



# PENDIDIKAN KEBIDANAN

## PENULIS :

- Rahmah Fitria
- Nareswari Diska Nugraha
- Shandy Wigya Mahanani
- Wira Daramatasia
- Eko Sri Wulaningtyas
- Mahdalena Prihatin Ningsih
- Ardiana Batubara
- Maria Conchita Leyla Centis
- Kinanatul Qomariyah
- Bintang Petralina
- Dina Ayuning Tyas
- Kamidah



# **PENDIDIKAN KEBIDANAN**

**Rahmah Fitria  
Nareswari Diska Nugraha  
Shandy Wigya Mahanani  
Wira Daramatasia  
Eko Sri Wulaningtyas  
Mahdalena Prihatin Ningsih  
Ardiana Batubara  
Maria Conchita Leyla Centis  
Kinanatul Qomariyah  
Bintang Petralina  
Dina Ayuning Tyas  
Kamidah**



**GET PRESS INDONESIA**

# PENDIDIKAN KEBIDANAN

## **Penulis :**

Rahmah Fitria  
Nareswari Diska Nugraha  
Shandy Wigya Mahanani  
Wira Daramatasia  
Eko Sri Wulaningtyas  
Mahdalena Prihatin Ningsih  
Ardiana Batubara  
Maria Conchita Leyla Centis  
Kinanatul Qomariyah  
Bintang Petralina  
Dina Ayuning Tyas  
Kamidah

**ISBN : 978-623-198-651-1**

**Editor :** Dr. Oktavianis, M.Biomed.

**Penyunting :** Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

**Desain Sampul dan Tata Letak :** Atyka Trianisa, S.Pd

**Penerbit :** GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

## **Redaksi :**

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah  
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : [www.getpress.co.id](http://www.getpress.co.id)

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 29 Agustus 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan  
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

## **KATA PENGANTAR**

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Pendidikan Kebidanan ini.

Buku ini membahas Pengantar Pendidikan Kebidanan, Biomedik 2, Konsep Kebidanan, Dasar Patologi dan Farmakologi, Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin, Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas, Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Asuhan Kebidanan Pada Bayi, Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi, Asuhan Kebidanan Pada Persalinan risiko tinggi, Keluarga berencana, Asuhan kebidanan persalinan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 29 Agustus 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>BAB 1 PENGANTAR PENDIDIKAN KEBIDANAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Pendahuluan .....	1
1.2 The Art of Midwifery .....	2
1.3 Sejarah Pendidikan Kebidanan .....	8
1.3.1 Sejarah Pendidikan Kebidanan di Indonesia .....	8
1.3.2 Organisasi Kebidanan di Indonesia .....	16
1.4 Pendidikan Kebidanan .....	16
1.4.1 Standar Global ICM untuk Pendidikan Kebidanan .....	16
1.4.2 Pendidikan Kebidanan di Indonesia .....	29
1.5 Kebijakan yang berkaitan Kebidanan di Indonesia .....	31
DAFTAR PUSTAKA .....	32
<b>BAB 2 BIOMEDIK 2 .....</b>	<b>35</b>
2.1 Pendahuluan .....	35
2.2 Konsep Biologi Sel .....	35
2.3 Konsep Genetika .....	37
2.4 Biokimia .....	37
2.5 Sistem Kardiovaskuler .....	40
2.6 Sistem Syaraf .....	42
2.7 Imunologi .....	46
DAFTAR PUSTAKA .....	49
<b>BAB 3 KONSEP DAN FILOSOFI BIDAN .....</b>	<b>51</b>
3.1 Definisi Bidan .....	51
3.1.1 Definisi Bidan .....	51
3.1.2 Pelayanan Kebidanan .....	53
3.1.3 Praktik Kebidanan .....	54
3.1.4 Asuhan Kebidanan .....	55

3.2 Peran Fungsi Bidan .....	58
3.2.1 Peran Bidan .....	58
3.2.2 Fungsi Bidan .....	65
3.2.3 Hubungan Peran dan Fungsi Bidan dengan Wewenang (Permenkes 28/2017) dan Otonomi Bidan .....	67
3.3 Dasar Pemikiran, Fokus & Tujuan Teori Kebidanan ...	71
3.3.1 Reva Rubin.....	71
3.3.2 Ramona T Mercer .....	76
3.3.3 Ela Joy Lehrman.....	84
3.3.4 Ernestine Wiedenbach .....	86
3.3.5 Jean Ball.....	86
3.4 Model konseptual asuhan kebidanan.....	89
3.4.1 Midwifery care .....	89
3.4.2 Paradigma sehat, MDG's dan SDG's.....	92
3.4.3 Medical model.....	96
3.4.4 Health for all.....	98
3.5 Standar Profesi Bidan .....	101
3.5.1 Kompetensi Bidan .....	101
3.5.2 Landasan Dasar Praktek Kebidanan .....	104
3.5.3 Standar Pelayanan Kebidanan .....	105
3.6 Manajemen Kebidanan dalam Praktik Kebidanan .....	110
3.6.1 Konsep & prinsip manajemen pada umumnya.....	110
3.6.2 Pengertian manajemen kebidanan .....	111
3.6.3 Langkah-langkah manajemen kebidanan .....	111
3.7 Konsep Kebidanan sebagai Dasar Praktek Pelayanan Kebidanan.....	112
3.7.1 Lingkup praktik kebidanan.....	112
3.7.2 Pengorganisasian praktik asuhan kebidanan .....	114
3.9 Presentasi Peran dan Fungsi Bidan di Berbagai Tatanan Pelayanan : BPM, Puskesmas, PKD, RB, RS.....	117
3.9.1 Peran Bidan.....	118
DAFTAR PUSTAKA.....	123

<b>BAB 4 DASAR PATOLOGI DAN FARMAKOLOGI.....</b>	<b>125</b>
4.1 Pendahuluan .....	125
4.2 Patologi Kebidanan .....	126
4.2.1 Patologi Kehamilan.....	126
4.2.2 Patologi Persalinan .....	129
4.2.3 Patologi Pasca Persalinan .....	133
4.3 Farmakologi .....	135
4.3.1 Antibiotik.....	136
4.3.2 Analgetik dan Anastesi .....	137
4.3.3 Asam Folat .....	139
4.3.4 Zat Besi.....	140
4.3.5 Oksitosin .....	141
4.3.6 Tokolitik.....	141
4.3.7 Antihipertensi.....	142
4.3.8 Antikoagulan .....	143
DAFTAR PUSTAKA .....	144
<b>BAB 5 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN .....</b>	<b>145</b>
5.1 Pendahuluan.....	145
5.2 Konsep Persalinan .....	145
5.2.1 Teori Persalinan .....	145
5.2.2 Faktor yang mempengaruhi persalinan.....	147
5.2.3 Tahapan Persalinan.....	149
5.2.4 Evidence based Persalinan.....	151
5.4 Asuhan Persalinan kala I.....	154
5.5 Asuhan persalinan kala II .....	155
5.6 Asuhan Persalinan kala III.....	157
5.7 Asuhan Persalinan kala IV.....	157
5.8 Kebutuhan Ibu Bersalin.....	158
5.8.1 Kebutuhan Fisik Ibu Bersalin.....	158
5.9 Asuhan Persalinan Mengurangi Rasa Nyeri .....	163
DAFTAR PUSTAKA .....	166
<b>BAB 6 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS.....</b>	<b>167</b>
6.1 Pendahuluan .....	167

