus uteri untuk menentukan tinggi fundus uteri, sehingga perkiraan umur kehamilan dapat disesuaikan dengan hari pertama haid terakhir

- b) Bagian apa yang terletak di fundus uteri. Pada letak sungsang (teraba kepala bulat, keras dan melenting pada goyangan), pada letak kepala (teraba bokong: tidak bulat, tidak teraba keras dan tidak melenting), pada letak lintang (fundus uteri tidak diisi oleh bagian-bagian janin)

Leopold II

- a) Kemudian kedua tangan diturunkan menelusuri tepi uterus untuk menetapkan bagian apa yang terletak di bagian samping.
- b) Letak membujur dapat ditetapkan punggungjanin, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan
- c) Pada letak lintang dapat ditetapkan dimana kepala janin

Leopold III

Menetapkan bagian apa yang terdapat di atas simpisis pubis. Kepala akan teraba bulat dan keras, sedangkan bokong teraba tidak keras dan tidak melenting, dan pada letak lintang simpisis pubis teraba kosong.

Leopold IV

Pada apemeriksaan Leopold IV, pemeriksa menghadap kearah kaki penderita untuk menetapkan bagian terendah janin yang masuk ke PAP. Bila bagian terendah masuk PAP telh melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksa divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP maka tangan pemeriksa konvergen.

- 5) Denyut jantung janin (jika > 18 minggu)
Setelah punggung janin dapat ditetapkan, diikuti dengan pemeriksaan denyut jantung janin, yaitu sebagai berikut.

- a) Kaki ibu hamil diluruskan sehingga punggung janin lebih dekat dengan dinding perut ibu
 - b) Puncak maksimum denyut jantung janin ditetapkan di sekitar scapula
 - c) Denyut jantung janin dihitung selama satu menit. Denyut jantung janin normal 100 – 180 kali/ menit.
- 6) Genitalia externa
- Varises, perdarahan, luka, cairan yang keluar, pengeluaran dari uretra dan skene, kelenjar bartholin: bengkak (massa), cairan yang keluar.
- 7) Genitalia interna
- a) Servik meliputi: cairan yang keluar, luka (lesi), kelunakan, posisi, mobilitas, tertutup atau membuka.
 - b) Vagina meliputi cairan yang keluar, luka, darah
 - c) Ukuran adneksa, bentuk, posisi, nyeri, kelunakan, massa
 - d) Uterus meliputi: ukuran, bentuk, posisi, mobilitas, kelunakan, massa (pada trimester pertama).

Daftar Pustaka

- Hanifa. 2002. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodiharjo
- Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO. 2001. Buku Asuhan Antenatal. Jakarta: Pusdiknakes.
- Pusdiknakes. 2001. Buku Panduan Pengajaran Konsep Asuhan Kebidanan bagi Dosen
- Diploma III Kebidanan. Jakarta: Pusdiknakes-WHO-JHPIEGO
- Saifudin, Abdul Bari. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO
- Sweet, B.R. 1997. Mayes Midwifery. London: Bailliere Tindall
- Varney. 1997. Varney's Midwifery. London: Jones & Bartlett

Profil Penulis



Herlina, S.ST., M.Kes.

Lahir di Sumenep, 14 Desember 1986 ayah bernama Shaleh dan Ibu bernama Ida. Ia memiliki seorang suami Ahmat Rahmadhan Suaidi, dan 4 orang Putri: Arsyila Azra Qiandra R, Alea Alesha Shaquenna R serta Putri Kembarnya Sezhania Banafsha Almahyra R dan Zavana Basira Alnaira R, Penulis bertempat tinggal di Desa Japan, Sooko Mojokerto. Telah menyelesaikan studi D3 Kebidanan Stikes Dian Husada Mojokerto tahun 2009, program studi D4 Kebidanan di Stikes Insan Unggul Surabaya Tahun 2010 dan Menyelesaikan Strata 2 di Universitas Negeri Sebelas Maret (UNS) tahun 2013.

Karirnya dimulai sebagai dosen tetap yayasan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dian Husada Mojokerto (tahun 2010-sekarang). pernah menjadi Koordinator Praktek Kebidanan di Program Studi D3 Kebidanan Stikes Dian Husada (2013-2015). Penulis juga aktif melakukan penelitian di bidang kesehatan. Selain itu, penulis juga aktif dalam kegiatan kemahasiswaan diantaranya sebagai Pembina UKM KSR dan Juga UKM OORM Stikes Dian Husada Mojokerto. Sebagai Pengurus ranting Isntitusi IBI Kabupaten Mojokerto.

Email Penulis: yasmine.herlina@yahoo.com

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR

Elitas Vasra, S.ST, M.Keb.

Poltekkes Kemenkes Palembang

Pendahuluan

Persalinan merupakan proses hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri), yangmana dalam persalinan itu terdapat beberapa kebijakan diantaranya : semua persalinan harus dihadiri dan di pantau oleh petugas kesehatan terlatih, rumah bersalin dan rumah rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetric dan neonatal harus tersedia 24 jam dan obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia seluruh petugas terlatih.

Konsep Persalinan

1. Pengertian Persalinan
 - a. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba, 1998).

- b. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (JNPK_KR, 2008).
- c. Persalinan adalah proses pergerakan keluar janin, plasenta, dan membrane dari dalam rahim melalui jalan lahir. (Bobak, 2006).
- d. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Wiknjosastro, 2005)
- e. Persalinan adalah suatu proses perneluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Mochtar R, 1998).

2. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

- a. Teori penurunan hormon
- b. Teori penuaan plasenta
- c. Teori distensi rahim
- d. Teori iritasi mekanik
- e. Induksi partus

Persalinan dapat di timbulkan dengan jalan:

- 1) Ganggang laminaria: Beberapa laminaria dimasukan kedalam servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- 2) Amniotomi: Pemecahan ketuban
- f. Oksitosin drips: Pemberian oksitosin menurut tetesan infuse
- g. Misoprostol: Cytotec /gastru

3. Tahapan Persalinan

Di bagi menjadi 4 kala:

a. Kala I

Kala I Persalinan didefinisikan sebagai permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan servik yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 sentimeter). Hal ini dikenal sebagai tahap pembukaan serviks. (Varney, 2004)

Tatalaksana

- 1) Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu
- 2) Jika ibu tampak gelisah/kesakitan:
 - a) Biarkan ia berganti posisi sesuai keinginan, tapi jika di tempat tidur sarankan untuk miring kiri.
 - b) Biarkan ia berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupannya
 - c) Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung atau membasuh muka ibu
 - d) Ajari teknik bernapas
 - e) Jaga privasi ibu. Gunakan tirai penutup dan tidak menghadirkan orang lain tanpa seizin ibu.
 - f) Izinkan ibu untuk mandi atau membasuh kemaluannya setelah buang air kecil/besar
 - g) Jaga kondisi ruangan sejuk. suhu ruangan minimal 25°C Beri minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi
 - h) Sarankan ibu berkemih sesering mungkin.
 - i) Pantau parameter berikut secara rutin dengan menggunakan partograf. Pasang infus intravena untuk pasien dengan:

Kehamilan lebih dari 5, Hemoglobin ≤ 9 g/dl atau hematokrit $\leq 27\%$, Riwayat gangguan perdarahan, Sungsang, Kehamilan ganda, Hipertensi, Persalinan lama, Isi dan letakkan partograf di samping tempat tidur atau di dekat pasien, Lakukan pemeriksaan kardiokografi jika memungkinkan. Persiapkan rujukan jika terjadi komplikasi

b. Kala II

1) Pengertian

Persalinan kala II adalah kala persalinan yang dimulai dengan pembukaan lengkap dari servik dan berakhir dengan lahirnya bayi. (Pusdiknakes, 2001; 54)

2) Tatalaksana

a) Mengenali tanda dan gejala (KALA II)

b) Memeriksa tanda berikut:

- Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
- Perineum menonjol dan menipis.
- Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

c) Menyiapkan pertolongan persalinan

- Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial (Persiapan bila terjadi kegawatdaruratan pada ibu: cairan kristaloid, set infuse)
- Kenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih, sepatu

tertutup kedap air, tutup kepala, masker, dan kaca mata.

- Lepas semua perhiasan pada lengan dan tangan lalu cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih kemudian keringkan dengan handuk atau tisu bersih.
 - Pakai sarung tangan steril/DTT untuk pemeriksaan dalam.
 - Ambil spuit dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali spuit tersebut di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi spuit.
- d) Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan Janin baik
- e) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk Membantu proses bimbingan Meneran
- Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Dan minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
 - Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit
- f) Segera hubungi dokter spesialis obstetri dan ginekologi jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (untuk primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (untuk multigravida). Jika dokter spesialis obstetri dan ginekologi tidak ada, segera persiapkan rujukan.

- g) Mempersiapkan pertolongan kelahiran bayi
- Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 - Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
 - Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- h) Membantu lahirnya kepala
- Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, sementara tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran sambil bernapas cepat dan dangkal.
 - Periksa lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi.
 - Menggunting tali pusat
 - Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- i) Membantu lahirnya bahu
- Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi.
 - Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga

bahu depan muncul di bawah arkus pubis seperti pada gambar berikut

- Melahirkan bahu depan
- Gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
- Melahirkan bahu belakang

j) Membantu lahirnya badan dan Tungkai

Setelah kedua bahu lahir, geser tangan yang berada di bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan yang berada di atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

k) Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, lanjutkan penelusuran tangan yang berada di atas ke punggung, bokong, tungkai dan kaki bayi. Penanganan bayi baru lahiran.

- Lakukan penilaian selintas dan jawablah tiga pertanyaan berikut untuk menilai apakah ada asfiksia bayi:
 - Apakah kehamilan cukup bulan?
 - Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
 - Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Bila ada jawaban “Tidak”, bayi mungkin mengalami asfiksia.

Segera lakukan resusitasi bayi baru lahir menghubungi dokter spesialis anak. Bila dokter spesialis anak tidak ada,

- Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.
- Ganti handuk basah dengan handuk yang kering
- Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas dada atau perut ibu
- Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam teras (hamil tunggal)

c. Manajemen Aktif (Kala III)

Persalinan kala III adalah tahapan persalinan setelah anak lahir sampai lahirnya seluruh plasenta dan selaput ketuban

Tatalaksana

- 1) Beritahukan kepada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi baik.
- 2) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di sepertiga paha atas bagian distal lateral (Jika tidak ada oksitosin):
 - a) Rangsang puting payudara ibu atau minta ibu menyusui untuk menghasilkan oksitosin alamiah.
 - b) Beri ergometrin 0,2 mg IM. Namun TIDAK BOLEH diberikan pada pasien preeklampsia, eklampsia, dan hipertensi
 - c) Dengan menggunakan klem, 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilikus) bayi (kecuali pada asfiksia neonatus lakukan sesegera mungkin).
 - d) Potong dan ikat tali pusat.

- e) Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu.
- f) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering dan pasang topi pada kepala bayi. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
- g) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- h) Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di tepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- i) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso-kranial secara hati-hati, seperti gambar berikut, untuk mencegah terjadinya inversio uteri.
 - Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan.
 - Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus (fundus teraba keras).
 - Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/ masase.
- j) Menilai perdarahan

d. Melakukan Asuhan pasca persalinan (Kala IV)

Kala IV persalinan adalah waktu setelah plasenta lahir sampai empat jam pertama setelah melahirkan.

Tatalaksana

- 1) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
 - 2) Mulai IMD dengan memberi cukup waktu untuk melakukan kontak kuli tibu-bayi (di dada ibu minimal 1 jam).
 - a) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusu
 - b) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 60-90 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke-45-60, dan berlangsung selama 10-20 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
 - c) Tunda semua asuhan bayi baru lahir normal lainnya dan biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
 - d) Bila bayi harus dipindah dari kamar bersalin sebelum 1 jam atau sebelum bayi menyusu, usahakan ibu dan bayi dipindah bersama dengan mempertahankan kontak kulit ibu dan bayi.
 - e) Jika bayi belum menemukan puting ibu – IMD dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya.
 - f) Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, pindahkan ibu ke ruang pemulihan dengan bayi tetap di dada ibu.
-

- g) Kenakan pakaian pada bayi atau tetap diselimuti untuk menjaga kehangatannya.
 - h) Tetap tutupi kepala bayi dengan topi selama beberapa hari pertama. Bila suatu saat kaki bayi terasa dingin saat disentuh, buka pakaiannya kemudian telungkupkan kembali di dada ibu dan selimuti keduanya sampai bayi hangat kembali.
 - i) Tempatkan ibu dan bayi di ruangan yang sama. Bayi harus selalu dalam jangkauan ibu 24 jam dalam sehari sehingga bayi bisa menyusu sesering keinginannya.
- 3) Setelah kontak kulit ibu-bayi dan IMD selesai:
- a) Timbang dan ukur bayi.
 - b) Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1% atau antibiotika lain).
 - c) Suntikkan vitamin K1 1 mg (0,5 mL untuk sediaan 2 mg/mL) IM di paha kiri anterolateral bayi.
 - d) Pastikan suhu tubuh bayi normal (36,5 – 37,5oC).
 - e) Berikan gelang pengenalan pada bayi yang berisi informasi nama ayah, ibu, waktu lahir, jenis kelamin, dan tanda lahir jika ada.
 - f) Lakukan pemeriksaan untuk melihat adanya cacat bawaan (bibir sumbing/langitan sumbing, atresia ani, defek dinding perut) dan tanda-tanda bahaya pada bayi.
 - g) Bila menemukan tanda bahaya, hubungi dokter spesialis anak. Bila dokter spesialis anak tidak ada, segera persiapkan rujukan

- 4) Satu jam setelah pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral bayi.
- 5) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan pecegahan perdarahan pervaginam:
 - a) Setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascasalin.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascasalin.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascasalin
 - d) Lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.
- 6) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi, mewaspadaai tanda bahaya pada ibu, serta kapan harus memanggil bantuan medis.
- 7) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 8) Periksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascasalin dan setiap 30 menit selama jam kedua pascasalin.
 - a) Periksa temperatur ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pascasalin.
 - b) Lakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
- 9) Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5 – 37,5 0C). Tunda proses memandikan bayi yang baru saja lahir hingga minimal 24 jam setelah suhu stabil.

- 10) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 11) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 12) Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 13) Pastikan ibu merasa nyaman.
 - a) Bantu ibu memberikan ASI.
 - b) Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 14) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 15) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagi dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 16) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk yang kering dan bersih.
- 17) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

Catatan: Pastikan ibu sudah bisa buang air kecil setelah asuhan persalinan selesai.

Penutup

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri), persalinan dapat terjadi karena berbagai hal diantaranya adalah Penurunan Kadar Progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Persalinan terjadi melalui tahap-tahap yaitu kala I, kala II, kala III dan kala IV. Tujuan asuhan persalinan memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang anak. Persalinan ditandai dengan adanya kekuatan his, keluarnya *bloody show*, terjadi perubahan serviks dan dapat disertai ketuban pecah dini. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah *passage*, *power* dan *passenger*.

Daftar Pustaka

- Maryunani, Anik. Nyeri dalam Persalinan. Jakarta: Trans Info Media.
- Varney, Helen, dkk. 2008. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume 2. Jakarta: EGC.
- Indiarti M.T., 2007. Panduan Lengkap Kehamilan, Persalinan dan Perawatan Bayi, Jogjakarta: Diglossia Media.
- Johnson, Ruth, dkk., 2004. Buku Ajar Praktik Kebidanan. Jakarta: EGC.
- Yulianti, Devi. 2006. Manajemen Komplikasi Kehamilan & Persalinan. Jakarta: EGC.
- Sumarah, dkk. 2009. Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin). Jakarta: Fitramaya.
- Wiknjosastro, Hanafi. 2007. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Cunningham, E. Gary et al. 2006. Obstetri Williams Edisi 21. Jakarta: EGC.
- JNPK-KR. 2007. Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial Persalinan. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik.
- JNPK-KR. 2008. Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusu Dini. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik.

Profil Penulis



Elitas Vasra, S.ST, M.Keb.

Ketertarikan menulis buku sudah dimulai sejak tahun 2013, buku-buku yang telah dipublish diantaranya : askeb Neonatus Bayi dan Balita, Askeb Komunitas, KDK dan KDM untuk mahasiswa prodi D-III dan Prodi D-IV, Konsep dan Toeri Asuhan Kebidanan, manuscript jurnal penelitian, buku-buku ajar yang telah ditulis merupakan rangkuman pokok-pokok didasarkan kirukulum yang berlaku saat buku diterbitkan, bisa juga didasarkan pada aplikasi praktik yang dibutuhkan mahasiswa dan tidak detmukan pada buku yang serupa.

Penulis memiliki kepakaran dan bidang Hypnmidwifery dan Asuhan kebidanan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut diantaranya dengan membuat manuscrip, tahun 2016 peneliti pernah mendapatkan dana hibah penulisan penulisan dan pendampingan buku ajar dari Dikti yang bekerjasama dengan institusi pendidikan lain. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: elita@poltekkespalembang.ac.id

ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN MENYUSUI

Nesi Novita, S.Si.T, M.Kes.

Poltekkes Kemenkes Palembang

Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas adalah masa setelah persalinan selesai sampai dengan 6 minggu atau 42 hari. Periode ini juga disebut puerperium, dan wanita yang melalui periode puerperium disebut puerpera. Periode postnatal adalah waktu setelah selaput dan plasenta keluar sampai dengan organ reproduksi wanita kembali pada kondisi tidak hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi.

Masa nifas merupakan masa pembersihan rahim, sama seperti halnya masa haid. Selama masa nifas, tubuh mengeluarkan darah nifas yang mengandung trombosit, sel-sel generative, sel-sel nekrosis atau sel mati dan sel endometrium sisa. Ada yang darah nifasnya cepat berhenti, ada pula yang darah nifasnya masih keluar melewati masa 40 hari. Cepat atau lambat, darah nifas harus lancar mengalir keluar. Bila tidak, misal karena tertutup mulut rahim sehingga bisa terjadi infeksi.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas harus diberikan kepada ibu dan bayi sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi antara lain upaya

pengecahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu. Adapun tujuan dari pemberian asuhan pada ibu selama masa nifas antara lain adalah:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis. Upaya yang dilakukan adalah pemberian nutrisi, istirahat yang cukup, mengajarkan tentang teknik relaksasi, dukungan psikologi dalam perawatan bayi, dan lain-lain.
- b. Melaksanakan skrining secara komprehensif (menyeluruh) dengan cara melakukan asuhan kebidanan secara sistematis yaitu mulai dari pengkajian data subjektif, objektif, Analisa dan penatalaksanaan.
- c. Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, dan lain-lain.

3. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap yaitu

a. Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa pemulihan awal dimana ibu mulai untuk bergerak, berdiri dan berjalan -jalan. Apabila wanita melahirkan pervagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama dianjurkan untuk melakukan pergerakan segera atau mobilisasi dini.

b. Puerperium intermedial

Masa pemulihan yang dibutuhkan oleh organ-organ reproduksi berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih 6 minggu atau 42 hari.

c. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

4. Perubahan Sistem Tubuh pada Masa Nifas

Kehamilan dan persalinan merupakan peristiwa fisiologis, maka konsepnya pada masa postpartum tubuh akan kembali pulih. Pemulihan ini melibatkan konteks tubuh sebagai sistem organ yang saling terkait, maka perubahan-perubahan fisik yang terjadi pada ibu pada masa postpartum merupakan perubahan sistem tubuh yang saling berhubungan.

Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas meliputi:

- a. Involusi uterus dan bagian lain dari organ genitalia
- b. Awal hingga proses laktasi
- c. Perubahan fisiologis dalam berbagai sistem tubuh
- d. Perubahan tanda -tanda vital yang meliputi:
 - 1) Suhu tubuh normal antara 36,5 – 37,5°C. kenaikan suhu tubuh mengindikasikan adanya tanda infeksi
 - 2) Denyut nadi normal adalah 60 – 80 kali/menit. Frekuensi nadi yang cepat mengindikasikan adanya tanda infeksi
 - 3) Frekuensi pernafasan normal pada saat istirahat berkisar antara 12-16x/menit
 - 4) Tekanan darah harus kembali ke batas normal dalam 24 jam setelah kelahiran. Perlu diwaspadai apabila adanya kenaikan tekanan darah sebagai salah satu tanda preeklamsi/eklamsi yang dapat terjadi

selama kehamilan, persalinan dan bahkan berlangsung hingga post partum.

Perubahan sistem tubuh pada masa postpartum ini dijelaskan sebagai berikut:

a. Involusi

Uterus pada masa nifas akan kembali seperti keadaan sebelum hamil dengan bobot 60 gram. Proses pengerutan uterus ini disebut involusi yang terjadi segera setelah melahirkan dan berlangsung sangat cepat. Pengertian involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Adapun mengenai proses terjadinya involusi dapat digambarkan sebagai berikut (Medforth, Battersby, Evans, Marsh, & Walker, 2002).

Mekanisme involusi uterus secara ringkas adalah sebagai berikut:

- 1) Iskemia miometrium, hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- 2) Atrofi jaringan yang terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.
- 3) Autolisis, merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Proses autolisis ini terjadi karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.
- 4) Efek Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang

mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi suplai darah pada tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang. Secara lebih lengkap involusi uterus dapat dilihat pada Tabel 1 di bawah ini.

Tabel 14.1 Involusi Uterus

Involusi Uterus	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (Minggu 1)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (Minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: Baston (2011)

b. Pengeluaran Lochea atau Pengeluaran Darah Pervaginam

Pengeluaran dari vagina pada masa nifas disebut lochea dikarenakan adanya proses involusi uterus. Lochea berasal dari bahasa latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan (Cunningham et al., 2012). Pengeluaran lochea terdiri dari:

- 1) Lochea rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugodan mekoneum, berlangsung 1-3 hari setelah persalinan.
- 2) Lochea sanguinolenta: berwarna merah kuning dan berisi darah lender, keluar pada hari 3-7
- 3) Lochea serosa: berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum dan lebih sedikit darah, juga terdiri dari lekosit dan robekan jalan lahir, keluar pada hari 7 – 14 pasca persalinan.
- 4) Lochea alba: berupa cairan putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati, keluar 2 – 6 minggu pasca persalinan.

Adanya lochea pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Selain itu masih adanya lochea alba atau serosa yang berlanjut menunjukkan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi maka akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan lochea purulenta. Lochea keluar tidak lancar disebut lochea statis.

c. Perineum, Vulva dan Vagina, Serviks

Perineum setelah melahirkan menjadi kendur karena teregang oleh tekanan kepala bayi yang semakin maju ke introitus vagina. Pada hari ke 5 post partum sebagian tonus otot perineum kembali ke keadaan sebelum hamil dengan kekenyalan yang tidak sama. Apabila perineum tetap utuh saat melahirkan, maka perineum tetap mengalami memar pada jaringan vagina dan perineum selama beberapa hari post partum yang dapat menimbulkan rasa nyeri, sehingga

berdampak trauma pada ibu dan dapat memperburuk pengalaman pertama menjadi ibu (McCandish, et al., Sleep, Wylie, 2002 dalam Wahyuningsih, 2018).

Perubahan pada perineum dapat terjadi apabila perineum mengalami robekan baik secara spontan ataupun dilakukan episiotomi atas indikasi tertentu. Upaya yang dilakukan untuk mengembalikan tonus otot perineum dan juga mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu dengan melakukan latihan otot perineum atau bisa juga senam nifas.

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina agak sedikit lebih besar dari sebelum persalinan.

Setelah melahirkan pada bagian ektoserviks (portio) akan terlihat memar dan sedikit koyak. Beberapa hari setelah persalinan ostium uteri eksternum (OUE) dapat dilalui oleh 2 jari. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui 1 jari, dan adanya lingkaran retraksi yang berhubungan dengan bagian atas canalis servikalis. Selanjutnya OUE menjadi lebih besar dan terlihat retak atau robek pada pinggirnya.

5. Perubahan Tanda-Tanda Vital

a. Suhu tubuh

Secara fisiologis terdapat sedikit kenaikan suhu tubuh pada kisaran $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$ segera setelah persalinan, dikarenakan aktivitas metabolisme yang meningkat saat persalinan, kehilangan cairan dan kelelahan serta kebutuhan kalori yang

meningkat saat persalinan. Perubahan suhu tubuh berada pada kisaran $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$. apabila kenaikan suhu tubuh 38°C menandakan adanya tanda infeksi.

b. Nadi

Frekuensi nadi ibu secara fisiologis pada kisaran 60-80 kali permenit. Perubahan nadi yang menunjukkan frekuensi bradikardi (100 kali permenit) menunjukkan adanya tanda shock atau perdarahan. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu.

c. Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah harus dilakukan setelah bayi lahir, apabila ibu tidak mempunyai riwayat hipertensi, preeklamsi/ eklamsi biasanya tidak berubah dan akan kembali pada kisaran normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklamsi post partum.

d. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok. Frekuensi pernafasan orang dewasa 12 – 16 kali per menit.

6. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Periode post partum dapat menyebabkan perubahan emosional pada ibu, bahkan lebih sulit bila terjadi perubahan fisik yang hebat saat melahirkan.

Menurut teori Reva Rubin untuk mencapai peran ibu, ada 3 periode perubahan psikologis pada masa nifas yaitu

a. *Taking in*

Pada fase ini ibu masih mengenang pengalaman melahirkan yang baru saja dilalui. Perhatian ibu terutama pada kebutuhan dirinya, pasif dan ketergantungan. Fase ini berlangsung selama 1- 2 hari post partum. Pada fase ini ibu memerlukan informasi tentang bayinya, istirahat dan tidur untuk memulihkan tenaga, serta asupan nutrisi yang adekuat.

b. *Taking hold*

Fase dimana ibu berusaha mandiri dan berinisiatif, perhatian terhadap mengatasi kemampuan fungsi tubuhnya, mempunyai keinginan untuk merawat dirinya dan bayinya, serta timbul rasa kurang percaya diri sehingga perlu pendamping dalam mengatasinya. Fase ini berlangsung 2 – 4 hari post partum.

c. *Letting go*

Fase dimana seorang ibu nifas sudah menerima tugas dan peran barunya sebagai seorang ibu, berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah pulang ke rumah dan sangat memerlukan perhatian keluarga. Beradaptasi dengan kebutuhan bayinya, menyebabkan berkurangnya hak ibu dan kebebasan dalam berhubungan sosial. Depresi post partum umumnya terjadi pada fase ini.

Kebijakan Program Nasional pada masa nifas dan menyusui sebagai berikut:

- a. Menilai kondisi kesehatan bayi
 - b. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya
 - c. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
-

- d. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

Kunjungan ulang/kontrol masa nifas setidaknya 4 kali yaitu 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang); 6 hari setelah persalinan; 2 minggu setelah persalinan; 6 minggu setelah persalinan.

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan pada masa nifas dapat dilihat pada Tabel 2 berikut ini:

Tabel 14.2
Asuhan Selama Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6 – 8 jam Post Partum	<p>Mencegah perdarahan masa nifas oleh atonia uteri</p> <p>Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut</p> <p>Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.</p> <p>Pemberian ASI awal</p> <p>Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir</p> <p>Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi</p> <p>Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan</p>

		<p>harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik</p>
II	6 hari Post Partum	<p>Memastikan involusi uterus barjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal</p> <p>Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan</p> <p>Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup</p> <p>Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan</p> <p>Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui</p> <p>Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir</p>
III	2 minggu Post Partum	<p>Asuhan pada masa 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum</p>

IV	6 minggu Post Partum	Menanyakan penyulit - penyulit yang dialami selama masa nifas Memberikan konseling KB secara dini
----	----------------------------	---

Sumber: Kemenkes RI, 2013

Standar kewenangan bidan bahwa mewajibkan bidan untuk merujuk setiap ibu atau bayi yang mengalami risiko, penyulit maupun komplikasi ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu menangani, sehingga ditangani oleh tim profesional yang tepat (Baston & Hall, 2011). Bidan harus selalu memberikan penjelasan kepada ibu postnatal tentang asuhan yang akan diberikan dan tahapan asuhan apa yang akan dilalui oleh ibu.

Konsep Dasar Laktasi

1. Anatomi dan Fisiologi Payudara

Payudara dibentuk oleh jaringan lemak dan jaringan glanduler yang tidak dapat dipisahkan, kecuali di daerah subkutaneum yang hanya terdapat lemak. Rasio atau perbandingan jaringan glanduler dengan jaringan lemak meningkat menjadi 2:1 pada payudara yang digunakan untuk menyusui, dibandingkan dengan 1:1 pada perempuan yang tidak menyusui, dan 65 persen dari jaringan glanduler terletak pada jarak 30 mm dari dasar puting susu.

Payudara terletak di antara iga kedua dan keenam dari sternum ke arah tengah, melalui otot pektoralis. Kedua payudara tersebut ditunjang oleh jaringan ikat fibrosa yang dinamakan ligamen Cooper. Setiap payudara ibu mempunyai ukuran bervariasi, ini ditentukan oleh banyaknya jaringan lemak, dan bukan jaringan kelenjar. Ukuran payudara bukanlah indikator kapasitas penyimpanan air susu ibu (ASI).

Di bagian tengah permukaan eksterior terdapat areola, sebuah daerah berpigmen. Rata-rata diameter areola 15 mm, areola setiap wanita berbeda dalam

ukuran dan warna. Tuberkel (tonjolan) montgomery membuka ke arah areola dan mengeluarkan cairan pelindung yang bersifat sebagai pelumas (lubrikan) untuk meminyaki puting selama menyusui.

2. Tahap Pembentukan ASI

Laktasi atau menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu produksi ASI dan pengeluaran ASI. Selain itu dalam proses laktasi terdapat 2 reflek yang berperan yaitu reflek prolaktin dan reflek aliran yang timbul akibat puting susu terangsang karena isapan bayi. Air Susu Ibu (ASI) dibentuk secara bertahap sesuai keadaan dan kebutuhan bayi baru lahir, yang selama kehamilan kebutuhan nutrisi terpenuhi oleh tali pusat dan plasenta. Berikut ini tahapan pembentukan ASI:

a. Kolostrum

Kolostrum adalah ASI yang keluar pada beberapa hari pertama kelahiran, biasanya berwarna kuning kental. Air susu mengandung banyak protein dan zat kekebalan tubuh atau imonoglobulin (IgG, IgA, dan IgM), mengandung lebih sedikit lemak dan karbohidrat. Kolostrum berperan melapisi dinding usus bayi dan melindungi dari bakteri. Kolostrum juga merupakan pencahar ideal yang berperan mengeluarkan zat yang tidak terpakai dari usus bayi baru lahir serta mempersiapkan saluran pencernaan untuk bisa menerima makanan bayi berikutnya.

b. Susu Transisi

Susu transisi yaitu ASI yang keluar pada hari ke-3 sampai hari ke-10 setelah kelahiran. Payudara akan menghasilkan susu permulaan atau transisi yang lebih bening dan jumlahnya lebih banyak. Kadar immunoglobulin dan proteinnya menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

c. Susu Mature atau Matang

Susu mature atau matang yaitu ASI yang keluar setelah hari ke-10 pasca persalinan. Komposisinya stabil dan tidak berubah. Jika bayi lahir prematur atau kurang bulan, ASI yang dihasilkan memiliki kandungan berbeda, yaitu lebih banyak mengandung protein. Hal ini sesuai dengan kebutuhan pertumbuhan bayi prematur yang biasanya memiliki berat badan kurang dan perkembangan tubuh bayi yang belum sempurna.

3. Manfaat ASI

Manfaat ASI bagi ibu dilihat dari beberapa aspek yaitu

a. Aspek kesehatan ibu

Membantu involusi uteri dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan dikarenakan adanya hisapan bayi yang merangsang terbentuknya hormon oksitosin, mengurangi prevalensi anemia dikarenakan ibu tidak haid selama menyusui sehingga mengurangi zat besi, protein yang terbuang bersama-sama dengan darah menstruasi, mengurangi kanker indung telur dan payudara, serta menurunkan kejadian obesitas karena kehamilan.

b. Aspek Keluarga Berencana

Hormon yang bekerja pada masa laktasi akan menekan ovulasi sehingga dapat menunda kesuburan, menyusui secara eksklusif dapat digunakan sebagai kontrasepsi alamiah disebut juga metode amenorea laktasi (MAL).

c. Aspek Psikologis

Perasaan bangga, bahagia dan dibutuhkan sehingga tercipta hubungan atau ikatan antara ibu dan bayi. Meningkatkan sensitifitas pada ibu akan kebutuhan bayinya. Ikatan yang kuat antara ibu dan bayi akan berpengaruh pada rasa percaya diri anak. Rahasia ikatan yang paling efektif

menurut para ahli adalah dengan menyusui bayinya.

4. Komposisi ASI

Beberapa kandungan zat yang terdapat pada ASI:

a. Air

Sebagian besar komposisi ASI adalah air dengan persentase 88% dari ASI. Kandungan air yang relative tinggi dalam ASI berguna untuk melarutkan zat-zat yang terdapat didalamnya dan berkontribusi dalam mekanisme regulasi suhu tubuh, dimana pada bayi terjadi 25% kehilangan suhu tubuh akibat pengeluaran air melalui ginjal dan kulit.

b. Karbohidrat

Karbohidrat yang utama terdapat dalam ASI adalah laktosa. ASI mengandung 7 gram laktosa untuk setiap 100 ml. Kadar laktosa yang tinggi sangat menguntungkan bayi karena laktosa menstimulus mikroorganisme untuk memproduksi asam laktat. Energi yang terdapat di ASI sebagian besar berasal dari karbohidrat dan lemak, sedangkan 10% berasal dari protein.

Adanya asam laktat akan memberikan suasana asam didalam usus bayi yang memberikan beberapa keuntungan antara lain 1) menghambat pertumbuhan bakteri pathogen, 2) memacu pertumbuhan mikroorganisme yang memproduksi asam organik dan mensintesis vitamin, 3) memudahkan terjadinya pengendapan dari Ca-caseinat, 4) memudahkan absorpsi dan mineral misalnya kalsium, fosfor dan magnesium.

c. Protein

Protein dalam ASI pada umumnya terdiri dari 60% *whey* dan 40% kasein. Kadar protein pada ASI semakin berkurang dari kolostrum hingga susu matur. Kadar protein pada kolstrum (2%) : transisi (1,5%) : matur (1%). Protein dalam ASI terdiri dari

kasein, serum albumin, *a-laktalbumin*, β -*laktoglobulin*, *immunoglobulin*, dan *glikoprotein*. ASI mengandung protein yang lebih rendah dari susu sapi, tetapi protein ASI mengandung zat gizi yang lebih mudah dicerna bayi. Protein ASI juga mengandung laktoferin, yaitu ironbindingprotein yang bersifat bakteriostatik kuat terhadap *Escherichia coli* (*E. coli*) dan juga menghambat pertumbuhan *Candida albicans*.

d. Lemak

ASI mengandung lemak yang bervariasi, sekitar 90% berbentuk trigliserida dan juga mengandung EPA dan DHA yang sangat baik untuk perkembangan otak. Selain itu mengandung enzim lipase yang membantu pencernaan lemak. Rata-rata setiap 100 ml ASI terdapat 3,5-4,5 gram lemak. Fungsi lemak adalah sebagai sumber kalori utama bagi bayi yang membantu mencerna vitamin larut dalam lemak (A,D,E,K).

e. Mineral

Mineral dalam ASI terdiri dari kalsium, kalium, natrium, asam klorida, dan fosfat, namun kandungan zat besi, tembaga dan mangan lebih rendah. Kadar mineral per ml ASI umumnya relatif lebih rendah dibandingkan susu sapi sesuai dengan kemampuan bayi dalam mencerna zat gizi.

Jumlah kandungan mineral yang cukup memenuhi kebutuhan bayi yaitu natrium pada ASI 3,3 kali lebih rendah dari susu sapi sehingga dapat menurunkan risiko hipernatremia yang dapat meningkatkan risiko terjadinya hipertensi. Kalsium dan fosfor berguna dalam pembentukan tulang kadarnya cukup dalam ASI. Kalsium dalam ASI rata-rata 280 mg dalam 1 liter ASI dan kadar fosfor 140 mg dalam 1 liter ASI. Kandungan zat besi jumlahnya tidak banyak hanya 0.35 mg dalam 1 liter ASI.

f. Vitamin

Vitamin yang terkandung di dalam ASI antara lain vitamin A, B1 (thiamin), B2 (riboflavin), B3 (niacin), B5, B6, B12, C, D, E, K dan folat yang penting untuk Kesehatan dan pertumbuhan bayi. Kandungan vitamin D dalam Asi relatif terbatas dan tergantung dari asupan serta cadangan vitamin D ibu. Oleh karena itu, untuk memenuhi kebutuhan vitamin D terkadang bayi dianjurkan untuk dijemur di bawah sinar matahari pagi.

Daftar Pustaka

- Baston, H. & Hall, J. (2011). *Midwifery Essential Postnatal*, volume 4. United Kingdom.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J., & Spong, C.Y. (2012). *Obstetri Williams*. Volume 1. New York: McGraw-Hill Education.
- Fraser, D.M. & Cooper, M.A. (2009). *Myles Buku Ajar Bidan*. Edisi 14. Jakarta: EGC.
- Hilton, S. (2008). Milk Production During Pregnancy and Beyond. *British Journal of Midwifery*, 16(8): 544-8.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kompas. Com. (2011). Menyusui, Kunci Ikatan Ibu dan Bayi. Available: <https://nasional.kompas.com/read/2011/05/23/06194854/menyusui.kunci.ikatan.ibu.dan.bayi>. Diakses tanggal 14 Januari 2022.
- Mochtar, R. (2010). *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi*. Jakarta: EGC
- Pusdiknakes. (2003). *Asuhan Kebidanan Post Partum*. Jakarta: Pusdiknakes.
- Prawirohardjo, S. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Edisi ke empat. Cetakan kedua. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Roesli, U, (2005). *Panduan Praktis Menyusui*. Jakarta: Puspaswara
- Saifuddin, Abdul Bari, dkk. (2006). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saleha, (2009). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika

Varney, s, et all. (2013). *Midwifery :4th*. Boston, ICM: Jones and Bartlett Publishers

Wahyuningsih, P. H. (2018). *Bahan Ajar Kebidana: Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta: Kemenkes RI.

Profil Penulis

Nesi Novita, S.Si.T, M.Kes.



Penulis dilahirkan di kota Palembang ketertarikan terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 1991 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Palembang dilanjutkan PPB Depkes Palembang dan Akademi Kebidanan Depkes Palembang. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan Program Diploma IV Bidan Pendidik di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2003, penulis menyelesaikan studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Perilaku dan Promosi Kesehatan di Universitas Gadjah Mada pada tahun 2005.

Penulis merupakan dosen di Poltekkes Palembang Jurusan Kebidanan yang mengampu beberapa mata kuliah yaitu Asuhan kebidanan Nifas dan Menyusui, Asuhan Kebidanan Persalinan, Promosi Kesehatan, Ilmu Sosial Budaya Dasar. Beberapa penelitian yang didanai oleh Risbinakes Poltekkse Palembang sudah dilakukan oleh penulis dan telah dipublikasikan di jurnal internasional dan nasional. Selain itu penulis juga aktif menulis buku terbukti telah ada 2 buku yang sudah diterbitkan secara nasional yaitu Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kebidanan dan Sosial dan Budaya Dasar dalam Praktik Kesehatan dan Kebidanan. Penulis berharap dengan menulis buku dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: nesi_burlian@yahoo.co.id

TUMBUH KEMBANG BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH

Ns. Neneng Fitria Ningsih, S.Kep. M.Biomed.

Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Bangkinang

Pendahuluan

Masa balita merupakan periode penting dalam pertumbuhan dan Perkembangan anak yang lebih kita kenal dengan Usia Emas “Golden Age”, karena pada masa ini pertumbuhan dan perkembangan yang dilalui akan menentukan perkembangan anak selanjutnya untuk bias menentukan kualitas dan sumber daya manusia generasi dimasa yang akan datang. Istilah pertumbuhan dan perkembangan keduanya mengacu pada proses dinamis. Walaupun sering digunakan secara bergantian keduanya memiliki makna yang berbeda.

Pengertian

1. Pengertian pertumbuhan

Pertumbuhan juga dapat diartikan dengan terjadinya peningkatan jumlah, ukuran, besar sel di seluruh bagian tubuh yang dapat diukur secara kuantitatif, baik berupa ukuran fisik individu sebagai hasil peningkatan jumlah sel. Indikator ukuran pertumbuhan meliputi perubahan tinggi dan berat badan, gigi, struktur skleton dan karakteristik seksual (Wong et al. 2009)

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan individu yang di sertai dengan bertambahnya ukuran, jumlah

sel serta jaringan intraseluler yang dapat di ukur dengan satuan panjang dan berat (Kemenkes RI)

2. Pengertian perkembangan

Perkembangan adalah bertambahnya fungsi atau kemampuan sensoris seperti pendengaran. Penglihatan, raba, rasa dan penciuman, motorik halus dan kasar serta koqnitif yang meliputi pengetahuan atau kecerdasan, komunikasi dan berbahasa, social dan emosional serta kemandirian (Kemenkes, RI. 2013)

Perkembangan adalah perubahan secara bertahap dari tingkat yang paling tinggi ke tingkat yang paling kompleks melalui proses maturasi dan pembelajaran. perkembangan lebih mengarah kepada perubahan secara kualitas dalam peningkatan individu melakukan fungsinya melalui proses pertumbuhan, pematangan dan pembelajaran

3. Indikator pertumbuhan

a. Penambahan Berat badan (BB)

- 1) Bayi akan Kehilangan BB 5 – 10% dalam beberapa hari pertama
- 2) Dalam Kandungan: Berat badan Janin akan bertambah setiap minggunya
 - a) Trimester I (0-3 bulan): 500 – 1500 gram
 - b) Trimester II (3 – 6 bulan): 400 – 800 gram
 - c) Trimester III (6 – 9 bulan): 100 – 500 gram
 - d) Trimester IV (9 – 12 bulan): 100 – 400 gram
- 3) BB akan kembali pada usia 7 – 10 hari
- 4) Usia 4 – 5 bulan berat badan bayi bertambah 2 kali lipat berat badan lahir
- 5) Usia 1 tahun berat badan bayi bertambah minimal 3 kali berat badan lahir

- 6) Usia 2 – 5 tahun penambahan berat badan anak adalah sekitar 2 kg/tahun (4 kali lipat)
- b. Penambahan Panjang Badan
- 1) Dalam kandungan: Panjang janin juga bertambah setiap bulannya
 - a) Trimester I (0-3 bulan): 2,8 – 4,4
 - b) Trimester II (3 – 6 bulan): 400 – 800 gram
 - c) Trimester III (6 – 9 bulan): 100 – 500 gram
 - d) Trimester IV (9 – 12 bulan): 100 – 400 gram
 - 2) Rata rata panjang badan lahir lebih kurang 50 cm
 - 3) Rata rata panjang usia 1 tahun adalah 1,5 x panjang badan lahir
 - 4) Rata rata panjang usia 4 tahun adalah 2 x panjang badan lahir
 - 5) Rata rata panjang usia 6 tahun adalah 1,5 x tinggi usia 1 tahun
 - 6) Usia 2 – 12 tahun penambahan panjang badan anak lebih kurang 7 cm/tahun dapat juga di cari dengan menggunakan rumus **Umur (tahun) x 6 + 77**
 - 7) Rata rata panjang usia 13 tahun adalah 3 x panjang badan lahir
 - 8) Usia Dewasa adalah 3,5 X PB lahir atau 2 x TB usia 2 tahun
- c. Penambahan Lingkar Kepala
- 1) penambahan lingkar kepala erat hubungannya dengan perkembangan volume otak
 - 2) Lingkar kepala yang lebih esar dari normal dikenal dengan istilah makrocephali
 - 3) 88% adalah IQ Normal
-

- 4) 5% adalah keterbelakangan mental ringan
- 5) 7% adalah keterbelakangan mental berat
- 6) Lingkar kepala yang lebih kecil dari normal disebut dengan mikrocephali yang biasanya disertai dengan keterbelakangan mental

4. Perbedaan Pertumbuhan dan perkembangan

Perbedaan pertumbuhan dan perkembangan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Pertumbuhan	Perkembangan
a. Perubahan fisik	a. Maturation
b. Peningkatan jumlah sel	b. Teratur
c. Peningkatan ukuran (Tinggi Badan, Ukuran Tulang dan gigi)	c. Dapat di prediksi
d. Bersifat Kuantitatif	d. Bersifat kualitatif
e. Polanya bervariasi	e. Sistematis, progresif dan berkesinambungan

5. Ciri Ciri Tumbuh Kembang

- a. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan suatu proses yang terjadi secara kontiniu dan berkolerasi dalam aspek fisik dan psikis mulai dari masa konsepsi sampai ke tahap maturitas atau dewasa yang di pengaruhi oleh factor genetic dan lingkungan. Sebagai contoh Anak yang sehat, bertambah umur, bertambah berat dan tinggi badannya serta kepandaiannya. Pada saat pertumbuhan berlangsung cepat maka perkembanganpun demikian terjadi peningkatan baik memori, daya nalar dan lain-lain.
- b. Lenyapnya tanda tanda lama, dan diperolehnya tanda yang baru
- c. Prosesnya terjadi secara teratur, berurutan, rapi dan kontiniu → maturasi, yang dipengaruhi oleh factor genetic dan lingkungan.

- d. Mempunyai pola yang sama, konsisten dan kronologis, serta dapat diprediksi
 - e. Munculnya secara bervariasi baik di segi lama dan efek dari tiap tahap tumbuh kembang, dapat dipercepat dan diperlambat
 - f. Never ending Proses → meliputi seluruh aspek
 - g. Arah perkembangan cephalocauda, proximodistal dan direresisnsi.
6. Faktor-faktor yang mempengaruhi Tumbuh Kembang
- Secara garis besar factor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak dapat di kelompokkan menjadi Herediter, factor internal dan external
- a. Herediter
 - 1) Bentuk tubuh
 - 2) Warna kulit
 - 3) Intelegensi
 - 4) Bakat
 - 5) penyakit
 - b. Faktor Internal
 - 1) Genetik
 - 2) Umur
 - 3) Jenis kelamin
 - 4) Kelainan kromosom
 - 5) Ras, etnik atau bangsa
 - 6) keluarga
 - c. Faktor Ekternal
 - 1) Faktor Eksternal (Prenatal)
 - a) Gizi
 - b) Mekanis
 - c) Endokrin
-

- d) Zat kimia
 - e) Radiasi
 - f) Infeksi
 - g) Kelainan Imunologi
 - h) Kelainan Embrio
 - i) Psikologi ibu → stress
- 2) Faktor Eksternal (Intranatal)
- a) Jenis persalinan
 - b) Lama Persalinan
 - c) Komplikasi
 - d) Tindakan Perawatan
 - e) Penolong
- 3) Faktor Eksternal (Postnatal)
- a) Lingkungan Fisik, biologis dan kimia
 - b) Psikososial
 - c) Gizi
 - d) Penyakit
 - e) Kelainan Kongenitas
 - f) Perawatan kesehatan
 - g) Imunitas
 - h) Endokrin
 - i) Lingkungan
 - j) Obat-obatan
 - k) Sosio cultural dan ekonomi
7. Perkembangan Motorik, Social dan Bahasa Setiap perkembangan
- a. Umur 0 – 3 Bulan
 - 1) Bayi bias mengangkat kepala setinggi 45 °
 - 2) Mampu menggerakkan kepala kiri dan kanan
-

- 3) Sudah mulai mengoceh dan suka tertawa
 - 4) Melihat dan menatap wajah ibu
 - 5) Membalas senyum ketika diajak berkomunikasi/senyum
 - 6) Mengenal ibu dengan penglihatan, pendengaran, kontak dan penciuman
- b. Umur 3 – 6 bulan
- 1) Sudah bias berbalik dari telungkup ke telentang
 - 2) Mengangkat dan Mempertahankan posisi kepala tetap tegak 90°
 - 3) Sudah mulai meraih benda yang ada di dekatnya
 - 4) Bisa menirukan bunyi/ suara bernada memekik
 - 5) Mulai menggenggam mainan
 - 6) Tersenyum ketika melihat benda yang menarik
 - 7) Tertari pada benda yang kecil
- c. Umur 6 – 9 bulan
- 1) Bisa duduk sendiri (sikap tripod)
 - 2) Mulai belajar berdiri
 - 3) Aktif merangkak mendekati seseorang dan mengejar mainan
 - 4) Bisa memindahkan mainan dari satu tangan ke tangan lainnya
 - 5) Sudah bias memungut benda lebih dari satu pada saat yang bersamaan
 - 6) Memungut benda kecil dengan cara meraup
 - 7) Bersuara tanpa arti “mamam. bababa. tatata”
 - 8) Bermain tepuk tangan dan CILUK BA

- 9) Bergembira dengan melempar benda
 - 10) Bisa makan kue sendiri
- d. Umur 9 – 12 bulan
- 1) Bisa mengangkat badan ke posisi berdiri selama 30 detik
 - 2) Berjalan dengan di tuntun
 - 3) Mampu menirukan suara
 - 4) Mengulang bunyi yang didengarnya
 - 5) Belajar mengucapkan satu dua kata tanpa arti
 - 6) Ingin menyentuh apa saja dan memasukkan benda kedalam mulut
 - 7) Mengerti perintah sederhana
 - 8) Berpartisipasi dalam permainan
- e. Umur 12 – 18 bulan (Todler)
- 1) Mulai mampu berjalan dan mengeksplorasi rumah serta sekeliling rumah
 - 2) Mulai bisa menyusun 2 atau 3 kotak
 - 3) Sudah bisa mengucapkan 5-10 kata
 - 4) Mulai memperlihatkan rasa cemburu dan rasa bersaing
 - 5) Memanggil ayah dengan kata “papa” dan ibu dengan kata “mama”
- f. Umur 18 – 24 bulan
- 1) Bisa berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik
 - 2) Mulai bias berjalan tanpa terhuyung
 - 3) Memungut benda kecil dengan ibu jari dan telunjuk
 - 4) Mampu menggelindingkan bola ke sasaran
 - 5) Sudah bias mengucapkan 3 sampai 6 kata yang mempunyai arti
-

- 6) Bisa membantu dan pekerjaan
 - 7) Sudah bias memegang cangkir sendiri dan belajar makan sendiri
- g. Umur 24 – 36 bulan
- 1) Anak sudah mulai belajar meloncat, memanjat serta melompat 1 kaki
 - 2) Sudah mampu menyusun kalimat
 - 3) Membuat jembatan dengan 3 kotak
 - 4) Banyak bertanya
 - 5) Selalu menggunakan kata saya
 - 6) Mampu menggambar lingkaran
 - 7) Mulai bermain dengan anak lain
 - 8) Mulai menyadari adanya lingkungan lain di luar keluarganya
- h. Umur 36 – 48 bulan
- 1) Bisa berjalan-jalan sendiri mengunjungi tetangga
 - 2) Mampu berjalan pada jari kaki
 - 3) Mulai belajar berpakaian dan membuka pakaian sendiri
 - 4) Mampu menggambar garis silang
 - 5) Mampu menggambar orang (hanya kepala dan badan)
 - 6) Sudah mengenal 2 atau 3 warna
 - 7) Mulai Bicara dengan baik
 - 8) Bertanya bagaimana anak dilahirkan
 - 9) Senang mendengarkan cerita-cerita
 - 10) Mulai bermain dengan anak lain
 - 11) Sudah bisa menunjukkan rasa sayang kepada saudara-saudaranya

- 12) Sudah dapat melaksanakan tugas-tugas sederhana.
- i. Umur 48 – 60 bulan
 - 1) Bisa menggambar orang terdiri dari kepala, lengan dan badan
 - 2) Sudah mampu melompat dan menari
 - 3) Mulai dapat menghitung jari-jarinya
 - 4) Mulai mendengar dan mengulang hal-hal penting dan cerita
 - 5) Mempunyai minat kepada kata baru dan artinya
 - 6) Mulai memprotes bila dilarang apa yang diinginkannya
 - 7) Bisa membedakan besar dan kecil
 - 8) Mulai menaruh minat kepada aktivitas orang dewasa.
- j. Umur 60 – 72 bulan
 - 1) Ketangkasan mulai meningkat
 - 2) Mampu melompat tali
 - 3) Bisa bermain sepeda
 - 4) Mulai bisa menguraikan objek-objek dengan gambar
 - 5) Sudah mengetahui kanan dan kiri
 - 6) Mulai memperlihatkan tempertantrum
 - 7) Mulai menentang dan tidak sopan
8. Teori Tumbuh Kembang
 - a. *Development task theory* (Robert Havighurst) --- 6 stages
 - 1) *Infancy & Early Childhood* (masa bayi dan kanak-kanak awal)

- a) Belajar berjalan, mengambil makanan padat
 - b) Belajar bicara
 - c) Belajar mengontrol eliminasi (urin & fekal)
 - d) Belajar tentang perbedaan jenis kelamin
 - e) Membentuk konsep-konsep sederhana mengenai kenyataan sosial dan fisik
 - f) Belajar membedakan mana yang benar dan mana yang salah, mengembangkan hati nurani
 - g) Belajar mengadakan hubungan emosi
- 2) *Middle childhood* (masa sekolah)
- a) Membangun perilaku yang sehat
 - b) Belajar ketrampilan fisik yang diperlukan untuk permainan-permainan yang luar biasa
 - c) Belajar bergaul dengan teman sebaya
 - d) Belajar peran sosial terkait dengan maskulinitas dan feminitas
 - e) Mengembangkan ketrampilan dasar seperti membaca, menulis dan berhitung
 - f) Mengembangkan konsep-konsep yang dibutuhkan dalam kehidupan sehari-hari
 - g) Membangun moralitas, hati nurani dan nilai-nilai
 - h) Pencapaian kemandirian
 - i) Membangun perilaku dalam kelompok sosial maupun institusi (sekolah)
- 3) *Adolescence* (remaja)
- a) Membina hubungan baru yang lebih dewasa dengan teman sebaya baik laki maupun perempuan

- b) Pencapaian peran sosial maskulinitas atau feminitas
 - c) Pencapaian kemandirian emosi dari orang tua, orang lain
 - d) Pencapaian kemandirian dalam mengatur keuangan
 - e) Menerima keadaan fisiknya dan menggunakan secara efektif
 - f) Memilih dan mempersiapkan pekerjaan
 - g) Mempersiapkan pernikahan dan kehidupan keluarga
 - h) Membangun ketrampilan dan konsep-konsep intelektual yang perlu bagi warga negara
 - i) Pencapaian tanggungjawab sosial
 - j) Memperoleh nilai-nilai dan system etik sebagai penuntun dalam berperilaku
- 4) *Early Adulthood* (dewasa muda)
- a) Memilih pasangan
 - b) Belajar hidup bersama orang lain sebagai pasangan
 - c) Mulai berkeluarga
 - d) Membesarkan anak
 - e) Mengatur rumah tangga
 - f) Mulai bekerja
 - g) Mendapat tanggungjawab sebagai warga negara
 - h) Menemukan kelompok sosial yang cocok
- 5) *Middle-age* (dewasa lanjut)
- a) Mendapat tanggungjawab sosial dan sebagai warga negara

- b) Membangun dan mempertahankan standard ekonomi keluarga
 - c) Membimbing anak dan remaja untuk menjadi dewasa yang bertanggungjawab dan menyenangkan
 - d) Mengembangkan kegiatan-kegiatan di waktu luang
 - e) Membina hubungan dengan pasangannya sebagai individu
 - f) Mengalami dan menyesuaikan diri dengan beberapa perubahan fisik
 - g) Menyesuaikan diri dengan kehidupan sebagai orang tua yang bertambah tua
- 6) *Later maturity* (usia lanjut)
- a) Menyesuaikan diri dengan penurunan kekuatan fisik dan kesehatan
 - b) Menyesuaikan diri dengan situasi pensiun dan penghasilan yang semakin berkurang
 - c) Menyesuaikan diri dengan keadaan kehilangan pasangan (suami/istri)
 - d) Membina hubungan dengan teman sesama usia lanjut
 - e) Melakukan pertemuan-pertemuan sosial
 - f) Membangun kepuasan kehidupan
 - g) Kesiapan menghadapi kematian
- b. Teori Perkembangan Psikoseksual (Sigmund Freud)
- 1) Tahap oral-sensori (lahir sampai usia 12 bulan)
- Karakteristiknya:
- a) Aktivitas sering melibatkan mulut (sumber utama kenyamanan)

- b) Perasaan dependen sangat menonjol (bergantung pada orang lain)
 - c) Kesulitan mempercayai orang lain, menunjukkan perilaku seperti menggigit kuku, mengunyah permen karet, merokok, menyalahgunakan obat, minum alkohol, makan terlalu banyak, overdependen.
- 2) Tahap anal-muskular (usia 1-3 tahun / toddler)
- Karakteristiknya:
- a) Sumber kenyamanan adalah pada organ anus dan rectum
 - b) Masa “toilet training” (harus diajarkan toilet training biar tidak terjadi konflik)
 - c) Mengotori adalah aktivitas yang umum
 - d) Gangguan pada tahap ini dapat menimbulkan kepribadian obsesif-kompulsif seperti keras kepala, kikir, kejam dan tempertantrum
- 3) Tahap falik (3-6 tahun / pra sekolah)
- Karakteristiknya:
- a) Sumber kenyamanan adalah pada organ genital
 - b) Keingintahuan tentang seksual menjadi terbukti
 - c) Dapat mengalami *kompleks Oedipus atau kompleks Elektra*
 - d) Hambatan pada tahap ini dapat menyebabkan kesulitan dalam identitas seksual dan bermasalah dengan otoritas, ekspresi malu, dan takut.

4) Tahap latens (6-12 tahun / masa sekolah)

Karakteristik:

- a) Energi digunakan untuk aktivitas fisik dan intelektual
- b) Ini adalah periode tenang, dimana kegiatan seksual tidak muncul (tidur).
- c) Anak mungkin terikat dalam aktivitas erogenus (perasaan erotik) dengan teman sebaya yang sama jenis kelaminnya.
- d) Penggunaan koping dan mekanisme pertahanan diri muncul pada waktu ini
- e) Konflik yang tidak diatasi pada masa ini dapat menyebabkan obsesif dan kurang motivasi diri.

5) Tahap Genital (13 tahun keatas / pubertas atau remaja sampai dewasa)

Karakteristik:

- a) Genital menjadi pusat dari tekanan dan kesenangan seksual
- b) Produksi hormon seksual menstimulasi perkembangan heteroseksual
- c) Energi ditujukan untuk mencapai hubungan seksual yang matur
- d) Pada awal fase sering terjadi emosi yang belum matang, kemudian mulai berkembang kemampuan untuk menerima dan memberi cinta

c. Teori perkembangan Psikososial (Erik H Erickson)

1) *Trust vs mistrust* -- bayi (lahir – 12 bulan)

- a) Indikator positif: belajar percaya pada orang lain
- b) Indikator negatif: tidak percaya, menarik diri dari lingkungan masyarakat, pengasingan.