6.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas.....	167
-----------------------------------	-----



6.2.1 Peran Dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas.....	168
6.2.2 Tahapan Masa Nifas .....	169
6.2 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas .....	170
6.2.1 Mencegah Perdarahan karena atonia uteri .....	170
DAFTAR PUSTAKA .....	174
<b>BAB 7 ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS.....</b>	<b>175</b>
7.1 Pendahuluan .....	175
7.2 Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir .....	176
7.2.1 Pengertian Adaptasi Bayi Baru Lahir .....	176
7.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kehidupan di Luar Uterus .....	176
7.2.3 Perubahan Sistem Pernafasan .....	177
7.2.4 Perubahan Sistem Sirkulasi .....	178
7.2.5 Sistem Thermoregulasi .....	179
7.2.6 Sistem Gastro Intestinal .....	179
7.2.7 Perubahan Sistem Immunologi.....	180
7.2.8 Perubahan Sistem Ginjal.....	181
7.3 Konsep Dasar Pencegahan Infeksi Pada Neonatus.....	181
7.3.1 Pengertian Pencegahan Infeksi .....	181
7.3.2 Prinsip Umum Pencegahan Infeksi .....	181
7.3.3 Tindakan Umum Pencegahan Infeksi .....	182
7.3.4 Jenis-Jenis Pencegahan Infeksi Pada Neonatus .....	183
7.4 Konsep Dasar Rawat Gabung .....	184
7.4.1 Pengertian Rawat Gabung.....	184
7.4.2 Jenis Rawat Gabung.....	185
7.4.3 Tujuan Rawat Gabung.....	185
7.4.4 Manfaat rawat Gabung .....	186
7.4.5 Sasaran dan Syarat Rawat Gabung.....	188
7.4.6 Syarat Rawat gabung Ideal.....	188
7.4.7 Kontra Indikasi Rawat Gabung.....	189
7.4.8 Keuntungan Kerugian Rawat gabung.....	189
7.4.9 Model Pengaturan Ruangan Rawat Gabung .....	190

DAFTAR PUSTAKA.....	191
<b>BAB 8 ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI .....</b>	<b>193</b>
8.1 Definisi Bayi.....	193
8.2 Kebutuhan Dasar Bayi.....	193
8.2.1 Asuh.....	193
8.2.2 Asih .....	195
8.2.3 Asah .....	196
8.3 Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi.....	197
8.3.1 Pengertian Tumbuh Kembang.....	197
8.3.2 Ciri-Ciri Pertumbuhan dan Perkembangan.....	197
8.3.3 Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan.....	198
8.3.4 Stimulasi Tumbuh Kembang.....	204
8.4 Nutrisi Bayi .....	211
8.4.1 Kebutuhan Nutrisi Bayi Usia 0-6 bulan.....	212
8.4.2 Kebutuhan Nutrisi Bayi Usia 6-8 bulan.....	212
8.4.3 Kebutuhan Nutrisi Bayi Usia 9-12 bulan.....	213
DAFTAR PUSTAKA.....	214
<b>BAB 9 ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN</b>	
<b>RESIKO TINGGI .....</b>	<b>217</b>
9.1 Tanda Bahaya Kehamilan.....	217
9.2 Tujuan Mengetahui Tanda Bahaya dalam Kehamilan	218
9.3 Penyakit Yang mempengaruhi Kehamilan .....	218
DAFTAR PUSTAKA.....	239
<b>BAB 10 ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN</b>	
<b>RISIKO TINGGI .....</b>	<b>241</b>
10.1 Pendahuluan .....	241
10.2 Persalinan Resiko Tinggi.....	244
10.2.1 Defenisi .....	244
10.2.2 Kondisi Risiko Tinggi Pada Persalinan.....	248
10.3 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Risiko Tinggi ....	252
DAFTAR PUSTAKA.....	257
<b>BAB 11 KELUARGA BERENCANA .....</b>	<b>259</b>
11.1 Konsep Keluarga Berencana.....	259

11.2 Ruang Lingkup Keluarga Berencana.....	260
11.3 Manfaat Usaha Kb Dipandang Dari Segi Kesehatan ..	260
11.4 Akseptor Keluarga Berencana .....	260
11.5 Pasangan Usia Subur .....	261
11.6 Kontrasepsi.....	261
11.7 Mutu Pelayanan KB.....	263
11.7.1 Pendekatan KB Berbasis Hak.....	268
11.7.2 Isu Terkait Dengan Sumber Daya Manusia Dalam Program Keluarga Berencana.....	270
11.8 Rasio tenaga kesehatan menurut jumlah penduduk tahun 2016.....	271
11.8.1 Jaminan Ketersediaan Kontrasepsi .....	271
11.8.2 Jenis-jenis Metode KB Hormonal.....	272
11.8.3 Jenis-jenis KB Non Hormonal .....	276
DAFTAR PUSTAKA .....	283
<b>BAB 12 ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN .....</b>	<b>285</b>
12.1 Pendahuluan .....	285
12.2 Pengumpulan Data .....	286
12.2.1 Anamnese.....	286
12.2.2 Pemeriksaan fisik.....	286
12.3 Menilai dan Menegakan Diagnosa.....	287
12.4 Asuhan Kebidanan.....	288
12.4.1 Asuhan Kebidanan Kala I .....	288
12.4.2 Asuhan Kebidanan Kala II.....	291
12.4.3 Asuhan Kebidanan Kala III .....	296
12.4.4 Asuhan Kebidanan Kala IV .....	299
DAFTAR PUSTAKA.....	303
<b>BIODATA PENULIS</b>	

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 1.1.</b> Kerangka Kerja Porfesional Kebidanan.....	4
<b>Gambar 2.1.</b> Anatomi Jantung .....	42
<b>Gambar 2.2.</b> Fungsional Sistem Saraf (biru: sensorik; merah: motorik) .....	43
<b>Gambar 2.3.</b> Susunan Saraf Manusia .....	44
<b>Gambar 2.4.</b> Distribusi Saraf Kranial (Anonim) .....	46
<b>Gambar 2.5.</b> Saraf Spinalis (31 pasang) beserta nama dan letaknya.....	46
<b>Gambar 2.6.</b> Macam-macam Sel pada Sistem Imun Adaptif.....	48
<b>Gambar 6.1.</b> Proses Bounding.....	170
<b>Gambar 6.2.</b> Pencegahan Hipotermi.....	172
<b>Gambar 6.3.</b> Keterampilan ibu dan Stimulasi Bayi.....	173
<b>Gambar 11.1.</b> Pilihan metode kontrasepsi berdasarkan tujuan pemakaiannya.....	267
<b>Gambar 11.2.</b> Tingkat efektifitas metode kontrasepsi.....	267
<b>Gambar 11.3.</b> Hubungan antara RPJMN dan strategi KB berbasis hak .....	269

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 1.1.</b> Sejarah pendidikan kebidanan Indonesia pada masa pemerintahan kolonial Belanda dan Jepang .....	9
<b>Tabel 1.2.</b> Sejarah Pendidikan kebidanan di Indonesia setelah kemerdekaan Indonesia.....	11
<b>Tabel 1.3.</b> Sejarah Pendidikan kebidanan di Indonesia saat ini .....	15
<b>Tabel 1.4.</b> Institusi pendidikan kebidanan di Indonesia.....	15
<b>Tabel 1.5.</b> Standar Global ICM untuk Pendidikan Kebidanan .....	18
<b>Tabel 1.6.</b> STR dan SIPB.....	30
<b>Tabel 8.1.</b> Angka Kecukupan Gizi (AKG).....	211
<b>Tabel 9.1.</b> klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa .....	224
<b>Tabel 11.1.</b> Peran Petugas dalam Pelayanan Kleuarga Berencana .....	265
<b>Tabel 11.2.</b> Peran Fasilitas Kesehatan dalam Pelayanan Keluarga Berencana .....	266

# **BAB 1**

# **PENGANTAR PENDIDIKAN**

# **KEBIDANAN**

*Oleh Rahmah Fitria*

## **1.1 Pendahuluan**

Tenaga kesehatan di Indonesia, termasuk bidan, memiliki dua tantangan di dunia kesehatan yaitu tantangan global dan tantangan internal. Tantangan global yang dimaksud adalah tenaga kesehatan harus dapat bersaing dengan tenaga kesehatan luar negeri yang masuk dan bekerja di Indonesia. Tantangan internal adalah tantangan yang berasal dari dalam termasuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, berkualitas, profesional dan menerapkan prinsip dan etika profesi dalam pelaksanaannya (Fitria, Serudji and Evareny, 2019). Artinya untuk menjawab kedua tantangan tersebut, tidak hanya diperlukan kecukupan kuantitas, tetapi juga upaya meningkatkan kualitas tenaga kesehatan atau bidan di Indonesia. Relevansi lulusan kebidanan di Indonesia dengan kebutuhan masyarakat dan sistem kesehatan belum terpenuhi sehingga diperlukan peningkatan mutu pendidikan kebidanan dan mutu tenaga kesehatan (Fitria, 2021).

Penelitian membuktikan bahwa dengan menambah kuantitas yang diiringi dengan meningkatkan kualitas bidan melalui pendidikan kebidanan dapat meningkatkan jumlah perempuan yang mendapatkan akses ke pelayanan kesehatan dan mendapatkan asuhan kebidanan yang berkualitas pada negara-negara berkembang yang berpenghasilan rendah dan menengah (Ten Hoope-Bender *et al.*, 2014; Adnani, Gilkison and Couper, 2016). Indonesia adalah salah satu negara tersebut.

Pemerintah Indonesia terus berupaya meningkatkan mutu pendidikan kebidanan di Indonesia seperti menjaga kualitas institusi melalui penetapan akreditasi dan menjamin kualitas lulusan melalui upaya evaluasi yang terus dikembangkan untuk mencari yang terbaik. Salah satu contoh evaluasi lulusan saat ini adalah melalui uji kompetensi bidan dan OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) (Rahmah, 2018; Pinaremas and Yunus, 2022).

Pada BAB ini akan di bahas tentang pengantar pendidikan kebidanan dengan sub-topik sebagai berikut:

1. *The Art of Midwifery*
2. Sejarah Pendidikan Kebidanan
3. Pendidikan Kebidanan
4. Kebijakan yang berkaitan Kebidanan di Indonesia

## **1.2 The Art of Midwifery**

Dalam kebidanan kita mengenal istilah *The Art of Midwifery* (Seni dalam Kebidanan). Seni dalam kebidanan, teknik atau kemampuan dalam menolong persalinan, memberikan edukasi kesehatan dan mendukung kesehatan ibu hamil merupakan salah satu keterampilan tertua yang diperoleh bidan (Blum, Lane and Fee, 2010). Seni yang berkaitan dengan kelahiran selalu menjadi perdebatan, terutama jika dianggap tabu dan menentang pandangan atau tindakan yang sudah populer/umum terhadap ibu dan anak (Uppal *et al.*, 2014).

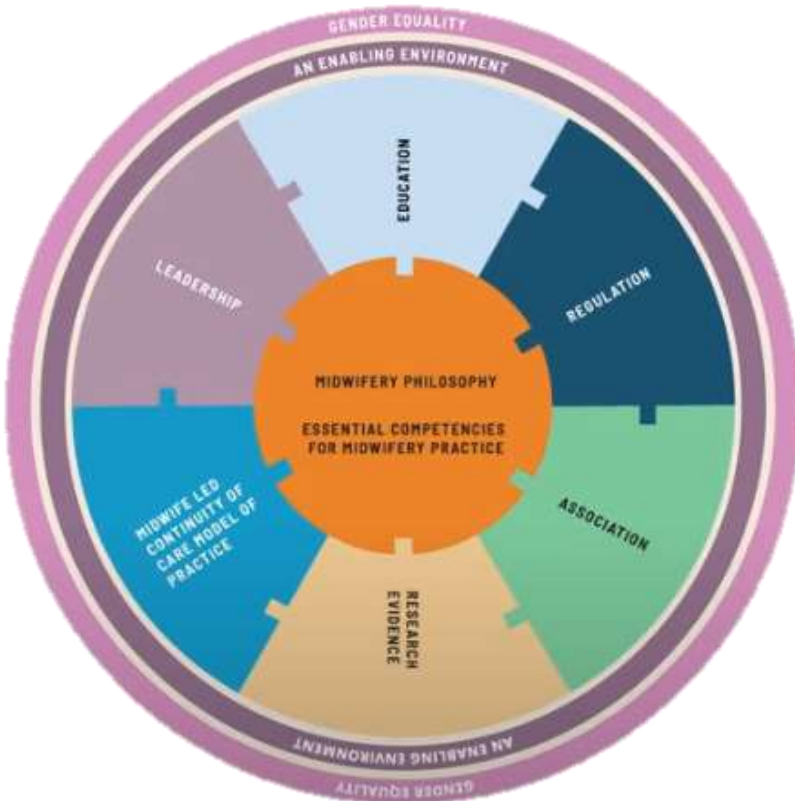
Pengertian "Bidan" oleh ICM (*International Confederation of Midwives*) adalah seseorang yang telah berhasil menyelesaikan program pendidikan kebidanan yang didasarkan pada Kompetensi Esensial ICM untuk Praktik Kebidanan dan kerangka kerja Standar Global ICM untuk Pendidikan Kebidanan dan diakui di negara tempatnya berada; yang telah memperoleh kualifikasi yang diperlukan untuk terdaftar dan/atau memiliki lisensi legal untuk

praktik kebidanan dan menggunakan gelar 'bidan'; dan siapa yang menunjukkan kompetensi dalam praktik kebidanan (ICM, 2022).