- c) Pemenuhan kepuasan untuk makan dan mengisap, rasa hangat dan nyaman, cinta dan rasa aman ---- menghasilkan kepercayaan.
 - d) Pada saat kebutuhan dasar tidak terpenuhi secara adekuat --- bayi menjadi curiga, penuh rasa takut, dan tidak percaya. Hal ini ditandai dengan perilaku makan, tidur dan eliminasi yang buruk.
- 2) Otonomi vs ragu-ragu dan malu (*autonomy vs shame & doubt*) -- toddler (1-3 tahun)
- a) Indikator positif: kontrol diri tanpa kehilangan harga diri
 - b) Indikator negatif: terpaksa membatasi diri atau terpaksa mengalah
 - c) Anak mulai mengembangkan kemandirian membuka dan memakai baju, berjalan, mengambil, makan sendiri, dan ke toilet. Mulai terbentuk kontrol diri.
 - d) Jika kemandirian toddler tidak didukung oleh orang tua, mungkin anak memiliki kepribadian yang ragu-ragu
 - e) jika anak dibuat merasa buruk pada saat melakukan kegagalan, anak akan menjadi pemalu.
- 3) Inisiatif vs merasa bersalah (*initiative vs guilt*) -- pra sekolah (3-6 tahun)
- a) Indikator positif: mempelajari tingkat ketegasan dan tujuan mempengaruhi lingkungan. Mulai mengevaluasi kebiasaan (perilaku) diri sendiri.
 - b) Indikator negatif: kurang percaya diri, pesimis, takut salah. Pembatasan dan kontrol yang berlebihan terhadap aktivitas pribadi

- c) Inisiatif, mencoba hal-hal baru, perilaku kuat, imajinatif dan intrusif, perkembangan perasaan bersalah dan identifikasi dengan orang tua yang berjenis kelamin sama.
 - d) Pembatasan --- mencegah anak dari perkembangan inisiatif.
 - e) Rasa bersalah mungkin muncul pada saat melakukan aktivitas yang berlawanan dengan orang tua.
 - f) Anak perlu belajar untuk memulai aktivitas tanpa merusak hak-hak orang lain.
- 4) Industri vs inferior (*industry vs inferiority*) -- usia sekolah (6-12 tahun)
- a) Indikator positif: mulai kreatif, berkembang, manipulasi. Membangun rasa bersaing dan ketekunan.
 - b) Indikator negatif: hilang harapan, merasa cukup, menarik diri dari sekolah dan teman sebaya.
 - c) Anak mendapatkan pengenalan melalui demonstrasi ketrampilan dan produksi benda-benda serta mengembangkan harga diri melalui pencapaian
 - d) Anak dipengaruhi oleh guru dan sekolah.
 - e) Perasaan inferior --- terjadi pada saat orang dewasa memandang usaha anak untuk belajar bagaimana sesuatu bekerja melalui manipulasi adalah sesuatu yang bodoh atau merupakan masalah.
 - f) Perasaan inferior --- ketidaksuksesan di sekolah, ketidaksuksesan dalam perkembangan ketrampilan fisik dan mencari teman.

- 5) Identitas vs bingung peran (*identity vs role confusion*) -- remaja (12 - 18 tahun)
- a) Indikator positif: menghubungkan sesuatu dengan perasaan diri, merencanakan aktualisasi diri
 - b) Indikator negatif: kebingungan, ragu-ragu, dan tidak mampu menemukan identitas diri
 - c) Individu mengembangkan penyatuan rasa "diri sendiri".
 - d) Teman sebaya mempunyai pengaruh yang kuat terhadap perilaku.
 - e) Kegagalan untuk mengembangkan rasa identitas --- kebingungan peran, yang sering muncul dari perasaan tidak adekuat, isolasi dan keragu-raguan.

Daftar Pustaka

- Bowden, B.R, & Greenberg, C.M. 2010. Children and their families: Continuum of care. Second Edition. Philadhephia: Lippincott William & Wilkins
- Departemen Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia 2015. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 201
- Hockenberry, MJ., dan Wilson, D. 2010. Nursing Care Of Infant and Children. St. Louis: Mosky Elsevier
- Kementerian Kesehatan RI. Kesehatan dalam Kerangka Sistainable Development Goals (SDG'S). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
- _____ Karakteristik Bayi, Balita dan anak prasekolah. Jakarta
- Kozier, Erb, berman & Synder (2011) Buku ajar Fundamental of Nursing (7 sd. Vol I) Jakarta EGC
- Palmar., and Luane Linard. 2013. Intisari Pediatrik Buku Praktik Klinik. Jakarta: EGC
- Susilaningrum, dkk. 2013. Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak: Untuk Perawat dan Bidan Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika
- Wong, et al. (2009). Wong buku ajar keperawatan pediatrik. (alih bahasa: Andry Hartono, dkk). Jakarta. EGC.

Profil Penulis



Ns. Neneng Fitria Ningsih, S.Kep. M.Biomed.

Dilahirkan di Kuok pada tanggal 30 September 1976 adalah pengajar di Fakultas Ilmu kesehatan prodi Sarjana Keperawatan di Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau, alumni Pendidikan D.III keperawatan di Akper Mercubaktijaya padang tahun 1998, Sarjana keperawatan di Stikes Tuanku Tambusai Bangkinang pada tahun 2009 dan Magister Biomedik di Universitas andalan padang pada tahun 2013 degan spesifikasi Reproduksi. Disamping sebagai tenaga pendidik juga aktif dalam proses manajemen laboratorium Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, selain dari itu penulis juga sebagai pembina dalam kegiatan UKM PMI KSR Universitas Pahlawan. Beberapa buku yang sudah, mulai disusun diantaranya, manajemen keperawatan dan keperawatan dasar, dan beberapa buku yang masih dalam proses, baik itu yg sifatnya penulisan bersama ataupun secara individu. Semoga kedepan menulis akan di jadikan sebagainsuatu rutinitas dengan tujuan mencerdaskan anak bangsa terutama di bidang kesehatan.

Email Penulis: nenengningsih@gmail.com

DOKUMENTASI KEBIDANAN

Matje Meriaty Huru, S.ST., M.Kes.

Poltekkes Kemenkes Kupang

Pengertian Dokumentasi Kebidanan

Menurut (Betty Mangkuji; et al, 2012) Dokumentasi kebidanan merupakan suatu sistem pencatatan dan pelaporan tentang kondisi perkembangan kesehatan reproduksi, layanan mandiri dan semua kegiatan yang dilakukan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dokumentasi berasal dari kata dokumen yang berarti bahan pustaka, baik yang berbentuk tulisan maupun rekaman lainnya seperti dengan pita suara/cassete, vidio, film, gambar, dan foto (Fauziah, Afroh, 2010).

Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang di miliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan Klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan. Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (Wafi Nur Muslihatun, Mufdlilah, 2009)

Tujuan dan Fungsi Dokumentasi

Tujuan dokumentasi kebidanan sebagai berikut:

1. Sebagai sarana komunikasi

Komunikasi terjadi dalam tiga arah:

- a. Ke bawah untuk melakukan instruksi
- b. Ke atas untuk memberi laporan
- c. Ke samping untuk memberi saran

Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap berguna untuk:

- a. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan
 - b. Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, bahkan sama sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien
 - c. Membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya
2. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat

Sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan kebidanan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan bidan dalam melaksanakan tugasnya maka bidan diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien. Hal ini penting berkaitan dengan langkah antisipasi terhadap ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dan kaitannya dengan aspek hukum yang dapat dijadikan *settle concern*, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum.

3. Sebagai informasi statistic

Data statistic dari dokumentasi kebidanan dapat membantu merencanakan kebutuhan dimasa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis. Penting kiranya untuk terus-menerus memberi informasi kepada orang tentang apa yang telah, sedang dan akan dilakukan, serta segala perubahan dalam pekerjaan yang telah ditetapkan.

4. Sebagai sarana pendidikan

Dokumentasi asuhan kebidanan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para mahasiswa kebidanan atau mahasiswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktek lapangan.

5. Sebagai sumber data penelitian

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini erat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan kebidanan yang diberikan, sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan kebidanan dan pelayanan keperawatan yang aman, efektif dan etis.

6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan

Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan kebidanan dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat dan rutin baik yang dilakukan oleh bidan maupun tenaga kesehatan lainnya. Audit jaminan kualitas membantu untuk menetapkan suatu akreditasi pelayanan kebidanan dalam mencapai standar yang telah ditetapkan.

7. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan

Dengan dokumentasi akan didapatkan data yang actual dan konsisten mencakup seluruh asuhan kebidanan yang dilakukan.

8. Untuk menetapkan prosedur dan standar

Prosedur menentukan rangkaian kegiatan yang akan dilaksanakan, sedangkan standar menentukan aturan yang akan dianut dalam menjalankan prosedur tersebut.

9. Untuk mencatat

Dokumentasi akan diperlukan untuk monitor kinerja peralatan, system dan sumber daya manusia. Dari dokumentasi ini, manajemen dapat memutuskan atau menilai apakah departemen tersebut memenuhi atau mencapai tujuannya dalam skala waktu dan batasan sumber dayanya. Selain itu manajemen dapat mengukur kualitas pekerjaan, yaitu apakah outputnya sesuai dengan spesifikasi dan standar yang ditetapkan.

Fungsi dokumentasi kebidanan yaitu:

1. Tindakan yang telah dilakukan oleh bidan dapat dipertanggungjawabkan dengan baik.
2. Apabila ada gugatan terhadap bidan atas setiap tindakan yang telah diberikan.

Prinsip-Prinsip Dokumentasi

Prinsip prinsip dokumentasi (Fauziah, Afroh, 2010) adalah sebagai berikut:

1. Dokumentasi secara lengkap tentang suatu masalah penting yang bersifat klinis. Dokumentasi kebidanan bertujuan untuk menyampaikan informasi penting tentang pasien. Rekam medis dipergunakan dalam pendokumentasian asuhan kebidanan untuk memenuhi kewajiban profesional bidan dalam mengomunikasikan informasi penting. Data dalam catatan tersebut harus berisi informasi spesifik yang memberi gambaran tentang kondisi pasien dan pemberian asuhan kebidanan, juga tentang evaluasi status pasien.
2. Lakukan penandatanganan dalam setiap pencatatan data. Setiap kali melakukan pencatatan, perlu dicantumkan nama bidan yang bertugas serta waktu pencatatan.
3. Tulislah dengan jelas dan rapi. Tulisan yang jelas dan rapi akan menghindarkan kita dari kesalahan persepsi. Selain itu, dapat menunjang tujuan dari pendokumentasian, yakni terjalinnya komunikasi

dengan tim tenaga kesehatan lain. Tulisan yang tidak jelas dan tidak rapi akan menimbulkan kebingungan serta menghabiskan banyak waktu untuk dapat memahaminya. Lebih bahaya lagi dapat menimbulkan cedera pada pasien jika ada informasi penting yang disalahartikan akibat ketidakjelasan tulisan tangan.

4. Gunakan ejaan dan kata kata baku serta tata bahasa medis yang tepat dan umum. Pencatatan yang berisi kata kata yang salah dan tata bahasa yang tidak tepat memberi kesan negatif kepada tenaga kesehatan lain. Hal tersebut menunjukkan kecerobohan dalam pendokumentasian. Apabila muncul akan sulit dicari kebenarannya karena tidak adanya bukti yang jelas. Untuk menghindari kesalahan dalam penggunaan kata baku, dapat dilakukan dengan menggunakan kamus kedokteran, kebidanan dan keperawatan, menuliskan daftar kata yang sering salah eja, ataupun menuliskan kalimat yang sering tidak jelas maknanya. Hindari penggunaan kata-kata yang panjang, tidak perlu, dan tidak bermanfaat. Selain itu, identifikasi dengan jelas subjek dari setiap kalimat.
5. Gunakan alat tulis yang terliha jelas, seperti tinta untuk menghindari terhapusnya catatan. Dalam pencatatan, penggunaan alat tulis yang baik dengan tinta, baik hitam maupun biru, dapat membantu tidak terhapusnya catatan. Bila menggunakan alat tulis yang bersifat mudah terhapus dan hilang seperti pensil, akan dapat menimbulkan kesalahan-kesalahan interpretasi dalam pencatatan.
6. Gunakan singkatan resmi dalam pendokumentasian. Sebagian besar rumah sakit atau pelayanan kesehatan mempunyai daftar singkatan yang disepakati. Daftar ini harus tersedia bagi seluruh petugas kesehatan yang membuat dokumentasi dalam rekam medis, baik tenaga medis maupun mahasiswa yang melakukan praktik di institusi pelayanan.
7. Gunakan pencatatan dengan grafik untuk mencatat tanda vital. Catatan dalam bentuk grafik dapat

digunakan sebagai pengganti penulisan tanda vital dari laporan perkembangan. Hal ini memudahkan pemantauan setiap saat dari pasien terkait dengan perkembangan kesehatannya.

8. Catat nama pasien di setiap halaman. Pencatatan nama pasien pada setiap halaman bertujuan untuk mencegah terselipnya halaman yang salah ke dalam catatan pasien dengan cara memberi stempel atau label pada setiap halaman dengan menginformasikan identitas pasien.
9. Berhati hati ketika mencatat status pasien dengan HIV/AIDS. Hal ini berkaitan dengan adanya kerahasiaan pada hasil tes HIV/AIDS di beberapa negara yang dilindungi oleh undang undang. Saat ini banyak tempat pelayanan kesehatan yang tidak mencantumkan informasi tentang status HIV/AIDS positif dalam status pasien atau rekam medis, termasuk di kardeks/catatan rawat jalan, atau catatan lain.
10. Hindari menerima intruksi verbal dari dokter melalui telepon, kecuali dalam kondisi darurat. Mengingat banyaknya kesalahan dalam pendokumentasian melalui telepon karena ketidakjelasan penyampaian, maka sebaiknya hal ini dihindari kecuali dalam kondisi darurat ketika dokter tidak berada di tempat.
11. Tanyakan apabila ditemukan intruksi yang tidak tepat. Bidan hendaknya selalu memiliki kemampuan berpikir kritis dan memiliki analisis yang tajam. Apabila muncul ketidakjelasan dalam menerima instruksi atau tugas limpahan dari dokter, bidan 16 sangat dianjurkan untuk bertanya tentang kejelasannya untuk menghindari terjadinya kesalahan persepsi.
12. Dokumentasi terhadap tindakan atau obat yang tidak diberikan. Segala bentuk tindakan atau obat yang tidak boleh diberikan harus didokumentasikan secara lengkap disertai dengan alasan yang lengkap, untuk menentukan tindakan selanjutnya.

13. Catat informasi yang lengkap tentang obat yang diberikan. Mencatat segala bentuk manajemen obat pada pasien adalah suatu hal yang harus dilakukan dalam proses dokumentasi kebidanan. Diantaranya tentang jenis obat, waktu pemberian obat, dan dosis obat.
14. Catat keadaan alergi obat atau makanan. Pencatatan ini sangat penting karena menghindari tindakan yang kontraindikasi dapat memberi informasi yang berguna untuk tindakanantisipasi.
15. Catat daerah atau tempat pemberian injeksi atau suntikan Hal ini karena tempat atau area suntikan yang tidak diketahui dapat menimbulkan dampak sebelumnya seperti adanya cedera atau lainnya.
16. Catat hasil laboratorium yang abnormal. Hal ini sangat penting karena dapat menentukan tindakan segera.

Aspek Legal dalam Dokumentasi

Aspek legal dalam dokumentasi adalah pembuatan catatan harus berdasarkan standar asuhan kebidanan yang ditetapkan oleh hukum sebagai bentuk perlindungan diri yang sah dari gugatan hukum (Wildan M, 2009). Rekam medis yang mudah dibaca dan akurat merupakan dokumentasi pelayanan kesehatan yang sangat menentukan yang mengkomunikasikan informasi penting tentang pasien ke berbagai profesional. Dalam kasus hukum, rekam medis dapat menjadi landasan berbagai kasus gugatan atau sebagai alat pembela diri bidan, perawat, dokter atau fasilitas kesehatan (Fauziah, Afroh, 2010)

Menurut (Wildan M, 2009), beberapa hal yang harus diperhatikan agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum adalah sebagai berikut:

1. Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal.
 - a. Catatan kebidanan pasien/ klien diakui secara legal/ hukum.

- b. Catatan/grafik secara universal dapat dianggap sebagai bukti dari suatu pekerjaan.
 - c. Informasi yang didokumentasikan harus memberikan catatan ringkas tentang riwayat perawatan pasien.
 - d. Dokumentasi perlu akurat sehingga sesuai dengan standar kebidanan yang telah ditetapkan.
2. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal.
- a. Mengetahui tentang malpraktek yang melibatkan bidan
 - 1) Klien menjadi tanggung jawab perawat yang bersangkutan.
 - 2) Bidan tidak melaksanakan tugas yang diemban.
 - 3) Bidan menyebabkan perlukaan atau kecacatan pada klien.
 - b. Memperhatikan informasi yang memadai mengenai kondisi klien dan perilaku, mendokumentasikan tindakan kebidanan dan medis, follow up, pelaksanaan pengkajian fisik per shift, dan mendokumentasikan komunikasi antara bidan- dokter.
 - c. Menunjukkan bukti yang nyata dan akurat tentang pelaksanaan proses kebidanan.
3. Panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan.

Agar dokumentasi dipercaya secara legal, berikut panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan (Wafi Nur Muslihatun, Mufdlilah, 2009)

- a. Jangan menghapus dengan menggunakan tipex atau mencoret tulisan yang salah, sebaiknya tulisan yang salah diberi garis lurus, tulis salah lalu beri paraf.

- b. Jangan menuliskan komentar yang bersifat mengkritik klien atau tenaga kesehatan lainnya.
- c. Koreksi kesalahan sesegera mungkin, jangan tergesa-gesa melengkapi catatan.
- d. Pastikan informasi akurat.
- e. Pastikan informasi yang ditulis adalah fakta

Manfaat Dokumentasi

Manfaat dokumentasi ditinjau dari berbagai aspek antara lain: (Yusari Asih, 2016)

1. Aspek Administrasi

- a. Untuk mendefinisikan focus asuhan bagi klien atau kelompok
- b. Untuk membedakan tanggung gugat bidan dari tanggung gugat anggota tim pelayanan kesehatan yang lain
- c. Untuk memberikan penelaahan dan pengevaluasian asuhan atau perbaikan kualitas pelayanan
- d. Untuk memberikan kriteria klasifikasi pasien
- e. Untuk memberikan justifikasi
- f. Untuk memberikan data guna tinjauan administrasi dan legal
- g. Untuk memenuhi persyaratan hukum, akreditasi dan professional
- h. Untuk memberikan data penelitian dan tujuan pendidikan

2. Aspek Hukum

Semua catatan informasi yang berkaitan dengan klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi kebidanan, dimana bidan sebagai pemberi jasa dank lien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti

dipengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif dan ditandatangani oleh pemberi asuhan, tanggal dan perlunya dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

3. Aspek Jaminan Mutu Layanan

Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat akan memudahkan bidan dalam membantu penyelesaian masalah klien. Ini termasuk sejauh mana masalah klien dapat diatasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan mutu layanan asuhan kebidanan.

4. Aspek Komunikasi

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat “perekam” untuk masalah yang berkaitan dengan klien. Bidan atau tenaga kesehatan lainnya akan dapat melihat catatan yang ada. Catatan tersebut merupakan media komunikasi yang dapat dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan kebidanan.

5. Aspek Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan kebidanan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi kebidanan.