Pengertian Bidan berdasarkan Undang-Undang Kebidanan 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 (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Selain memberikan dukungan, asuhan dan nasihat selama masa kehamilan, persalinan dan masa nifas, bidan adalah tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel yang bertindak sebagai mitra perempuan (IBI Jabar, 2023).

Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel yang bekerja dalam kemitraan dengan perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasihat yang diperlukan selama kehamilan, persalinan dan masa nifas, melakukan persalinan atas tanggung jawab bidan sendiri dan memberikan asuhan pada bayi baru lahir. Asuhan tersebut terdiri dari tindakan pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, akses perawatan medis dan pelaksanaan tindakan darurat (ICM, 2017a). Bidan memiliki tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk perempuan, tetapi juga dalam keluarga dan masyarakat. Pekerjaan ini harus melibatkan pendidikan antenatal dan persiapan untuk menjadi orang tua dan dapat diperluas ke kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau reproduksi dan perawatan anak. Seorang bidan dapat berpraktik di berbagai tempat termasuk rumah, komunitas, rumah sakit, klinik atau unit kesehatan (ICM, 2017b)





**Gambar 1.1.** Kerangka Kerja Profesional Kebidanan  
 Sumber: (ICM, 2021b)

Setiap profesi membutuhkan struktur untuk mendukungnya, memperkuatnya, dan membimbing perkembangannya. Dalam kebanyakan kasus, struktur ini dikenal sebagai kerangka kerja profesional dan terdiri dari semua elemen yang diperlukan sebelum suatu pekerjaan dapat dianggap sebagai profesi.

Sebagai profesi kesehatan yang unik, kebidanan memiliki kerangka profesional yang unik. Kerangka profesional ICM untuk

kebidanan bertindak sebagai alat yang informatif dan membimbing untuk ICM, anggotanya, mitra dan pemangku kepentingan. Kerangka Kerja Profesional Kebidanan terdiri dari:

1. Filosofi kebidanan
2. Esensi kompetensi untuk praktik kebidanan
3. Pendidikan
4. Peraturan
5. Organisasi
6. Penelitian
7. Kepemimpinan
8. Model Praktik Asuhan Kebidanan Berkelanjutan
9. Kesetaraan gender
10. Lingkungan yang mendukung (ICM, 2021b).

### ***Kode Etik Internasional Bidan***

ICM menetapkan kode etik tersebut untuk memandu pendidikan, praktik, dan penelitian bidan. Kode ini mengakui perempuan sebagai orang yang memiliki hak asasi manusia, mencari keadilan bagi semua orang dan kesetaraan dalam akses ke perawatan kesehatan, dan didasarkan pada hubungan saling menghormati, kepercayaan dan martabat semua anggota masyarakat.

#### **I. Hubungan Kebidanan**

- a. Bidan mengembangkan kemitraan dengan masing-masing perempuan di mana mereka berbagi informasi yang relevan yang mengarah pada pengambilan keputusan yang terinformasi, menyetujui rencana perawatan yang berkembang, dan penerimaan tanggung jawab atas hasil pilihan mereka.
- b. Bidan mendukung hak perempuan/keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka.

- c. Bidan memberdayakan perempuan/keluarga untuk berbicara sendiri tentang isu-isu yang mempengaruhi kesehatan perempuan dan keluarga dalam budaya/masyarakat mereka.
- d. Bidan, bersama dengan perempuan, bekerja dengan lembaga kebijakan dan pendanaan untuk menentukan kebutuhan perempuan akan layanan kesehatan dan memastikan bahwa sumber daya dialokasikan secara adil dengan mempertimbangkan prioritas dan ketersediaan
- e. Bidan mendukung dan mendukung satu sama lain dalam peran profesional mereka, dan secara aktif memupuk rasa harga diri mereka sendiri dan orang lain.
- f. Bidan dengan hormat bekerja dengan profesional kesehatan lainnya, berkonsultasi dan merujuk seperlunya ketika kebutuhan perempuan akan perawatan melebihi kompetensi bidan.
- g. Bidan mengenali saling ketergantungan manusia dalam bidang praktik mereka dan secara aktif mencari penyelesaian konflik yang melekat.
- h. Bidan memiliki tanggung jawab terhadap diri mereka sendiri sebagai pribadi yang memiliki nilai moral, termasuk kewajiban untuk menghargai diri sendiri secara moral dan menjaga integritas.

## II. Praktik Kebidanan

- a. Bidan memberikan perawatan bagi perempuan dan keluarga yang melahirkan dengan menghormati keragaman budaya sambil juga bekerja untuk menghilangkan praktik berbahaya dalam budaya yang sama.

- b. Bidan mendorong harapan minimum bahwa tidak ada perempuan atau anak perempuan yang dirugikan oleh konsepsi atau melahirkan anak.
- c. Bidan menggunakan pengetahuan profesional berbasis bukti terkini untuk mempertahankan kompetensi dalam praktik kebidanan yang aman di semua lingkungan dan budaya.
- d. Bidan menanggapi kebutuhan psikologis, fisik, emosional dan spiritual perempuan yang mencari perawatan kesehatan, apapun keadaannya (non-diskriminasi).
- e. Bidan bertindak sebagai panutan promosi kesehatan yang efektif bagi perempuan sepanjang siklus hidup mereka, bagi keluarga dan profesional kesehatan lainnya.
- f. Bidan aktif mencari secara pribadi peningkatan/pengembangan intelektual dan profesional diri sepanjang karir kebidanan mereka, mengintegrasikan pertumbuhan ini ke dalam praktek mereka.

### III. Tanggung Jawab Profesional Bidan

- a. Bidan menjaga kerahasiaan informasi klien untuk melindungi hak privasi, dan menggunakan penilaian dalam berbagi informasi ini kecuali jika diamanatkan oleh undang-undang.
- b. Bidan bertanggung jawab atas keputusan dan tindakan mereka, dan bertanggung jawab atas hasil terkait dalam perawatan mereka terhadap perempuan.
- c. Bidan mungkin memutuskan untuk tidak berpartisipasi dalam kegiatan yang mereka anggap sebagai oposisi moral yang mendalam; namun, penekanan pada hati nurani individu seharusnya tidak

- menghilangkan perempuan dari layanan kesehatan esensial.
- d. Bidan dengan keberatan hati nurani terhadap permintaan layanan yang diberikan akan merujuk perempuan tersebut ke penyedia lain di mana layanan tersebut dapat diberikan.
  - e. Bidan memahami konsekuensi merugikan yang ditimbulkan oleh pelanggaran etika dan hak asasi manusia terhadap kesehatan ibu dan bayi, dan akan bekerja untuk menghapuskan pelanggaran ini.
  - f. Bidan berpartisipasi dalam pengembangan dan pelaksanaan kebijakan kesehatan yang mempromosikan kesehatan semua perempuan dan keluarga usia subur.

#### IV. Kemajuan Pengetahuan dan Praktek Kebidanan

- a. Bidan memastikan bahwa pemajuan pengetahuan kebidanan didasarkan pada kegiatan yang melindungi hak-hak perempuan sebagai pribadi.
- b. Bidan mengembangkan dan berbagi pengetahuan kebidanan melalui berbagai proses, seperti peer review dan penelitian.
- c. Bidan berkontribusi pada pendidikan formal mahasiswa kebidanan dan pendidikan bidan berkelanjutan (Document and Code, 2014).

### **1.3 Sejarah Pendidikan Kebidanan**

#### **1.3.1 Sejarah Pendidikan Kebidanan di Indonesia**

Mengadopsi dari artikel jurnal oleh Adnani, dkk (2016) dengan judul *The Past, Present, And Future Of Midwifery Education In Indonesia*, maka diuraikan sejarah pendidikan kebidanan di Indonesia, sebagai berikut:

### ***Pendidikan kebidanan Indonesia pada masa pemerintahan kolonial Belanda dan Jepang***

Indonesia memiliki sejarah panjang pada pendidikan kebidanan. dimulai dari pendidikan kebidanan pada masa pemerintahan kolonial Belanda dan Jepang yang dapat dilihat pada Tabel 1.1.

**Tabel 1.1.** Sejarah pendidikan kebidanan Indonesia pada masa pemerintahan kolonial Belanda dan Jepang

<b>Tahun</b>	<b>Sejarah Pendidikan Kebidanan</b>
Sebelum tahun 1800-an	Dukun bayi merupakan orang yang khusus mendampingi ibu bersalin dan bertugas dalam pemberian kontrasepsi, permasalahan kesuburan dan induksi aborsi
Tahun 1809 (Awal abad ke-19)	Pemerintah Belanda mengusulkan melakukan pelatihan menjadi bidan bagi perempuan Indonesia
Tahun 1817	Bidan Eropa diwajibkan melatih perempuan Indonesia dan Eropa menjadi bidan
Tahun 1850 (bulan Juni)	Dr. Williem Bosch, seorang kepala layanan medis Belanda, memberikan usul pendirian sekolah kebidanan di Indonesia untuk mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) di pulau Jawa yang diyakinkan karena persalinan dengan dukun/secara tradisional
Tahun 1851 (bulan Oktober)	Sekolah kebidanan pertama didirikan bagi perempuan pribumi di Batavia/Jakarta dengan 20 murid perempuan Indonesia. Target lama belajar adalah satu setengah tahun

Tahun	Sejarah Pendidikan Kebidanan
	namun menjadi 3 tahun karena tambahan waktu untuk belajar membaca dan menulis
2 September 1875	Sekolah kebidanan ditutup dengan alasan reorganisasi karena kurangnya kepercayaan dari masyarakat. Dipercayai masyarakat lebih percaya dengan bidan lulusan luar (Barat) sehingga bidan Indonesia belum berhasil merebut kepercayaan tersebut. Sekolah kebidanan ini sudah meluluskan sekitar 100 lulusan yang bekerja di 21 daerah di Indonesia
Tahun 1893	Sekolah kebidanan dibuka kembali sampai tahun 1915. Program ini terdiri dari satu tahun pelatihan kebidanan di bawah kepemimpinan Belanda
Tahun 1904	Sekolah kebidanan di buka untuk perempuan keturunan Belanda-Indonesia di RS Swasta Makasar. Lulusannya harus siap ditempatkan dimana saja.
Tahun 1911	Sekolah perawat membuka penerimaan siswa dari Sekolah Dasar (SD) 7 tahun dan program keperawatan empat tahun. Hanya menerima siswa laki-laki. Dinamakan pendidikan tenaga keperawatan terencana (Semarang dan Batavia)
Tahun 1914	Sekolah perawat tersebut akhirnya menerima murid perempuan dan selanjutnya dapat melanjutkan program

<b>Tahun</b>	<b>Sejarah Pendidikan Kebidanan</b>
	kebidanan selama 2 tahun. Untuk laki-laki dapat melanjutkan keperawatan lanjutan selama 2 tahun.
Tahun 1935-1938	Pemerintah Belanda mendidik lulusan SLTP bagian B atau disebut MULU untuk menjadi bidan

Sumber: (Adnani, Gilkison and Couper, 2016)

### ***Pendidikan kebidanan Indonesia setelah kemerdekaan Indonesia***

Pendidikan kebidanan di Indonesia setelah hari kemerdekaan terus berkembang dan dapat dilihat pada Tabel 1.2.

**Tabel 1.2.** Sejarah Pendidikan kebidanan di Indonesia setelah kemerdekaan Indonesia

<b>Tahun</b>	<b>Sejarah Pendidikan Kebidanan</b>
Tahun 1950-an	Sekolah kebidanan Indonesia menerima siswa yang berasal dari Sekolah Menengah Pertama (SMP) untuk program 3 tahun pendidikan bidan. Lulusan program ini disebut bidan kelas satu (Vroedvrouweerste class). Bidan lulusan perawat disebut bidan kelas dua (Vroedvrouweerste tweede class)
Tahun 1953-1965	Kursus Tambahan Bidan (KTB) dibuka di Yogyakarta dengan lama 7-12 minggu. Tahun 1960, KTB pindah ke Jakarta dan akhirnya tutup di tahun 1967
Tahun 1954	Sekolah bidan hanya mendidik guru kebidanan. Program pendidikan kebidanan komunitas dibuka pada



Tahun	Sejarah Pendidikan Kebidanan
	tahun yang sama yang mengarah pada pelatihan bidan yang kemudian ditempatkan di desa-desa karena pengakuan akan kebutuhan bidan yang banyak. Pendidikan ini dibuka bersamaan dengan guru perawat dan perawat kesehatan masyarakat di Bandung yang pada mulanya berlangsung 1 tahun dan berkembang menjadi 3 tahun.
Tahun 1972	Sekolah guru bidan tersebut digabung mejadi Sekolah Guru Perawat (SGP) yang menerima calon siswa dari sekolah perawat dan sekolah bidan
Tahun 1974	Kementerian kesehatan membuka sekolah perawat yang menerima siswa dari Sekolah Menengah Pertama (SMP) untuk program tiga tahun.
Tahun 1975-1984	Sekolah kebidanan ditutup dan dibuka SPK. IBI tetap ada.
Tahun 1981	Upaya meningkatkan keterampilan SPK dalam pelayanan KIA termasuk kebidanan maka dibuka D1 KIA dengan pendidikan selama 1 tahun
Tahun 1985	AKI dan AKB meningkat sehingga dibuka kembali pendidikan bidan dari lulusan SPR dan SPK dengan lama pendidikan 1 tahun
Tahun 1989	Pendidikan kebidanan dibuka secara Nasional yang memperbolehkan lulusan SPK untuk langsung masuk Program Pendidikan Bidan A (PPB/A) dengan