6. Aspek Penelitian

Dokumentasi mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi kebidanan.

7. Aspek Ekonomi

Dokumentasi mempunyai efek secara ekonomi. Semua tindakan atau asuhan kebidanan yang belum, sedang dan telah diberikan atau dilakukan dicatat dengan lengkap yang dapat dipergunakan sebagai

acuan atau pertimbangan dalam biaya perawatan bagi klien.

8. Aspek Manajemen

Melalui dokumentasi dapat dilihat sejauh mana peran dalam fungsi bidan dalam memberikan asuhan kepada klien. Dengan demikian akan dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

9. Aspek Akreditasi

Melalui dokumentasi kebidanan, akan terlihat sejauh mana peran dan fungsi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan tentang tingkat keberhasilan asuhan kebidanan yang diberikan untuk tujuan pembinaan dan pengembangan lebih lanjut. Hal ini tidak hanya bermanfaat bagi peningkatan mutu layanan asuhan kebidanan tetapi juga personel bidan dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi.

Pendokumentasian SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Penatalaksanaan)

Menurut (Hj. Saminem, 2010) sebagai berikut:

1. Data Subjektif (S)

Data subjektif merupakan pengumpulan data klien melalui anamnesis. Catatan yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien, meliputi ekspresi klien, kekhawatiran pasien, keluhan pasien yang berhubungan dengan diagnose. Pada orang bisu, dibelakang diberi tanda "O" atau "X".

2. Data Objektif (O)

Data objektif merupakan data yang diperoleh secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada klien oleh tenaga kesehatan. Data objektif diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium.

3. Assesment (A)

Diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif. Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan data objektif dalam suatu identifikasi: diagnosis/masalah, antisipasi diagnosis/masalah potensial/tindakan segera yang perlu dilakukan oleh bidan atau dokter, konsultasi atau kolaborasi dan rujukan. Sebagai langkah 2,3 dan 4 Varney.

4. Penatalaksanaan (P)

Mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau follow up dan rujukan.

Beberapa alasan digunakannya pendokumentasian SOAP:

1. Grafik metode SOAP merupakan pengembangan informasi yang sistematis yang mengorganisasi hasil temuan dan konklusi kita menjadi suatu rencana asuhan.
2. Metode ini merupakan intisari dari suatu proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan pembuatan dokumentasi asuhan kebidanan.
3. SOAP merupakan urutan langkah yang dapat membantu kita mengatur pola pikir kita dan memberikan asuhan kebidanan yang menyeluruh.

Daftar Pustaka

- Betty Mangkuji; et al (2012) *Asuhan Kebidanan 7 Langkah SOAP*. Jakarta: EGC.
- Fauziah, Afroh, S. (2010) *Buku ajar dokumentasi kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hj. Saminem (2010) *Dokumentasi Asuhan Kebidanan; Konsep dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Wafi Nur Muslihatun, Mufdlilah, N. S. (2009) *Dokumentasi kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Wildan M, A. A. H. (2009) *Dokumentasi kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Yusari Asih, R. (2016) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui Dilengkapi dengan Evidence Based Practice dan Daftar Tilik Asuhan Nifas*. Jakarta: Trans Info Media.

Profil Penulis



Matje Meriaty Huru, S.ST., M.Kes.

Lahir di Atambua 30 September 1981, penulis menyelesaikan pendidikan Taman Kanak-Kanak sampai dengan Sekolah Menengah Atas di Kota Atambua-Belu, tahun 2003 penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Kupang, selanjutnya pada tahun 2005 penulis menyelesaikan pendidikan Diploma IV Kebidanan Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran Bandung dan kembalinya dari pendidikan penulis dipercayakan bekerja sebagai asisten dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang sampai tahun 2011. Pada tahun 2014 penulis menyelesaikan pendidikan Magister S2 di Prodi MIKM Universitas Diponegoro Semarang peminatan MKIA. Penulis merupakan dosen tetap di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kementerian Kesehatan Kupang sejak tahun 2005 sampai dengan sekarang dan lulus sertifikasi dosen pada tahun 2019. Selain sebagai dosen berbagai pengalaman yang telah diikuti yaitu pelatihan, seminar ilmiah yang berkaitan dengan kesehatan ibu anak dan workshop nasional. Penulis juga aktif sebagai peneliti dibidang Kesehatan Ibu dan Anak, kegiatan pengabdian kepada masyarakat, sebagai penulis buku kesehatan. Penulisan buku ini dapat memberikan kontribusi positif bagi para pembaca khususnya bagi mahasiswa kebidanan.

Email Penulis: atiaureliapaul@gmail.com

PERTOLONGAN PERSALINAN DAN OPERASI

Bd. Dwi Retno Wati, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.

STIKes Husada Jombang

Pengantar

Seksio sesaria adalah persalinan janin melalui sayatan perut terbuka (laparotomi) dan sayatan di dalam rahim (histerotomi). Operasi caesar pertama yang didokumentasikan terjadi pada 1020 M, dan sejak itu, prosedurnya telah berkembang pesat. Sebagian besar pembedahan ginekologi adalah pembedahan berencana. Oleh karena itu, penilaian prabedah dan persiapan pembedahan dapat disiapkan lebih paripurna. Persiapan yang paripurna diharapkan akan menunjang keberhasilan pembedahan (Amru Sofian, 2012)

Indikasi

Indikasi utama untuk operasi caesar adalah sebagai berikut:

1. *Sectio Caesarea* yang Sangat Mendesak
 - a. Prolaps tali pusat
 - b. Solusio Plasenta jika anak masih hidup
 - c. [Jika anak meninggal dan perdarahan tidak signifikan (<200ml), pilih rute pervaginam] PPV: Prvia Plasenta parsial atau total. stadium III atau IV) pada perdarahan aktif yang signifikan. Bahkan jika kehamilan tidak cukup bulan: utamakan ibu. Jika plasenta marginal stadium I atau II, lakukan

ketuban pecah: bila kepala turun, akan menekan plasenta dan biasanya mengurangi perdarahan.

- d. Sindrom pra-ruptur [adanya cincin Bandl]
 - e. Ruptur uteri
 - f. Kejang eklampsia
 - g. Gawat Janin Akut (AFD) :
 - 1) Bradikardia: Denyut Jantung Janin Dasar: [FHR 1 kurang dari 80 bpm selama lebih dari 10 menit] , denyut jantung yang tidak kembali ke normal, untuk diperiksa di meja operasi sebelum sayatan atau
 - 2) Deselerasi lambat pada denyut jantung janin (pada akhir kontraksi DJJ kurang dari 80 bpm maka diulang selama 30 menit (WHO,2015).
2. *Sectio Caesarea* yang Darurat
- a. Disproporsi foetopelvic
 - b. Distosia dinamis
 - c. Kelainan presentasi janin
 - d. Korioamnionitis
 - e. Pre-eklampsia berat
 - f. Kelainan denyut jantung janin (FHR)
 - 1) Takikardia janin: DJJ persisten > 180 bpm > 1 jam setelah mengurangi hipertermia ibu dengan parasetamol dan antibiotik
 - 2) Deselerasi reguler dan lambat DJJ < 90 bpm selama satu jam (WHO,2015).
3. *Sectio Caesarea* yang Direncanakan
- a. Operasi Caesar berulang
 - 1) Persistensi indikasi operasi caesar sebelumnya
 - 2) Riwayat dua operasi caesar sebelumnya

-
- 3) Riwayat ruptur uteri sebelumnya (Sentilhes *et al*, 2013).
- b. Penyebab ibu
 - 1) Distosia serviks dan mekanik: kelainan panggul, tonjolan sakral yang dicapai dengan sentuhan vagina, rakhitis-osteomalasia
 - 2) Herpes genital aktif (vesikel), kondiloma akuminata
 - 3) HIV tanpa terapi antiretroviral
 - 4) Mutilasi genital, fistula vesiko-vagina (diperbaiki atau tidak)
 - 5) Penyakit jantung atau neurologis yang parah (Roesch *et al*, 2016).
 - c. Penyebab janin
 - 1) Pembatasan Pertumbuhan Intrauterin (IUGR) Distress Janin Kronis (CFD)
 - 2) Posisi melintang yang tidak dapat direduksi
 - 3) Kehamilan kembar
 - d. Penyebab plasenta
Plasenta Previa grade IV
 - e. Penyebab adneksa
Penghalang praevia: massa adneksa, fibroma uteri (Vayssiere *et al*, 2011).

Pemeriksaan Prabedah

Sebagian besar pemeriksaan dilakukan di poliklinik sebelum pembedahan. Pemeriksaan meliputi anamnesis yang teliti. Anamnesis meliputi kebiasaan merokok, memiliki penyakit kronik seperti TBC, diabetes mellitus, asma, penyakit hati, ginjal, jantung, riwayat anemia, dan perdarahan. Apakah untuk menopang hidupnya harus minum obat-obatan seperti pengencer darah dan antihipertensi sesuai penyakit yang dideritanya. Adanya kelengkapan data anamnesis berhubungan erat dengan

pemeriksaan yang di perlukan untuk pembedahan (Sarwono, 2011).

Pemeriksaan Laboratorium Prabedah

1. Pemeriksaan darah rutin
2. Pemeriksaan kimia darah pada persiapan prabedah
3. Pemeriksaan hemostatis pada persiapan prabedah
4. Pemeriksaan urin rutin pada persiapan prabedah (Sarwono, 2011).

Pemeriksaan Penunjang Prabedah

1. Pemeriksaan foto toraks pada persiapan prabedah
2. Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG) rutin dilakukan pada persiapan prabedah
3. Pemeriksaan fungsi paru dan persiapan prabedah
4. Puasa rutin pada persiapan prabedah (Sarwono, 2011).

Persiapan Prabedah

1. Mempersiapkan tempat bedah

Menjelang operasi (*kasus elektif*) ibu harus mandi dengan sabun antiseptik atau povidone iodine.

2. Pemeriksaan kebijakan
 - a. Pemeriksaan vagina pra operasi memungkinkan:
 - 1) untuk memeriksa apakah kandung kemih kosong (*setelah kateterisasi*)
 - 2) untuk memeriksa presentasi dan kebohongan
 - 3) untuk memeriksa apakah tali pusat berdenyut jika terjadi prolaps
 - b. Palpasi abdomen memungkinkan:
 - 1) untuk menemukan posisi punggung janin
 - 2) untuk memeriksa presentasi
 - 3) Auskultasi jantung janin adalah pemeriksaan terakhir viabilitas janin

3. Pemeriksaan vagina dan kosongkan kandung kemih

Hal ini paling baik dilakukan di ruang operasi. Setelah anestesi spinal akan lebih nyaman untuk ibu atau anestesi umum sebelumnya sehingga pengurangan paparan bayi terhadap obat bius (Berrios, 2017).

4. Terapi Antibiotik Profilaksis

Profilaksis antibiotik dapat membantu mengurangi risiko infeksi dari operasi caesar sebesar 60% hingga 70%. Antibiotik profilaksis harus diberikan sebelum operasi daripada setelah penjepitan tali pusat (WHO, 2015). Pilihan antibiotik tergantung pada skenario klinis dan apakah pasien itu sendiri memiliki alergi. Antibiotik harus memiliki cakupan untuk bakteri gram positif dan gram negatif, serta beberapa anaerob (Sentilhes *et al*, 2013).

Dosis intravena tunggal 1 g sefazolin rutin untuk wanita dengan berat kurang dari 80kg, dan dosis meningkat menjadi 2 g untuk pasien dengan berat 80 kg atau lebih. Untuk wanita dengan berat badan 120 kg atau lebih, ada pertimbangan untuk meningkatkan dosis sefazolin menjadi 3 g untuk mencapai konsentrasi antibiotik jaringan yang memadai. Untuk pasien yang memiliki kontraindikasi terhadap sefazolin, seperti alergi yang signifikan, dianjurkan profilaksis dengan klindamisin 900 mg dan aminoglikosida 5 mg/kg. Alergi memerlukan pertimbangan yang signifikan jika dibuktikan dengan urtikaria, gangguan pernapasan, angioedema, atau anafilaksis. Penambahan dosis tunggal vankomisin dianjurkan pada pasien dengan riwayat *Staphylococcus aureus* yang resisten terhadap *methicillin*. Wanita yang menjalani operasi caesar dengan ketuban pecah perlu diberikan penambahan 500mg azitromisin secara intravena untuk mengurangi morbiditas infeksi (Sentilhes *et al*, 2013).

5. Anestesi

a. Anestesia Regional

Indikasi: Bila Tidak Ada Kontraindikasi!

- 1) RA lebih unggul dari anestesi umum asalkan risiko blok tinggi dan tekanan darah rendah dihilangkan
- 2) RA memungkinkan ikatan yang lebih baik antara ibu dan bayi.

Kontraindikasi:

Absolut:

- 1) Hipovolemia yang tidak terkoreksi atau ketidakstabilan kardiovaskular
- 2) Koagulopati
- 3) Infeksi di tempat penyisipan

Relatif :

- 1) Deformitas tulang belakang
- 2) Operasi tulang belakang sebelumnya
- 3) Urgensi ekstrim (prolaps tali pusat, ruptur uteri)

b. Anestesi Umum

Indikasi:

- 1) Bila anestesi spinal dikontraindikasikan.
- 2) Urgensi ekstrim atau hipotensi yang tidak terkontrol (Schwartz, 2016).

Prosedur Operasi

1. Instrumen Kit SC

No	Nama Kit SC	Jumlah
1	Instrumen kit: tinggi 12cm lebar 20cm panjang 50cm [Hindari kotak yang terlalu kecil]	1
2	Peniti 13,5 cm	2

3	Tang arteri kocher, bergigi, melengkung 14cm	14
4	Tang usap atau tang penjepit spons, gagang melengkung (cheron atau maier atau museux), lurus 25cm	2
5	Gagang pisau bedah 4	1
6	Backhaus handuk clamp 13cm	6
7	Selang hisap polietilen fleksibel (panjang lebih dari 2 meter)	1
8	Kanula hisap poole lurus 22cm 10mm (30fr)	1
9	Tang diseksi jaringan, dengan gigi 2x3 16cm	2
10	Tempat jarum mayo-hegar, pola berat 20.5cm	1
11	Pemegang jarum mayo-hegar 17cm	1
12	Tang arteri halsted-mosquito, melengkung 12cm	4
13	Kelly arteri forceps, melengkung 16cm	4
14	Faure arteri forceps, melengkung 22cm	4
15	Bengolea arteri forceps, melengkung 24cm	4
16	Mayo gunting bedah mata pisau tumpul/tumpul melengkung 17cm	1
17	Metzenbaum gunting bedah, melengkung 18cm	1
18	Foerster atau lovelace atau william tang non-segitiga, lurus 18cm	4
19	Debakey vascular forceps 3.5mm rahang 16cm panjang pembedahan atraumatic, 20cm	2

20	Sebrechts-kirschner retractor: 250 x 250mm lipat kotak frame dan 4 pisau.	1
21	Retraktor gosset: alternatif dari retractor sebrechts-kirschner. 3 bilah: 1 median yang dapat dimobilisasi dan 2 lateral, jarak maksimum 160mm antara katup lateral	1
22	Doyen atau ricard mobile retractor kedalaman 48mm x lebar 135mm x panjang 300mm	1

Sumber: Sentilhes *et al*, 2013

2. Teknis Insisi Dinding Abdomen

a. Sayatan Joel-Cohen

(Teknik Misgav Ladach) (Dodd, 2014)

1) Indikasi:

- a) Operasi Caesar tanpa komplikasi yang diantisipasi
- b) Tidak ada riwayat laparotomi sebelumnya (apakah dilakukan untuk operasi caesar atau tidak).

2) Keuntungan:

- a) Lebih anatomis (ramah jaringan)
- b) Perbaikan dinding yang lebih kuat
- c) Daya tarik yang lebih estetik
- d) Lebih sedikit infeksi pada luka,
- e) nyeri pascaoperasi berkurang

3) Kekurangan:

Bidang operasi tidak terlalu terbuka seperti pada insisi garis tengah vertikal. Sulit untuk diperpanjang jika diperlukan.

- 4) Kontraindikasi:
 - Riwayat insisi perut bagian bawah; Pfannenstiel; bekas luka perut bagian bawah
- b. Insisi Garis Tengah Vertikal
 - 1) Indikasi:
 - a) Riwayat insisi garis tengah vertical
 - b) Kemungkinan komplikasi selama intervensi bedah (ruptur uteri, infeksi)
 - 2) Keuntungan:

Paparan yang lebih baik dan kemungkinan perluasan bidang bedah jika timbul komplikasi Perbaiki dinding yang lebih kuat
 - 3) Kekurangan:
 - a) Perbaiki dinding yang lebih lemah (risiko hernia insisional)
 - b) Kurang menarik secara kosmetik
 - c) Lebih banyak infeksi pada luka
 - d) Lebih banyak nyeri pasca operasi
 - 4) Kontraindikasi:

Riwayat insisi Pfannenstiel sebelumnya
- c. Sayatan Pfannestie
 - 1) Indikasi:
 - a) Terlatih dalam teknik Pfannenstiel dan
 - b) Adanya insisi transversal lama dan
 - c) Operasi Caesar tanpa potensi komplikasi
 - 2) Keuntungan:
 - a) Perbaiki dinding yang lebih baik daripada sayatan garis tengah vertikal
 - b) Lebih menarik secara kosmetik daripada sayatan garis tengah vertikal

- 3) Kekurangan:
 - a) Waktu operasi lebih lama
 - b) Eksposur terbatas
 - c) Membutuhkan pengetahuan mendalam tentang bidang anatomis
 - d) Hematoma dinding lebih sering
- 4) Kontraindikasi:
 - a) Sangat mendesak
 - b) Prosedur yang rumit (presentasi melintang, ruptur uteri, uterus fibromatosa, kehamilan kembar, makrosomia).

3. Teknik Pembukaan Uterine dan Penerimaan Bayi *Sectio Caesaria*

Sayatan kulit awal dapat dibuat baik secara transversal suprapubik atau vertikal garis tengah. Sayatan garis tengah vertikal dianggap memberikan akses lebih cepat ke rongga perut, dan mengganggu lapisan jaringan dan pembuluh darah yang lebih sedikit, yang mengarah ke banyak kutipan sebagai metode pilihan untuk melakukan operasi caesar darurat. Sebuah sayatan vertikal juga memungkinkan visualisasi jauh dari penyakit perekat parah yang diketahui. Dalam kasus histerektomi sesar yang direncanakan untuk plasenta yang melekat secara tidak sehat, sayatan vertikal dapat memberikan lebih banyak paparan bedah, serta akses ke arteri hipogastrik. Namun, sayatan kulit melintang adalah yang paling umum digunakan dan lebih disukai dalam banyak kasus karena penyembuhan luka yang lebih baik dan tolerabilitas pasien (Dodd et al, 2014).

Sayatan kulit Pfannenstiel sedikit melengkung dan terletak 2 sampai 3 sentimeter atau 2 jari di atas simfisis pubis. Bagian tengah sayatan berada di dalam area bantalan rambut mons. Rambut harus dihilangkan dalam kasus ini. Sayatan Joel-Cohen,

sebaliknya, lurus daripada melengkung. Ini adalah 3 cm di bawah garis yang menghubungkan spina iliaca anterior superior, membuatnya lebih cephalad daripada sayatan kulit Pfannenstiel (Dodd et al, 2014).

Lapisan subkutan berikutnya, dan dapat dibedah secara tumpul atau tajam. Pembuluh darah melewati lapisan ini, jadi harus hati-hati untuk meminimalkan kehilangan darah dengan membatasi diseksi tajam ke garis tengah sampai fascia tercapai, kemudian diseksi secara tumpul ke lateral.

Fasia kemudian diinsisi di garis tengah dengan skalpel, dan insisi ini diperpanjang ke lateral baik secara tajam atau tumpul. Fasia kemudian dapat dibedah dari otot-otot rektus yang mendasarinya. Untuk menyelesaikan diseksi ini, baik aspek superior dan inferior dari fascia secara berurutan dijepit dengan klem (seperti Kocher), dan diseksi dapat dilakukan dengan kombinasi teknik tumpul serta tajam menggunakan gunting atau kauter. Perawatan diperlukan untuk tidak merusak otot rektus yang mendasarinya. Meskipun, dalam beberapa skenario klinis, otot rektus mungkin sengaja dipotong untuk memberikan akses bedah yang lebih baik (Dodd et al, 2014).

Setelah memisahkan otot rektus di garis tengah, masuk ke rongga perut dicapai dengan membuka peritoneum. Jika menggunakan entri tajam, perawatan harus dilakukan untuk menghindari cedera pada struktur di bawahnya seperti usus. Setelah entri tercapai, sayatan peritoneal biasanya diperpanjang terus menerus. Perawatan diperlukan untuk mencegah cedera pada kandung kemih selama perluasan insisi peritoneal.

Bilah kandung kemih sering ditempatkan pada titik ini untuk memberikan visualisasi segmen bawah rahim. Atau, retraktor penahan diri adalah pilihan. Tutup kandung kemih dapat dibuat pada titik ini jika diinginkan; peritoneum yang menutupi kandung kemih dan segmen bawah rahim dijepit dan

diiris, dan kandung kemih dibedah dari rahim bagian bawah secara tajam atau tumpul (Vayssiere *et al*, 2011). Namun, dalam beberapa percobaan, kelalaian flap kandung kemih menurunkan waktu operasi dan tidak meningkatkan komplikasi seperti hematuria, nyeri, atau infeksi saluran kemih (Dodd *et al*, 2014).

Histerotomi vertikal rendah dapat menjadi pilihan jika ekstraksi janin bermasalah diantisipasi, terutama dalam kasus presentasi sungsang. Sayatan melintang rendah juga dapat diperpanjang secara vertikal untuk membuat sayatan "T", "U", atau "J" untuk memberikan ruang tambahan. Seorang pasien yang telah menjalani insisi uterus transversal atau vertikal rendah dapat menjadi kandidat untuk percobaan persalinan pada kehamilan berikutnya, sedangkan insisi klasik atau "T" sebelumnya merupakan indikasi untuk kelahiran sesar berulang (Mongbo *et al*, 2016).

Sebelum melakukan histerotomi, uterus dapat dipalpasi untuk mengidentifikasi adanya rotasi lateral. Membuat histerotomi di garis tengah daripada lateral dapat membantu ahli bedah untuk menghindari kerusakan pembuluh rahim, terutama jika membuat sayatan melintang. Sayatan dibuat dengan hati-hati dengan pisau bedah dalam gerakan dangkal, kadang-kadang dikombinasikan dengan diseksi tumpul, berhati-hati agar tidak melukai janin. Jika pasien telah mendorong, membuat sayatan tinggi di bidang bedah tetap menciptakan sayatan melintang rendah dan mengurangi risiko perluasan ke pembuluh darah lateral, rahim bagian bawah, atau serviks (Sentilhes *et al*, 2013).

Setelah mencapai jalan masuk uterus, insisi uterus dapat diperpanjang ke lateral baik secara tumpul dengan jari atau tajam dengan gunting perban. Perpanjangan insisi uterus yang tumpul lebih disukai jika memungkinkan, karena ekstensi yang tajam dikaitkan dengan peningkatan morbiditas ibu dan kehilangan darah. Perpanjangan histerotomi cephalad-caudad tumpul, dibandingkan dengan ekstensi transversal tumpul, mengurangi ekstensi

yang tidak diinginkan dan kehilangan darah yang signifikan. Jika miometrium uteri tebal, seperti pada kehamilan sebelumnya atau histerotomi klasik, gunting perban mungkin diperlukan. Histerotomi yang tidak memadai dapat meningkatkan risiko ekstraksi janin yang sulit (Sentilhes *et al*, 2013).

Persalinan janin dalam presentasi verteks dicapai dengan memasukkan tangan ke dalam rongga rahim dan mengangkat kepala janin ke dalam histerotomi. Jika kepala tidak dapat ditinggikan, asisten dapat memberikan elevasi tambahan dari bawah melalui tangan di vagina pasien. Sebagai alternatif, cangkir vakum atau pisau forsep tunggal dapat digunakan untuk mengangkat kepala janin. Setelah mengangkat kepala janin ke dalam sayatan, bilah kandung kemih diangkat, dan tekanan fundus diterapkan untuk mengeluarkan janin dari rahim. Ahli bedah terus membimbing kepala dengan lembut selama proses, dan asisten bedah mungkin berperan dalam memberikan sebagian besar tekanan fundus. Jika tekanan fundus tidak memadai, atau jika tidak dapat dicapai secara memadai (seperti obesitas ibu yang signifikan), cangkir vakum dapat dipasang pada kepala janin untuk persalinan yang dibantu. Forceps juga dapat ditempatkan pada saat persalinan sesar. Aturan yang biasa berlaku saat menggunakan vakum atau forsep, bahkan dalam persalinan sesar (Sentilhes *et al*, 2013).

Jika janin dalam presentasi sungsang, ahli bedah mengidentifikasi letak janin dengan palpasi di dalam rongga rahim. Ada beberapa teknik untuk melahirkan janin sungsang, baik dengan menggenggam kaki atau pinggul untuk membawa janin ke dalam histerotomi. Janin dapat dilahirkan setinggi bahu dengan traksi lembut, kadang-kadang dengan bantuan handuk bedah di sekitar janin. Senjata bilateral secara berurutan disapu dan dikirim. Tekanan fundus kemudian digunakan untuk membantu melenturkan dan melahirkan kepala janin. Manuver Mauriceau Smellie Veit juga dapat

digunakan untuk melenturkan kepala janin; ini melibatkan menempatkan jari pertama dan ketiga dari satu tangan pada tulang pipi janin, menempatkan jari kedua di mulut janin, dan menarik rahang ke bawah. Aplikasi forsep Piper jarang diperlukan untuk melahirkan kepala janin (Sentilhes *et al*, 2013).

Setelah uterus ditutup, dan hemostasis terjamin, cul-de-sac posterior dibersihkan dari darah dan bekuan menggunakan spons laparotomi dan/atau suction. Langkah ini dapat dihilangkan jika rahim belum dieksteriorisasi. Sebelum penutupan fascia, otot rektus dan jaringan subfasia diperiksa untuk memastikan hemostasis. Fascia kemudian ditutup menggunakan jahitan. Jahitan monofilamen juga dapat menurunkan risiko pembentukan hernia berikutnya. Mengenai penutupan seluruh sayatan menggunakan jahitan tunggal versus menggunakan dua jahitan yang bertemu di garis tengah, tidak ada data yang mendukung satu atau yang lain. Penutupan kulit dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai metode, yang paling umum adalah staples bedah atau jahitan subkutikuler. Ada juga staples dan lem perekat subkutikuler yang dapat diserap di pasaran (Sentilhes *et al*, 2013).

Penanganan Pascabedah < 24 Jam

Ibu yang mengalami komplikasi obstetric atau medis memerlukan observasi ketat setelah resiko *Setiocaesarea*. Perawatan umum untuk semua ibu meliputi:

1. Kaji tanda-tanda vital dengan interval diats (15 menit).
2. Lihat tinggi fundus uteri (TFU), adanya perdarahan dari luka dan lokea.
3. Pertahankan keseimbangan cairan.
4. Pastikan analgesa yang adekuat.
5. Penggunaan analgesa epidural secara kontinu sangat berguna

6. Tangani kebutuhan khusus dengan indikasi langsung untuk *Sectio Caesarea*, misalnya kondisi medis seperti diabetes.
7. Anjurkan fisioterapi dada dan ambulasi dini jika tidak ada kontraindikasi.

Jadwalkan pengkajian ulang pasca melahirkan guna memastikan penyembuhan total, dan memastikan tindak lanjut perawatan untuk kondisi medisnya. (Fraser, 2012)

Komplikasi

Menurut Prata, Bell dan Weidert, 2013 komplikasi yang dapat terjadi pasca *Sectio Caesaria* yaitu:

1. Komplikasi: <24 jam (1 hari)
Perdarahan postpartum (PPH):
 - a. Aliran darah vagina terus-menerus bertahan selama 15 sampai 30 menit setelah prosedur.
 - b. Pendarahan vagina 500ml dalam 24 jam mengikuti intervensi.
2. Komplikasi: >24 jam (sampai hari ke-21)
 - a. Infeksi saluran kencing
 - b. Endometritis
 - c. Tromboflebitis pada tungkai bawah (dan panggul)
 - d. Fistula vesiko-uterus
3. Komplikasi jangka panjang
 - a. Plasenta Previa
 - b. Plasenta Akreta, Inkreta, Perkreata
 - c. Ruptur uteri
 - d. Infertilitas sekunder karena infeksi

Daftar Pustaka

- Berrios-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA surgery*. 2017;152(8):784-91.
- Depkes RI, JNPK-KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia.
- Dodd JM, Anderson ER, Gates S, Grivell RM. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014(7): Cd004732.
- Mongbo V, Ouendo EM, De Brouwere V, Alexander S, Dujardin B, Makoutodé M, et Al. La césarienne de qualité: étude transversale dans 12 hôpitaux au Bénin. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2016;64(4):281-93.
- Prata N, Bell S, Weidert K. Prevention of postpartum hemorrhage in low-resource settings: current perspectives. *International journal of women's health*. 2013; 5: 737-52.
- Prawirohardjo, Sarwono. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2011
- Roesch M, Bourtembourg A, Panouilleres M, Ramanah R, Riethmuller D. [Second twin delivery in cephalic presentation. Apropos of a series of 127 patients]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2016;45(3):291-9.
- Schwartz KR, Fredricks K, Al Tawil Z, Kandler T, Odenyo SA, Imbamba J, et al. An innovative safe anesthesia and analgesia package for emergency pediatric procedures and surgeries when no anesthetist is available. *International journal of emergency medicine*. 2016;9(1):16

- Sentilhes L, Vayssiere C, Beucher G, Deneux-Tharoux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2013;170(1):25-32.
- Vayssiere C, Benoist G, Blondel B, Deruelle P, Favre R, Gallot D, et al. Twin pregnancies: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2011;156(1):12-7.
- WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. In: rd, editor. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*. Geneva: World Health Organization Copyright (c) World Health Organization 2015.; 2015.

Profil Penulis



Bd. Dwi Retno Wati, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.

Penulis lahir di Kabupaten Madiun, Jawa Timur pada tanggal 2 November 1994. Penulis merupakan dosen tetap Program Studi Kebidanan Program Pendidikan Profesi Bidan STIKes Husada Jombang dan Sekretaris Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) STIKes Husada Jombang. Penulis menyelesaikan pendidikan tinggi Diploma Tiga Kebidanan di STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun sejak tahun 2013 sampai dengan tahun 2016. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Diploma Empat Kebidanan di Universitas Kadiri Kediri pada tahun 2017 dan lulus pada tahun 2018. Pada tahun 2020 penulis menyelesaikan program Magister Terapan Kebidanan di STIKes Guna Bangsa Yogyakarta.

Beberapa matakuliah yang telah diampu antara lain, Metodologi Penelitian, Konsep Kebidanan, Anatomi Fisiologi, Asuhan Neonatus, Bayi Balita dan Anak Prasekolah, Midwifery Update, Asuhan Kebidanan Nifas dan Asuhan Kebidanan Komplementer. Selain melakukan pengajaran, penulis pun aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang keparannya tersebut.

Email Penulis: dwiretno485@gmail.com

PENYULIT DAN KOMPLIKASI PERSALINAN

Murdiningsih, S.ST., S.Pd., M.Kes.

Poltekkes Kemenkes Palembang

Pengantar

Persalinan dengan beberapa penyulit dapat mengancam jiwa ibu, sehingga diperlukan pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi. Untuk itu, pada Topik ini akan dibahas pokok bahasan tentang *Distosia* Kelainan Presentasi dan Posisi (Mal Posisi), *Distosia* karena Kelainan His, *Distosia* karena Kelainan Alat Kandungan, serta *Distosia* karena Kelainan Janin.

Penyulit dan Komplikasi Persalinan Kala I

Distosia Karena Kelainan HIS

Persalinan Lama

Prinsip Dasar

Masalah

1. Fase laten lebih dari 8 jam
2. Persalinan telah berlangsung 12 Jam atau lebih bayi belum lahir
3. Dilatasi serviks di kanan garis waspada pada persalinan fase aktif

Persalinan lama paling sering terjadi pada primigravida dan dapat disebabkan oleh:

1. Kontraksi uterus yang tidak efektif
2. Disproporsi sefalopelvik
3. Posisi oksipitoposterior
 - a. *False labour* (persalinan palsu/belum inpartu)

His belum teratur dan persio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing, ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat.
 - b. *Prolonged latent phase* (fase laten yang memanjang)

Fase laten persalinan lama dapat didiagnosis secara tidak akurat jika ibu mengalami persalinan palsu. Menurut Prawirohardjo, 2007 menyatakan bahwa pembukaan serviks tidak melewati 3 cm sesudah 8 jam in partu.
 - c. *Prolonged active phase* (Fase aktif memanjang)

Fase aktif ditandai dengan peningkatan laju dilatasi serviks, yang disertai dengan penurunan bagian presentasi janin. Kemajuan yang lambat dapat didefinisikan sebagai durasi total persalinan atau kegagalan serviks untuk berdilatasi dengan kecepatan perjam yang telah ditetapkan. Kecepatan dilatasi 1 cm perjam paling banyak digunakan.
 - d. *Inersia Uteri Hipotonik*

Adalah kelainan his dengan kekuatan yang lemah/tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Diisi kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang. Sering dijumpai pada penderita dengan kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang

 - 1) *Macam-macam Inersia Uteri*
 - a) *Inersia uteri primer*

Terjadi pada permulaan fase latent. Sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat (kelemahan his yang timbul sejak dari permulaan persalinan)

b) Inersia uteri sekunder

Terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan.

Penatalaksanaan

1. Keadaan umum penderita harus segera diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus diperbaiki
2. Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan dan dijelaskan tentang kemungkinan-kemungkinan yang ada.
3. Teliti keadaan serviks, presentasi dan posisi, penurunan kepala/bokong bila sudah masuk PAP pasien disuruh jalan, bila his timbul adekuat dapat dilakukan persalinan spontan, tetapi bila tidak berhasil maka dipersiapkan untuk dilakukan section caesarea.

a. Inersia Uteri Hipertonik

Adalah kelainan his dengan kekuatan cukup besar (kadang sampai melebihi normal) namun tidak ada koordinasi kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus sehingga tidak efisien untuk membuka serviks dan mendorong bayi keluar.

Etiologi

Faktor yang dapat menyebabkan kelainan ini, antara lain rangsangan pada uterus, misalnya pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama disertai infeksi, dan sebagainya.

Penatalaksanaan

Dilakukan pengobatan simptomatis untuk mengurangi tonus otot, nyeri dan mengurangi ketakutan. Denyut jantung janin harus terus

dievaluasi. Bila dengan cara tersebut tidak berhasil, persalinan harus diakhiri dengan sectio caesarea.

b. His Yang Tidak Terkoordinasi

Sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antar kontraksi dan bagian-bagiannya. Jadi kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan, apalagi dalam pengeluaran janin.

Penatalaksanaan

Untuk mengurangi rasa takut, cemas dan tonus otot: berikan obat-obatan anti sakit dan penenang (sedative dan analgetika) seperti morfin, petidin dan valium. Apabila persalinan berlangsung lama dan berlarut-larut, selesaikanlah partus menggunakan hasil pemeriksaan dan evaluasi, dengan ekstraksi vakum, forceps atau sectio caesarea.

Penyulit dan Komplikasi Persalinan Kala II

Distosia Kelainan Presentasi dan Posisi (Mal Posisi)

Pengertian

Malposisi adalah kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi, atau malposisi merupakan abnormal dari vertek kepala janin (dengan ubun-ubun kecil sebagai penanda) terhadap panggul ibu. Dalam keadaan malposisi dapat terjadi partus macet atau partus lama.

Hasil pemeriksaan untuk mendiagnosa malposisi:

1. Pemeriksaan abdominal: bagian terendah abdomen datar, bagian kebagian terendah abdomen datar, bagian kecil janin teraba bagian anterior dan DJJ dibagian samping (flank)
2. Pemeriksaan vaginal: oksiput ke arah sakrum, sinsiput dianterior akan mudah teraba bila kepala defleksi

a. Posisi Occipito Posterior Persisten

Kalau pada *positio occipito posterior* putaran paksi tidak terjadi maka kita sebut *positio occipito posterior persistens*

Sebab-sebab tidak terjadinya putaran paksi ialah

- 1) panggul anthropoid,
- 2) panggul android,
- 3) kesempitan panggul tengah,
- 4) ketuban pecah sebelum waktunya,
- 5) fleksi kepala kurang.

Inertia uteri. Ada kalanya occiput berputar ke belakang dan anak lahir dengan muka di bawah symphysis, ini terutama terjadi kalau fleksi kurang

Terapi, kalau ada indikasi dapat dipilih antara ekstraksi vakum atau forceps.

b. Presentasi puncak kepala

Pada persalinan normal, saat melewati jalan lahir kepala janin dalam keadaan fleksi, dalam keadaan tertentu fleksi tidak terjadi, sehingga ke defleksi. Presentasi puncak kepala disebut juga presentasi sinsiput.

Etiologi:

- 1) Kelainan Panggul
- 2) Anak kecil/mati
- 3) Kerusakan dasar panggul

Penanganan

- 1) Usahakan lahir pervaginam karena kira-kira 75% bisa lahir pervaginam karena kira-kira 75% bisa lahir spontan.
- 2) Bila ada indikasi ditolong dengan vakum/forcep biasanya anak yang lahir didapat caput

Komplikasi Ibu

- 1) Robekan jalan lahir yang lebih luas
- 2) Partus lama

Anak Karena partus lama dan molase hebat sehingga mortalitas anak agak tinggi

c. Presentasi dahi

Presentasi dahi adalah posisi kepala antara *fleksi* dan *defleksi*, sehingga dahi merupakan bagian teredah. Posisi ini biasanya akan berubah menjadi letak muka atau belakang kepala. Kepala menusuk panggul dengan dahi melintang/miring pada waktu putaran paksi dalam, dahi memutar kedepan dan berada di bawah arkus pubis, kemudian terjadi fleksi sehingga belakang kepala terlahir melewati perineum lalu terjadi defleksi sehingga lahirlah dagu.

Etiologi:

- 1) Panggul sempit
- 2) Janin besar
- 3) Multiparitas
- 4) Kelainan janin
- 5) Kematian janin intra uterin

Penanganan:

Persentase dahi dengan ukuran panggul dan janin yang normal, tidak dapat lahir spontan pervaginam, jadi lakukan SC.

Komplikasi:

- 1) Pada Ibu: Partus lama, bisa terjadi robekan yang hebat dan ruptur uteri
- 2) Pada Anak: Mortalitas janin tinggi

d. Persentasi muka

Letak muka adalah letak kepala dengan defleksi maksimal hingga occiput mengenai punggung dan

muka terarah kebawah. punggung terdapat dalam *lordose* dan biasanya terdapat di belakang. Disebabkan oleh terjadinya ektensi yang penuh dari kepala janin. Yang teraba padamuka janin adalah mulut, hidung dan pipi.