Tahun	Sejarah Pendidikan Kebidanan
	lama pendidikan 1 tahun. Lulusan ditempatkan didesa dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan Ibu dan Anak untuk menurunkan AKI dan AKB
Tahun 1990-an	Beberapa perawat dididik menjadi bidan sebagai tanggapan terhadap konferensi The International Safe Motherhood yang diadakan di Nairobi.
Tahun 1993	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Program Pendidikan Bidan B dibuka dengan siswa yang berasal dari keperawatan.</li> <li>• Lulusan SPK tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bidan desa sehingga dibuat program cepat pendidikan bidan (PPB C) dengan latar belakang pendidikan SMP kemudia ditambah pendidikan bidan selama 3 tahun dengan kurikulum 3700 jam dalam 6 semester. Ini diselenggarakan di 11 Provinsi di Indonesia.</li> </ul>
Tahun 1996	Berdasarkan Kepmenkes RI No. 4118 tahun 1987 dan Kepmendikbud No 009/U/1996 maka dibuka pendidikan diploma kebidanan untuk siswa lulusan Sekolah Menengah Atas (SMA) dengan waktu pendidikan selama 3 tahun. Pendidikan kebidanan diploma ini diperjuangkan oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) hampir selama 55 tahun yaitu sejak tahun 1950-an. Pendidikan

Tahun	Sejarah Pendidikan Kebidanan
	kebidanan menjadi <i>direct entry</i> artinya bisa langsung tanpa harus berlatarbelakang pendidikan perawat.

Sumber: (Adnani, Gilkison and Couper, 2016)

Ikatan Bidan Indonesia berpendapat bahwa untuk menjadi bidan minimal merupakan siswa lulusan SMA dan bukan SMP karena pengakuan internasional, permintaan yang kuat dari pemangku kepentingan, dan kebijakan pemerintah yang kuat pada suatu program dengan menempatkan bidan di daerah pedesaan. Program ini dinamakkan "Bidan Desa". Fokus utama program bidan desa pada awalnya diharapkan memiliki kemitraan yang cukup dengan perempuan dan keluarga untuk meningkatkan asuhan persalinan profesional dan ketidakseimbangan dalam pemberian layanan yang dapat berkontribusi pada penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir.

***Pendidikan kebidanan Indonesia saat ini***

Pendidikan kebidanan di Indonesia sejak tahun 2000 telah memiliki beberapa jalur pendidikan kebidanan. Pendidikan kebidanan di Indonesia saat ini terdiri dari pendidikan vokasi dan pendidikan akademik yang terdiri dari sarjana dan magister kebidanan.

**Tabel 1.3.** Sejarah Pendidikan kebidanan di Indonesia saat ini

Tahun	Sejarah Pendidikan Kebidanan
1996	Dibuka Diploma III Kebidanan
2000	Dibuka Diploma IV Bidan Pendidik di FK UGM dengan lama 2 semester untuk mengatasi jumlah kebutuhan dosen bidan.
2002	D IV Bidan Pendidik Universitas Padjadjaran (UNPAD)
2003	D IV Kebidanan STIKes NWU Semarang
2004	D IV Kebidanan USU
2006	Dibuka S2 Kebidanan di UNPAD yang menerima lulusan dari DIV bidan
2008	Dibuka S1 Kebidanan di Universitas Airlangga (UNAIR) yang kemudian diikuti oleh Universitas Brawijaya, Universitas Hasanudin

sumber: (Yulizawati, 2021)

Institusi pendidikan kebidanan terus berkembang dari segi kuantitas seperti pada Tabel 1.4.

**Tabel 1.4.** Institusi pendidikan kebidanan di Indonesia

Jurusan Kebidanan	Pendidikan	Jumlah	Gelar Lulusan
Diploma III		628	A.Md.Keb
Diploma IV		18	S.ST/S.Si.T
Sarjana Terapan		43	S.Tr.Keb
Sarjana		110	S.Keb
Magister Terapan		2	M.Tr.Keb
Magister		6	M.Keb
Doktor		-	Dr.

Sumber : (LAM-PTKes, 2023)

### **1.3.2 Organisasi Kebidanan di Indonesia**

Apabila kita mengenal ICM sebagai wadah organisasi bidan dunia, maka di Indonesia kita memiliki organisasi bidan dikenal dengan nama Ikatan Bidan Indonesia (IBI). IBI berdiri sejak tanggal 24 Juni 1951 sehingga saat ini berusia 72 tahun. Ikatan Bidan Indonesia/*Indonesian Midwives Association* merupakan organisasi profesi yang berbentuk kesatuan, bersifat nasional dengan azas Pancasila (KOWANI, 2023). Saat ini IBI terdapat di 34 daerah di Indonesia, memiliki 524 cabang, 5067 ranting dengan total 361356 anggota (IBI, 2023).

## **1.4 Pendidikan Kebidanan**

### **1.4.1 Standar Global ICM untuk Pendidikan Kebidanan**

ICM (*International Confederation of Midwives*) berupaya memperkuat kebidanan di seluruh dunia dengan mempromosikan program pendidikan berkualitas tinggi yang mempersiapkan bidan yang memenuhi definisi ICM sebagai bidan. Standar ICM untuk pendidikan kebidanan didasarkan pada dokumen inti ICM dan standar ini membahas penyertaan kompetensi penting untuk praktik kebidanan sebagai dasar kurikulum pendidikan kebidanan di seluruh dunia (ICM, 2021a).

Tujuan Standar ICM untuk Pendidikan Kebidanan (2021) adalah untuk:

1. Menetapkan tolok ukur untuk program yang mempersiapkan mahasiswa untuk memulai praktik sebagai bidan;
2. Mempromosikan proses pengajaran dan pembelajaran berkualitas tinggi;
3. Memastikan kompetensi esensial icm untuk praktik kebidanan (2019) dimasukkan ke dalam kurikulum;
4. Menyediakan kerangka kerja untuk merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi mutu program pendidikan kebidanan;

5. Membantu program untuk terlibat dalam peningkatan kualitas berkelanjutan sebagai proses yang berkelanjutan;
6. Memungkinkan pelaporan indikator mutu secara sistematis kepada masyarakat, profesi kebidanan, sistem pelayanan kesehatan, dan institusi pendidikan; dan
7. Berkontribusi pada peningkatan sistematis program pendidikan kebidanan di seluruh dunia (ICM, 2021a).

Selain yang dijabarkan diatas, Standar ICM untuk Pendidikan Kebidanan (2021) dapat digunakan untuk:

1. Mempromosikan pemahaman dan pendekatan umum untuk pendidikan kebidanan;
2. Memandu pengembangan program baru atau restrukturisasi program yang ada di mana bidan dibutuhkan;
3. Membantu lembaga akreditasi kebidanan lainnya, departemen kesehatan/pendidikan pemerintah dan lembaga pendidikan di negara/negara bagian untuk mengembangkan atau merevisi standar mereka sendiri; dan
4. Memenuhi program akreditasi pendidikan kebidanan icm (*meap/midwifery education accreditation programme*) (icm, 2021a).

Standar Global ICM untuk Pendidikan Kebidanan dibagi menjadi 6 kategori, dapat dilihat pada Tabel 1.5.

**Tabel 1.5.** Standar Global ICM untuk Pendidikan Kebidanan

<p>Kategori 1 : Tata Kelola Program</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Program kebidanan sesuai dengan persyaratan yurisdiksi (seperti, negara bagian, negara, dll.) seperti registrasi, Ruang Lingkup Praktik, Kode Etik.</li> <li>2. Lembaga/badan/cabang pemerintah tuan rumah mendukung program pendidikan kebidanan.</li> <li>3. Kepala program adalah dosen bidan yang berkualitas dengan pengalaman di bidang manajemen/administrasi.</li> <li>4. Kepala program memiliki tanggung jawab keseluruhan untuk kualitas dan organisasi penyampaian program, pendelegasian peran dan tanggung jawab yang sesuai, pengembangan fakultas dan penilaian kinerja fakultas.</li> <li>5. Kepala program kebidanan mengadvokasi program dan profesi kebidanan (Dengan kata lain, melibatkan pemangku kepentingan utama seperti pemerintah, kelompok masyarakat, asosiasi profesi, profesi lain).</li> </ol>
<p>Kategori 2 : Fakultas</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fakultas ini sebagian besar terdiri dari bidan yang bekerja dengan</li> </ol>

	<p>para ahli dari disiplin ilmu lain sesuai kebutuhan.</p> <p>2. Dosen bidan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Memenuhi syarat menurut Definisi ICM tentang Bidan;</li><li>• Mendemonstrasikan kompetensi dalam praktik, umumnya dicapai dengan minimal 2 tahun praktik lingkup penuh;</li><li>• Memegang izin/registrasi yang masih berlaku atau bentuk pengakuan hukum lainnya untuk praktik kebidanan</li><li>• Memiliki persiapan formal untuk mengajar, atau melakukan persiapan tersebut sebagai syarat untuk terus menduduki jabatan tersebut;</li><li>• Terlibat dalam pengembangan berkelanjutan sebagai praktisi kebidanan, guru/dosen dan pemimpin.</li><li>• Advokat dalam program dan profesi; Dan</li><li>• Berkontribusi untuk mengembangkan, menerapkan, dan mengevaluasi kurikulum.</li></ul>
--	---



	<p>3. Dosen/pembimbing klinik kebidanan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memenuhi syarat menurut Definisi ICM tentang Bidan;</li> <li>• Mendemonstrasikan kompetensi dalam praktik, umumnya dicapai dengan minimal 2 tahun praktik lingkup penuh;</li> <li>• Mempertahankan kompetensi baik dalam praktik kebidanan maupun kompetensi mengajar;</li> <li>• Memegang izin/registrasi yang masih berlaku atau bentuk pengakuan hukum lainnya untuk praktik kebidanan; Dan</li> <li>• Memiliki persiapan formal untuk pengajaran klinis atau melakukan persiapan tersebut sebagai syarat untuk melanjutkan jabatan tersebut.</li> </ul> <p>4. Individu dari disiplin lain yang mengajar di program kebidanan memenuhi syarat dalam konten yang mereka ajarkan.</p> <p>5. Fakultas Kebidanan memberikan pendidikan berkelanjutan dan pendampingan kepada preseptor/pembimbing klinis yang mengajar dan mengevaluasi mahasiswa di klinik.</p>
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Dosen bidan dan pembimbing klinik/guru klinik berkomunikasi secara berkala untuk memfasilitasi dan mengevaluasi pembelajaran siswa.</li> <li>7. Rasio mahasiswa kebidanan terhadap preceptor/pembimbing klinis didasarkan pada konteks pembelajaran dan kebutuhan mahasiswa.</li> <li>8. Kompetensi dosen kebidanan ditinjau secara berkala mengikuti proses yang telah ditetapkan.</li> <li>9. Kebijakan program melindungi kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan pribadi guru di lingkungan belajar (mis. pelecehan langsung dan online, paparan bahaya menular, lingkungan, atau politik; pelecehan verbal atau fisik).</li> </ol>
<p>Kategori Mahasiswa</p> <p>3 :</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Program kebidanan memiliki kebijakan penerimaan tertulis yang jelas yang dapat diakses oleh pelamar potensial. Kebijakan tersebut meliputi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persyaratan masuk, termasuk persyaratan minimal penyelesaian pendidikan menengah;</li> </ul> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proses rekrutmen yang transparan;</li><li>• Proses seleksi dan kriteria penerimaan yang adil; Dan</li><li>• Mekanisme untuk memperhitungkan pembelajaran sebelumnya jika berlaku.</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Calon bidan yang memenuhi syarat diterima tanpa prasangka atau diskriminasi (seperti, usia, asal kebangsaan, jenis kelamin, agama).</li><li>3. Fakultas kebidanan membuat keputusan tentang jumlah dan seleksi penerimaan individu yang akan menerima tawaran penerimaan dengan mempertimbangkan sumber daya dan (jika ada) rencana maternitu <i>workforce</i>.</li><li>4. Program kebidanan telah menuliskan dengan jelas kebijakan kemahasiswaan yang meliputi:<ul style="list-style-type: none"><li>• Harapan mahasiswa dalam program termasuk perilaku profesional disemua aturan dan interaksi;</li><li>• Pernyataan tentang hak dan tanggung jawab mahasiswa dan proses yang ditetapkan</li></ul></li></ol>
--	--

	<p>untuk menangani banding dan/atau keluhan siswa;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mekanisme bagi mahasiswa untuk memberikan umpan balik dan evaluasi berkelanjutan terhadap kurikulum kebidanan, fakultas kebidanan, dan program kebidanan;</li> <li>• Persyaratan untuk berhasil menyelesaikan program kebidanan; dan</li> <li>• Perlindungan kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan pribadi siswa dalam lingkungan belajar, seperti, jam kerja terus-menerus, paparan bahaya menular atau lingkungan, cara bepergian, pelecehan verbal atau fisik.</li> </ul> <p>5. Kebijakan program memberikan peluang perwakilan mahasiswa dalam tata kelola dan komite program kebidanan.</p> <p>6. Mahasiswa memiliki pengalaman praktik kebidanan yang memadai di lingkungan asuhan berbasis fasilitas dan komunitas, termasuk homecare, untuk mencapai Kompetensi Esensial ICM untuk</p>
--	--