Etologi:

- 1) Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter transversa
- 2) Segmen depan menyempit
- 3) Otot-otot dasar panggul yang lembek dan multipara
- 4) Kepala janin yang kecil dan bulat

Dagu merupakan titik acuan dari posisi kepala sehingga ada presentasi muka dagu

Anterior dan Posterior:

- 1) Presentasi muka dagu anterior posisi muka *fleksi*
- 2) Presentasi muka dagu posterior posisi muka *defleksi Max*

Penanganan

- 1) Daggu posterior

Bila pembukaan lengkap:

- a) Lahirkan dengan persalinan spontan pervaginam
- b) Bila kemajuan persalinan lambat lakukan oksitosin drip
- c) Bila penurunan kurang lancar
- d) Bila pembukaan belum lengkap: Tidak didapatkan tanda obstruksi, lakukan oksitosin drip. Lakukan evaluasi persalinan sama dengan persalinan vertek.

- 2) Daggu anterior
 - a) Bila pembukaan lengkap Secio Caesaria
 - b) Bila pembukaan tidak lengkap, lakukan penilaian penurunan rotasi, dan kemajuan persalinan, jika macet lakukan Secio Caesaria

Distosia Karena Kelainan Alat Kandungan

1. Vulva

Kelainan yang bisa menyebabkan kelainan vulva adalah oedema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, kondiloma akuminata dan fistula.

a. Oedema vulva

Bisa timbul pada waktu hamil, biasanya sebagai gejala preeclampsia akan tetapi dapat pula mempunyai sebab lain misalnya gangguan gizi. Pada persalinan lama dengan penderita dibiarkan mengejan terus, dapat pula timbul oedema pada vulva. Kelainan ini umumnya jarang merupakan rintangan bagi kelahiran pervaginam.

b. Varises

Wanita hamil sering mengeluh melebarnya pembuluh darah di tungkai, vagina, vulva dan wasir, tetapi dapat menghilang setelah kelahiran. Hal ini karena reaksi sistem vena pembuluh darah seperti otot – otot ditempat lain melemah akibat hormone estroid.

Bahaya varises dalam kehamilan dan persalinan adalah bila pecah dapat menjadi fatal dan dapat pula terjadi emboli udara. Varises yang pecah harus di jahit baik dalam kehamilan maupun setelah lahir.

2. Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah:

a. Kelainan vagina

Pada aplasia vagina tidak ada vagina ditempatnya introitus vagina dan terdapat cekungan yang agak dangkal atau yang agak dalam. Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalisasi sehingga terdapat satu septum yang horizontal, bila penutupan vagina ini menyeluruh, menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar, namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin pada partus kala II.

b. Stenosis vagina congenital

Jarang terdapat, lebih sering ditemukan septum vagina yang memisahkan vagina secara lengkap atau tidak lengkap pada bagian kanan atau bagian kiri. Septum lengkap biasanya tidak menimbulkan distosia karena bagian vagina yang satu umumnya cukup lebar, baik untuk koitus maupun lahirnya janin.

3. Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah *distosia servikalis*. Karena *disfunctional uterine action* atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi sehingga merupakan lembaran kertas dibawah kepala janin.

Distosia Karena Kelainan Janin

1. Bayi Besar (*Makrosomia*)

Makrosomia adalah bayi yang berat badannya pada saat lahir lebih dari 4000 gram. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram. Frekuensi berat badan lahir lebih dari 4000 gram adalah 5,3% dan yang lebih dari 4500 gram adalah 0,4%.

Etiologi

- a. Bayi dan ibu yang menderita diabetes sebelum hamil dan bayi dari ibu hamilyang menderita diabetes selama kehamilan.
- b. Terjadi obesitas pada ibu juga dapat menyebabkan kelahiran bayi besar (bayigiant).
- c. Pola makan ibu yang tidak seimbang atau berlebihan juga mempengaruhi kelahiran bayi besar

Tanda dan Gejala

- a. Berat badan lebih dari 4000 gram pada saat lahir
- b. Wajah mengembung, pletoris (wajah tomat)
- c. Besar untuk usia gestasi
- d. Riwayat intrauterus dari ibu yang diabetes dan ibu yang polihidramnion

Penatalaksanaan

Jika dijumpai diagnosis makrosomia maka bidan harus segera membuat rencana asuhan atau perawatan untuk segera diimplementasikan, tindakan tersebut adalah merujuk pasien. Alasan dilakukan rujukan adalah untuk mengantisipasi adanya masalah-masalah pada janin dan juga ibunya.

Masalah potensial yang akan dialami adalah:

- a. Resiko dari trauma lahir yang tinggi jika bayi lebih besar dibandingkan panggul ibunya
- b. Perdarahan *intracranial*
- c. *Distocia* bahu
- d. *Rupture uteri*
- e. Robekan perineum
- f. Fraktur anggota gerak

2. Hidrosefalus

Pengertian

Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan atau pernah dengan tekanan intracranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500 – 1500 ml akan tetapi kadang – kadang dapat mencapai 5 liter.

Etiologi

- a. Kelainan bawaan (congenital)
- b. *Stenosis akuaduktus sylvii*
- c. *Spina bifida dan cranium bifida*
- d. *Sindrom Dandy Walker*
- e. Infeksi
 - 1) Akibat infeksi dapat timbul perlekatan meningen. Secara patologis terlihat penebalan jaringan piamater dan araknoid sekitar sisterna basalis dan daerah lain. Penyebab infeksi lain adalah toxoplasmosis.
 - 2) Neoplasma
 - 3) Hidrosefalus oleh obstruksi mekanik yang data terjadi disetiap tempat aliran CSS. Pada anak yang terbanyak menyebabkan penyumbatan ventrikel IV atau akuaduktus sylvii bagian terakhir biasanya suatu glikoma yang berasal dari cerebrum, penyumbatan bagian depan ventrikel III disebabkan kraniofaringioma.

Penyulit dan Komplikasi Persalinan Kala III

1. Retensio Plasenta

Pengertian

Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat

implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

Etiologi

- a. Faktor maternal: gravida tua dan multiparitas.
- b. Faktor uterus: bekas section caesarea, bekas pembedahan uterus, tidak efektifnya kontraksi uterus, bekas kuretase uterus, bekas pengeluaran manual plasenta, dan sebagainya.
- c. Faktor plasenta: plasenta previa, implantasi corneal, plasenta akreta dan kelainan bentuk plasenta.

Klasifikasi

- a. Plasenta adhesiva: plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
- b. Plasenta akreta: vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa.
- c. Plasenta inkreta: vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium.
- d. Plasenta perkreta: vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.
- e. Plasenta inkarserata: tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.

Penatalaksanaan

Apabila plasenta belum lahir $\frac{1}{2}$ -1 jam setelah bayi lahir terlebih lagi apabila disertai perdarahan lakukan plasenta manual.

Penyulit dan Komplikasi Persalinan Kala IV

1. Atonia Uteri

Pengertian

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan

alasan paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan.

Etiologi

Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang), seperti:

- a. Regangan rahim berlebihan, seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
- b. Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
- c. Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
- d. Partus lama
- e. Malnutrisi
- f. Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
- g. Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

Penatalaksanaan

- a. Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)
 - b. Pastikan bahwa kantung kemih kosong
 - c. Lakukan kompresi bimanual interna selama 5 menit. Kompresi uterus ini akan memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka di dinding dalam uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
 - d. Anjurkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna.
 - e. Keluarkan tangan perlahan – lahan.
 - f. Berikan ergometrin 0,2 mg IM (jangan diberikan bila hipertensi).
-

- g. Ergometrin akan bekerja selama 5-7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus.
 - h. Pasang infuse 500 cc ringer laktat +20 unit oksitosin
 - i. Ulangi kompresi bimanual interna (KBI) yang digunakan bersama ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi.
 - j. Dampingi ibu ketempat rujukan. Teruskan melakukan KBI. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka dinding uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
 - k. Lanjutkan infuse ringer laktat +20 unit oksitosin dalam 500 ml larutan dengan laju 500 ml/jam hingga tiba ditempat rujukan. Ringer laktat akan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan.
2. Emboli Air Ketuban

Pengertian

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur – unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin dan cairan kental.

Etiologi

Belum jelas diketahui secara pasti.

Faktor Resiko

- a. Multipara
- b. Solusio plasenta
- c. IUFD
- d. Partus presipitatus
- e. Suction curettage

- f. Terminasi kehamilan
- g. Trauma abdomen
- h. Versi luar
- i. Amniosentesis

Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan primer bersifat suportif dan diberikan secara agresif
- b. Terapi awal adalah memperbaiki cardiac output dan mengatasi DIC
- c. Bila anak belum lahir, lakukan section caesarea dengan catatan dilakukan setelah keadaan umum ibu stabil.

Daftar Pustaka

- Ari Kurniarum, S. SiT., M. Kes, (2016) *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*, kementerian kesehatan republik Indonesia
- Bagian Obstetri & Ginekologi (1984) *Obtetri Patologi Fakultas kedokteran Universitas Pajajaran Bandung*
- Bennet and Brown. 2009. *Myles Texbook for Midwives (13 Ed)*. UK London
- Bobak. 2011. *Buku ajar Keperawatan Maternitas*. EGC: Jakarta.
- Prawirohardjo sarwono, (2009) *buku acuan nasional pelayanan kesehatan Maternal dan neonatal* Pt Bina Pusta jakarta
- Manuaba. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Penerbit EGC: Jakarta.
- Mochtar, R. 2007. *Sinopsis Obstetri*. Penerbit EGC: Jakarta.
- Varney. 2007. *Buku ajar Asuhan Kebidanan Vol.2*. EGC: Jakarta

Profil Penulis



Murdiningsih, S.ST., S.Pd., M.Kes.

Ketertarikan penulis pada bidang kesehatan sejak tahun 1978 sudah menjadi seorang perawat, di pelayanan kesehatan di RS DR Moch Husin Palembang, pada tahun 1981 lulus sekolah bidan Jambi, kemudian penulis melanjutkan sekolah ke Akper depkes Palembang tahun lulus 1994 langsung menjadi dosen, mata ajaran keperawatan Maternitas pada tahun yang sama, kemudian melanjutkan ke sekolah tinggi ilmu pendidikan Jurusan Psikologi pendidikan, tahun lulus 1997, pada tahun 1999 melanjutkan ke Universitas Indonesia Pendidikan: S 2 Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Reproduksi Universitas Indonesia tahun lulus tahun 2001, Pada tahun 2003 lulus D3 Kebidanan Poltekkes Padang, dan tahun 2010 lulus D4 kebidanan Pendidik Poltekkes Palembang. Penulis Merupakan dosen Poltekkes Palembang sejak tahun 1994 sampai dengan sekarang Jurusan Kebidanan Sarjana Terapan, dalam pembelajaran mahasiswa DIII maupun DIV, serta fropesi kebidanan, mengajarkan asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, maupun kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, ada beberapa hasil penelitian yang sudah di jurnalkan oleh penulis baik itu kedalam jurnal Nasional maupun internasional.

Email Penulis: murdi.ningsih1957@gmail.com

KEGAWATDARURATAN OBSTETRI

dr. Cipta Pramana, Sp.OG(K).

Bagian Obstetri dan Ginekologi
Rumah Sakit Daerah KRMT Wongsonegoro
Kota Semarang

Pendahuluan

Kematian ibu atau bayi baru lahir merupakan indikator ketidakberhasilan dari sistem kesehatan. Sebagian besar kematian ibu terutama di negara berkembang terjadi selama kehamilan, persalinan, dan 42 hari pasca melahirkan. Sebagian besar kematian ibu tersebut sebenarnya dapat dicegah. (Ahmed & Fullerton, 2019) Untuk mencegah kematian ibu dibutuhkan kerjasama semua pihak antara lain pemerintah, swasta dan peran serta masyarakat. (Zulkhaedir Abdussamad, Erlia Rosita, dkk., 2021) Indikator utama keberhasilan program kesehatan ibu adalah Angka Kematian Ibu (AKI). Definisi AKI adalah semua kematian ibu selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab lain seperti kecelakaan atau insidental di setiap 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu secara umum terjadi penurunan selama periode tahun 1991 sampai 2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Namun angka ini belum mencapai target MDGs yang harus dicapai 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil Supas tahun 2015 memperlihatkan angka kematian ibu tiga kali lipat dibandingkan target MDGs. (Indonesia, 2021)

Diagnosis dini dan penanganan kasus kegawat-daruratan obstetri yang cepat dan tepat merupakan salah satu faktor yang dapat mencegah komplikasi ibu hamil, persalinan dan nifas yang mempunyai kontribusi untuk menurunkan AKI. Bidan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan maternal di masyarakat harus kompeten dalam penanganan kegawat-daruratan. Sehingga saat ini dipersyaratkan bagi tenaga bidan yang akan praktik bidan mandiri maupun bekerja di rumah sakit harus mengikuti pelatihan Asuhan Persalinan Normal. Di dalam pelatihan ini selain dilatih tentang proses persalinan normal, juga penanganan kasus-kasus kegawat-daruratan maternal.

Pada tulisan ini kami akan membahas secara singkat tentang diagnosis dan penanganan kegawat-daruratan Obstetri yang sering kita temukan dalam praktik klinik sehari-hari yaitu perdarahan antepartum khususnya plasenta previa dan solusio plasenta.

Kegawatdaruratan Obstetri

Keadaan emergensi pada kasus obstetri dapat dibagi sebagai berikut:

1. Kegawatdaruratan pada waktu kehamilan

Bisa terjadi pada kehamilan trimester satu, trimester dua dan trimester tiga. Pada kehamilan trimester satu antara lain adalah abortus inkomplet, kehamilan ektopik terganggu dan mola hidatidosa. (Pramana, 2021) Pada kehamilan trimester dua antara lain adalah abortus inkomplet, mola hidatidosa, perdarahan antepartum (setelah kehamilan 22 minggu) dan preeklampsia/eklampsia (setelah kehamilan 20 minggu), kasus yang muncul pada kehamilan trimester tiga adalah perdarahan antepartum (solusio plasenta atau plasenta previa), dan preeklampsia/eklampsia. Sekarang sebagai penyebab kematian ibu adalah preeklampsia/elampsia, perdarahan dan infeksi.

2. Kegawatdaruratan pada waktu persalinan

Bisa terjadi saat inpartu kala I, inpartu kala II, inpartu kala III dan inpartu kala IV. Keadaan yang

bisa muncul pada inpartu kala I maupun kala II adalah perdarahan intrapartum karena solusio plasenta atau rupture uteri. Partus tak maju pada kala I dan partus macet pada kala II. (Pramana, 2018) Perdarahan post partum bisa ditemukan setelah bayi lahir disebabkan oleh karena empat faktor (dikenal dengan istilah 4 T) yaitu a. Tonus (atonia uteri) b. *Tissue* (retensio plasenta, plasenta restan), c. Trauma (robekan jalan lahir dari serviks, portio, vagina, dan perineum sampai rektum), d. Trombin (gangguan pembekuan darah)

3. Kegawatdaruratan pada nifas

Kondisi yang terjadi pada masa nifas meliputi antara lain adalah a. Anemia berat bahkan bisa timbul gejala-gejala pre-syok hipovolemik akibat perdarahan yang disebabkan sisa plasenta (plasenta restan). Kasus ini kadang ditemukan setelah pasien selesai melahirkan beberapa hari bahkan lebih satu minggu. Terjadi perdarahan yang terus menerus sehingga terjadi anemia. b. Kondisi kegawatan yang bisa ditemukan lainnya adalah sepsis post partum atau post operasi seksio sesarea. Meskipun jarang ditemukan tetapi bila terjadi sepsis sering mengancam jiwa ibu.

Dalam artikel yang pendek ini penulis tidak akan membahas semua kasus kegawatdaruratan obstetri, tetapi cukup membahas tentang perdarahan antepartium yang sering ditemukan di dalam praktik sehari-hari

Perdarahan Antepartum

Definisi

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi pada kehamilan lebih 22 minggu sebelum bayi lahir. Ada beberapa definisi tentang perdarahan antepartum, masing-masing negara berbeda. Di Kanada sebagai patokan usia kehamilan adalah setelah 20 minggu, di Amerika serikat setelah usia 24 minggu. (Gandhi et al., 2016) Di Indonesia menggunakan batas usia kehamilan setelah 22 minggu. (Wiknyosastro H, Saifuddin AB, 1991)

Namun literatur lain mengatakan perdarahan antepartum bila terjadi perdarahan setelah usia kehamilan 28 minggu. (Dutta, 2015)

Etiologi

Di bidang obstetri ada dua penyebab utama perdarahan antepartum (PAP) yaitu plasenta previa dan solusio plasenta, yang merupakan lebih dari 50% kasus PAP. Penyebab lain yang mungkin muncul adalah vasa previa, ruptur uteri, laserasi pada jalan lahir di vulva, vagina maupun serviks.

Penyebab Perdarahan Antepartum

1. Faktor plasenta

Plasenta previa

Solusio plasenta

Vasa previa

2. Faktor non plasenta

Erosio serviks uteri

Kanker serviks uteri

Polips serviks uteri

Varises vagina/vulva

3. Trauma

4. Benda asing

5. Laserasi jalan lahir

Plasenta Previa

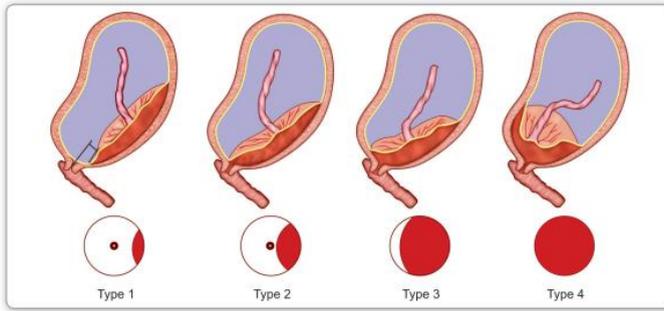
Definisi: adalah keadaan implantasi plasenta terletak di dekat serviks atau menutupi sebagian maupun seluruh ostium uteri internum.

Dasar diagnosis:

1. Perdarahan pervaginam (darah merah segar) yang terjadi tiba-tiba bisa saat istirahat, duduk atau tidur.
2. Disertai atau tidak nyeri perut, namun umumnya tidak disertai nyeri kecuali terjadi bersamaan dengan kontraksi uterus.
3. Pemeriksaan abdomen (leopold), bagian bawah janin tidak masuk panggul atau terjadi kelainan letak (letak bokong atau letak lintang)
4. Kondisi janin dan ibu sesuai dengan jumlah perdarahan yang keluar. Umumnya baik bila tidak terjadi perdarahan yang banyak.
5. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG): ditemukan gambaran plasenta menutupi Ostium uteri internum
6. Pemeriksaan dengan inspekulo: ada darah mengalir dari ostium uteri eksternum (pada kasus perdarahan antepartum tidak diperbolehkan melakukan pemeriksaan dalam vagina)



Gambar 19.1. Pemeriksaan USG untuk mendiagnosis Plasenta previa totalis



Gambar 19.2. Menunjukkan beberapa tipe plasenta previa (Dutta, 2015)

Type 1: Plasenta letak rendah, ujung plasenta mendekati ostium uteri internum (jarak 2 cm)

Type 2: Plasenta previa marginalis, ujung plasenta berada dipinggir ostium uteri internum

Type 3: Plasenta previa lateralis/parsialis, plasenta menutupi Sebagian ostium uteri internum

Type 4: Plasenta previa totalis, plasenta menutupi seluruh ostium uteri eksternum

Tata-laksana

Apabila di fasilitas kesehatan primer (Puskesmas, Klinik bersalin atau praktik bidan Mandiri) ditemukan kasus perdarahan antepartum karena plasenta previa maka harus dirujuk ke rumah sakit. Perlu diberikan cairan infus RL atau NaCl sebelum dirujuk baik perdarahan aktif maupun tidak. Karena perdarahan aktif bisa terjadi sewaktu-waktu.

Semua kasus plasenta previa dilakukan persalinan dengan seksio sesarea, kecuali plasenta letak rendah (jarak plasenta dan ostium uteri internum 2 cm) dapat dilakukan persalinan pervaginam. (Gandhi et al., 2016) Menurut pengalaman penulis, pengelolaan di rumah sakit tergantung dari berat-ringannya perdarahan, kondisi ibu dan janin serta usia kehamilan. Pada kasus plasenta previa baik perdarahan aktif atau ringan di usia kehamilan aterm dilakukan terminasi kehamilan dengan

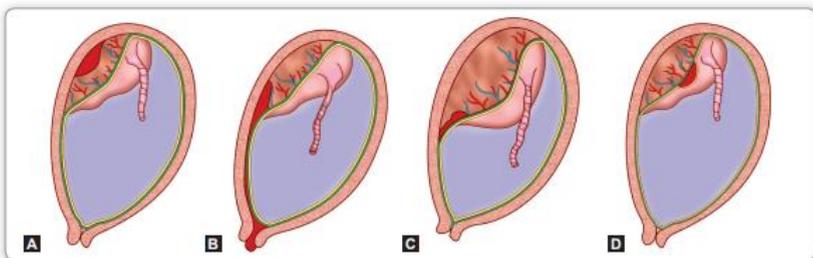
seksio sesarea. Pada usia kehamilan preterm: bila perdarahan minimal masih bisa konservatif ditunggu sampai aterm. Selama konservatif diberikan transfusi bila anemia kurang 8 gr% dan diberikan kortikosteroid pada kehamilan kurang 34 minggu.

Solusio Plasenta (*Abruptio Placentae*)

Definisi: adalah lepasnya plasenta dari tempat melekatnya yang normal pada uterus, sebelum janin dilahirkan.

Dasar diagnosis:

1. Perdarahan dari jalan lahir yang tidak sesuai antara jumlah darah yang keluar dengan keadaan umum ibu. Artinya adalah kemungkinan darah yang keluar dari jalan lahir sedikit tetapi kondisi ibu dan janinnya jelek, karena sebetulnya terjadi perdarahan yang banyak tetapi terkumpul di antara plasenta yang lepas dengan dinding endometrium uterus.
2. Darah yang keluar berwarna merah kehitaman
3. Pada perdarahan yang banyak keadaan umum ibu anemis dan disertai tanda-tanda pre-syok/syok.
4. Pemeriksaan abdomen: nyeri perut, tegang seperti papan
5. Pemeriksaan denyut jantung janin: ditemukan tanda-tanda fetal distress sampai tidak terdengar (meninggal dalam rahim).



Gambar 19.3. Beberapa macam bentuk solusio plasenta (Dutta, 2015)

(A) *Concealed*: Darah terkumpul di belakang plasenta yang terlepas atau terkumpul di antara selaput-selaput dan desidua. (B) *Revealed*: Setelah plasenta terlepas, darah mengalir ke bawah antara membran dan desidua. Pada akhirnya, darah keluar melalui saluran serviks dan dapat dilihat di vagina. Ini adalah tipe yang paling umum.

(C) *Marginal (subchorionic)* (D) *Preplacental (Subamniotic)*

Klasifikasi berdasarkan gambaran klinis:

Derajat-0: Gejala klinis tidak ada, diketahui setelah bayi dilahirkan

Derajat-1: perdarahan pervaginam ringan, uterus nyeri tekan minimal, keadaan umum ibu baik.

Derajat-2: perdarahan pervaginam ringan sampai sedang, nyeri tekan uterus, tanda vital masih baik, kadar fibrinogen mulai menurun.

Derajat-3: perdarahan sedang sampai berat atau tersembunyi, nyeri tekan uterus, kematian janin intra uterine, ada tanda dan gejala syok, gangguan pembekuan darah.

Beberapa faktor risiko terjadinya solusio plasenta antara lain adalah multiparitas, usia tua, malnutrisi, sosial ekonomi rendah, hipertensi, trauma abdomen, hidramnion, kehamilan kembar dan lain-lain. Sehingga untuk mencegah terjadinya solusio plasenta dengan cara menghindari faktor-faktor risiko tersebut. (Dutta, 2015; Gandhi et al., 2016)

Faktor risiko

Beberapa faktor risiko yang mempengaruhi timbulnya solusio plasenta adalah hipertensi, merokok sigaret, trauma/kecelakaan, kekerasan dalam rumah tangga, dekompresi uterus secara tiba-tiba, tali pusat pendek, mengkonsumsi alkohol, fibroid retroplasenta, amniosisintesis, usia tua, korioamnionitis, dan versi luar. (Gandhi et al., 2016; Hiralal Konar, 2018)

Komplikasi Fetomaternal

Komplikasi tergantung berat ringannya perdarahan, luasnya plasenta yang lepas, status kesehatan ibu dan janin, usia kehamilan dan cepat tidaknya mendapatkan perawatan medis.

Komplikasi ibu

Risiko pada ibu bisa menimbulkan kematian akibat syok hemoragik yang berat, koagulopati/DIC (*Disseminated Intravascular Coagulopathy*), perdarahan post partum akibat gangguan pembekuan darah atau karena *uterus Couvelaire* (keadaan dimana darah masuk ke dalam myometrium dan mengganggu kontraksi uterus), gagal ginjal akut karena akibat syok hipovolemik atau DIC yang menimbulkan kerusakan tubulus ginjal maupun korteks ginjal, kegagalan organ multiple (nekrosis liver, adrenal dan hipofisis) akibat hipotensi berat yang lama. (Gandhi et al., 2016; Hiralal Konar, 2018)



A



B

Gambar 19.4. A. Uterus couvelair, dinding uterus warna kebiruan karena darah yang masuk ke dalam myometrium. B. Stolsel darah yang menggumpal ditemukan di dalam cavum uteri dan cavum abdomen/pelvis

Komplikasi pada janin

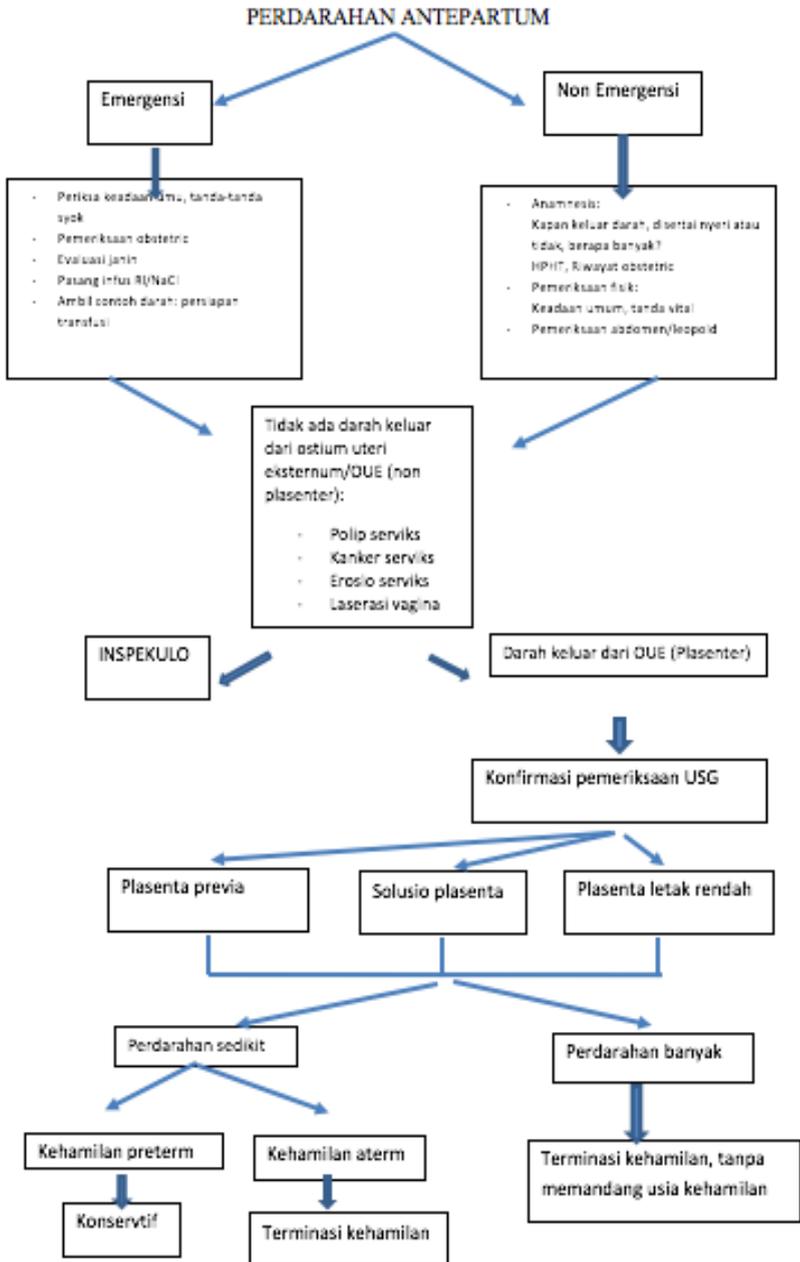
Kematian neonatus terjadi pada 10-30% kasus. Kira-kira, 50% solusio plasenta terjadi sebelum usia kehamilan 36 minggu, mengakibatkan hasil yang merugikan berupa

kelahiran bayi prematur. Penyebab kematian perinatal termasuk prematuritas, malformasi kongenital, intra uterine growth retardation(IUGR), dan hipoksia janin. (Gandhi et al., 2016)

Tata-laksana

Pengalaman penulis pertama kali yang harus dilakukan adalah pemberian cairan infus Ringer lactat atau NaCl. Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui kadar hemoglobin dan trombosit sekaligus pemeriksaan golongan darah untuk persiapan transfusi bila diperlukan. Juga pemberian oksigen nasal hidung serta terus memantau kondisi ibu dan janin.

Manajemen tergantung pada: a. Tingkat keparahan solusio plasenta dan kondisi ibu. Bila solusio plasenta ringan dan kondisi ibu baik masih bisa konservatif. b. kondisi janin (misal fetal distress) maka harus diterminasi kehamilannya. c. Usia kehamilan (bila aterm diterminasi kehamilannya). Metode persalinan bila terjadi solusio yang berat sebaiknya dilakukan operasi seksio sesarea, karena bila dilakukan persalinan pervaginam dikhawatirkan terjadi perdarahan post partum akibat atonia uteri karena penurunan kadar fibrin dan trombosit darah. (Gandhi et al., 2016)



Gambar 19. 1.
Algoritme Penanganan Kasus Perdarahan Ante Partum

Kesimpulan

Kasus kegawatdaruratan obstetri sering ditemukan dalam praktik sehari-hari baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama (Puskesmas, praktik Bidan Mandiri, klinik Bersalin), maupun di rumah sakit. Kondisi tersebut bisa ditemukan saat kehamilan, persalinan maupun nifas. Perdarahan antepartum merupakan salah satu kasus emergensi yang dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya. Sebagai tenaga kesehatan (bidan atau dokter umum) yang menangani kesehatan maternal terutama di faskes pertama harus kompeten untuk menangani kasus-kasus tersebut, dapat mendiagnosis secara dini, melakukan tindakan kegawatdaruratan yang tepat sebelum melakukan rujukan ke rumah sakit. Bagi tenaga kesehatan di rumah sakit demikian juga harus kompeten menangani kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri secara cepat dan tepat agar dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas baik maternal maupun perinatal. Belajar dan terus berlatih merupakan salah satu cara agar para tenaga kesehatan terjaga kualitas pelayanannya.

Daftar Pustaka

- Ahmed, S., & Fullerton, J. (2019). Challenges of reducing maternal and neonatal mortality in Indonesia: Ways forward. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 144, 1–3. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12728>
- Dutta, D. (2015). *DC Dutta's Textbook of OBSTETRICS* (H. Konar (ed.); Eight). Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.
- Gandhi, A., Malhotra, N., Malhotra, J., Gupta, N., & Bora, N. M. (2016). Principles of critical care in obstetrics. *Principles of Critical Care in Obstetrics*, 1, 1–368. <https://doi.org/10.1007/978-81-322-2692-5>
- Hiralal Konar. (2018). *DC Dutta's Textbook of Obstetrics* (Ninth Edit). Jaypee The health Sciences Publisher.
- Indonesia, K. K. R. (2021). Profil Kesehatan Indonesia 2020. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*. <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-Tahun-2020.pdf>
- Pramana, C. (2018). *Ilmu Phantom Obstetri Dalam Praktik Klinik* (Edisi I). CV. Sagung Seto.
- Pramana, C. (2021). *Praktis Klinis Ginekologi* (Pertama). CV. Media Sains Indonesia. https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=9icqEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&ots=PMgkZ4RBQ6&sig=3XhD0AuaattpVUGsfQkqi75kkB0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Wiknyosastro H, Saifuddin AB, R. T. (1991). *Ilmu Kebidanan* (Ketiga). Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Zulkhaedir Abdussamad, Erelia Rosita, Ahmad Guntur Alfianto, Cipta Pramana, Budi Kristianto, Kurniawan Erman Wicaksono, Eka Lutfiatus Solehah, W Wahyuni, Kinanthi Estu Linadi, Budi Prasetyo, Helena Kidi Labot, S. W. P. (2021). *Promosi Kesehatan: Program Inovasi dan Penerapan* (Sudarwati Nababan (ed.)). Media Sains Indonesia. https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=gCtGEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&ots=nxgAdr3YqS&sig=hNs41kbwho72o0-meN-VJXJShU8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Profil Penulis



dr. Cipta Pramana, Sp. OG(K).

Lulus SMA Negeri Klaten tahun 1984, kemudian melanjutkan Pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang lulus Dokter Umum tahun 1992. Selanjutnya mengabdikan diri sebagai dokter umum di propinsi Timor-Timur (sekarang negara Timor Leste) antara tahun 1994- 1999 hingga propinsi Timor-Timur lepas dari NKRI. Lulus dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang tahun 2004. Tugas sebagai dokter Obsgin di RSUD Biak Papua tahun 2005- 2012. Tahun 2015 lulus sebagai dokter Konsultan Obstetri dan Ginekologi Sosial Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sejak tahun 2012 sampai sekarang sebagai staf Medis Fungsional di bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD K.R.M.T Wongsonegoro kota Semarang. Selain itu juga menjadi dosen pembimbing klinis mahasiswa Fakultas Kedokteran (Universitas Tarumanagara Jakarta, Universitas Trisakti Jakarta, Universitas Islam Sultan Agung Semarang, Universitas Wahid Hasyim Semarang), Dosen Pasca Sarjana S2 Kebidanan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta. Sudah menulis dan menerbitkan sebanyak 11 buah buku baik berupa buku Monograf maupun *Book Chapter*. Buku tentang Kesehatan dan Kedokteran maupun Pendidikan. Puluhan publikasi artikel ilmiah di jurnal internasional maupun nasional. Saat ini penulsi sedang mengikuti Pendidikan di Program Pascasarjana S3 Manajemen Pendidikan Universitas Negeri Semarang.

Email Penulis: pramanacipta@yahoo.com

Profil Editor



Ns. Arif Munandar, M.Kep

Lahir di Rato Bolo Bima NTB, 14 Oktober 1989. Beliau seorang Dosen di STIKES Yahya Bima, Editor adalah tokoh pemuda yang gemar berkarya dalam hal menulis, meneliti, dan menciptakan beberapa karya sastra lainnya. Ketertarikan Editor terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2009 silam. Hal ini membuat penulis memilih untuk masuk sekolah kesehatan di Sekolah Tinggi Kesehatan (STIKES) Mataram, dan berhasil lulus pada tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan profesi Ners pada institusi yang sama dan lulus pada tahun 2014 yaitu STIKES Mataram. Tiga tahun kemudian yaitu pada tahun 2017, penulis melanjutkan studi S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus pada tahun 2019.

Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan jiwa, manajemen keperawatan, riset kualitatif, sastra indonesia dan public speaking. Selain sebagai Editor, Reviewer, Peneliti, Penyair, Dosen, juga aktif menulis buku book chapter, buku ajar, buku saku, buku referensi, buku monograf dan puisi dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menulis puisi, Penerbit Jendela Sastra Indonesia (JSI) memberikan penghargaan sebagai salah satu Penulis Puisi Terpilih Tahun 2018. Editor merupakan tokoh pemuda Nusa Tenggara Barat yang gemar menulis. Beliau merupakan sosok yang sederhana, religius, berjiwa sosial dan merakyat. Dalam prinsip kehidupan beliau selalu menjunjung tinggi kedisiplinan, kejujuran, komitmen dan konsisten terhadap sesuatu kegiatan / aktivitas. Keberhasilan atau kesuksesan tidak hanya bermodal belajar, tetapi berdoa dan jemputlah tujuan yang diraih dengan berusaha atau bertindak dengan niat untuk ibadah dan bermanfaat untuk orang lain. Motto beliau yang selalu digaungkan dalam kehidupannya adalah “Jangan Biarkan Matahari Berlalu Tanpa Makna dan Jangan Biarkan Pula Rembulan Bersinar Tanpa Arti”. Demikian profil singkat Editor, semoga bisa menjadi inspirasi bagi rekan rekan sejawat khususnya para generasi muda, tetap semangat, bekerja, berusaha, berdoa dan bertawakal.

Email : arifm96553@gmail.com

No. Kontak : 085253708078

- 1 SEJARAH PERKEMBANGAN PELAYANAN DAN PENDIDIKAN KEBIDANAN
Deki Syaputra ZE, M.Hum.
- 2 FALSAFAH KEBIDANAN DAN FILOSOFI ASUHAN KEBIDANAN
Rosyati Pastuty, S.SiT, M.Kes.
- 3 MANAJEMEN KEBIDANAN
Kharisma Virgian, S.ST., M.Keb.
- 4 KOMUNIKASI DAN KONSELING DALAM KEBIDANAN
Vida Wira Utami, S.ST., Bdn., M.Kes.
- 5 PROMOSI KESEHATAN DALAM PELAYANAN KEBIDANAN
Nurul Komariah, S.ST., M.Keb.
- 6 MUTU PELAYANAN KEBIDANAN DAN METODE PENINGKATAN MUTU
Stephanie Lexy Louis, S.ST., M.Biomed.
- 7 KELUARGA BERENCANA
Reffi Dhamayanti, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.
- 8 BIDAN DAN STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS
Evi Yuniarti, S.ST., M.Kes.
- 9 PEMERIKSAAAN GINEKOLOGI DAN KELAINAN GINEKOLOGI
Yoan Putri Praditia Susanto, S.ST., M.Keb.
- 10 ETIKOLEGAL DAN HUKUM DALAM PRAKTIK KEBIDANAN
Indah Christiana, S.ST., M.Kes.
- 11 KONSEP ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS
Ayu Nina Mirania, S.ST., M.Bmd.
- 12 ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN
Herlina, S.ST., M.Kes.
- 13 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR
Elitas Vasra, S.ST, M.Keb.
- 14 ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN MENYUSUI
Nesi Novita, S.Si.T, M.Kes.
- 15 TUMBUH KEMBANG BAYI, BALITA DAN ANAK PRASEKOLAH
Ns. Neneng Fitria Ningsih, S.Kep. M.Biomed.
- 16 DOKUMENTASI KEBIDANAN
Matje Meriaty Huru, S.ST., M.Kes.
- 17 PERTOLONGAN PERSALINAN DAN OPERASI
Bd. Dwi Retno Wati, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.
- 18 PENYULIT DAN KOMPLIKASI PERSALINAN
Murdiningsih, S.ST., S.Pd., M.Kes.
- 19 KEGAWATDARURATAN OBSTETRI
dr. Cipta Pramana, Sp.OG(K).

Editor :

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