	<p>Praktik Kebidanan saat ini.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Mahasiswa berpartisipasi dalam memberikan asuhan kesinambungan/komprehensif oleh bidan kepada perempuan/keluarga selama kehamilan, persalinan, dan periode pascapersalinan.</li> <li>8. Mahasiswa memberikan asuhan kebidanan terutama di bawah pengawasan seorang dosen bidan /pembimbing klinik kebidanan/CI klinik.</li> <li>9. Kebutuhan individu mahasiswa dan kebutuhan pribadi dipertimbangkan saat mengalokasikan kesempatan belajar, termasuk membuat penyesuaian yang wajar.</li> <li>10. Mahasiswa memiliki akses ke sumber belajar dan dukungan teknis untuk berbagai metode penyampaian program.</li> </ol>
<p>Kategori 4 : Program dan Kurikulum Kebidanan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Program kebidanan memasukkan dokumen inti ICM dan pernyataan posisi ke dalam filosofi dan penyampaian program mereka.</li> </ol>

	<p>2. Kurikulum kebidanan mengintegrasikan Kompetensi Esensial ICM dan menilai kemajuan siswa dalam mencapai kompetensi tersebut.</p> <p>3. Tujuan dari program pendidikan kebidanan adalah untuk menghasilkan bidan yang kompeten yang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telah mencapai/ mendemonstrasikan, minimal, Kompetensi Penting ICM untuk Praktik Kebidanan saat ini;</li> <li>• Memenuhi kriteria ICM Definisi Bidan dan standar badan pengawas yang mengarah pada lisensi atau registrasi sebagai bidan;</li> <li>• Memiliki pengetahuan dan pemahaman tentang dokumen kunci ICM termasuk standar praktik, dan menerapkannya pada ruang lingkup praktik kebidanan di yurisdiksi mereka.</li> <li>• Memenuhi persyaratan peraturan yurisdiksi untuk masuk ke praktik.</li> </ul> <p>4. Durasi minimum program pendidikan kebidanan masuk</p>
--	--

	<p>langsung adalah 36 bulan, yang mungkin tiga (3) tahun kalender atau lebih untuk memungkinkan periode liburan/istirahat. Waktu tersebut harus cukup bagi mahasiswa untuk memperoleh pengetahuan, keterampilan dan perilaku menjadi bidan yang kompeten.</p> <p>5. Durasi minimum program pendidikan kebidanan post-nursing/penyedia layanan kesehatan (post-resgister)) adalah delapan belas (18) bulan atau lebih untuk mengizinkan periode liburan/istirahat. Waktu tersebut harus cukup bagi mahasiswa untuk memperoleh pengetahuan, keterampilan dan perilaku menjadi bidan yang kompeten</p>
<p>Kateori 5 : Sumber Daya</p>	<p>1. Program kebidanan memiliki sumber belajar dan mengajar yang memadai dan terkini termasuk akses ke alat bantu pengajaran saat ini, model anatomi, model simulasi, literatur (teks online dan cetak, jurnal, pedoman), dukungan teknis untuk pembelajaran virtual/jarak jauh, fisik yang memadai ruang, untuk memenuhi kebutuhan program.</p>

	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="490 220 1033 515">2. Program kebidanan memiliki sumber daya manusia yang memadai untuk mendukung administrasi dan penyampaian kegiatan program, seperti, penempatan siswa, pembelajaran teori dan terapan, pengembangan kurikulum, dll.</li><li data-bbox="490 563 1033 699">3. Program kebidanan memiliki ruang kelas, peralatan, dan staf pendukung yang memadai untuk dosen dan mahasiswa.</li><li data-bbox="490 746 1033 930">4. Program kebidanan memiliki ruang kelas yang memadai untuk pembelajaran mandiri dan kelompok siswa, dan pertemuan informal.</li><li data-bbox="490 978 1033 1233">5. Program kebidanan memiliki berbagai tempat pembelajaran klinis namun tidak terbatas pada perguruan tinggi, menengah, primer dan bersalin dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan belajarmahasiswa.</li><li data-bbox="490 1281 1033 1418">6. Kualitas asuhan yang diberikan di tempat pembelajaran klinik mendukung mahasiswa untuk menjadi bidan yang kompeten.</li></ol>
--	--



	<p>7. Program kebidanan/institusi memfasilitasi akses bagi mahasiswa untuk mendukung layanan seperti akomodasi akademik dan konseling, konseling kesehatan mental, dan bantuan keuangan.</p>
<p>Kategori 6 : Peningkatan Kualitas</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fakultas kebidanan melakukan tinjauan rutin terhadap berbagai aspek program sebagai bagian dari peningkatan kualitas, termasuk namun tidak hanya terbatas pada: kurikulum, kebijakan penerimaan, kemajuan siswa, pengurangan, tingkat kelulusan pendaftaran, kecukupan sumber daya, dll.</li> <li>2. Program kebidanan memiliki komite penasehat eksternal yang memberikan masukan ke dalam pengoperasian dan pengembangan program.</li> <li>3. Tinjauan eksternal terhadap program kebidanan dilakukan secara berkala dan hasilnya digunakan untuk peningkatan kualitas berkelanjutan.</li> </ol>

	<p>4. Program kebidanan menyediakan informasi terkini tentang program tersebut kepada publik termasuk hasil tinjauan eksternal dan, jika berlaku, status akreditasinya.</p>
--	---

Sumber : (ICM, 2021a)

### 1.4.2 Pendidikan Kebidanan di Indonesia

Pendidikan kebidanan di Indonesia diklasifikasikan ke dalam tiga program pendidikan berdasarkan UU Kebidanan. Program studi ini diadakan oleh Perguruan Tinggi berdasarkan Standar Nasional Pendidikan Kebidanan :

1. Pendidikan Akademik

Pendidikan ini diselenggarakan melalui program Sarjana, program Magister dan program Doktor. Program sarjana dapat melanjutkan program pendidikan profesi.

2. Pendidikan Vokasi

Ini mengacu pada program diploma tiga. Lulusan pendidikan vokasi yang akan menjadi bidan lulusan pendidikan profesi harus melanjutkan program pendidikan setara sarjana ditambah pendidikan profesi.

3. Pendidikan profesi

Pendidikan profesi ini terdiri dari program lanjutan yang juga merupakan bagian dari program sarjana. Oleh karena itu, bidan harus tetap menempuh pendidikan profesi sarjana walaupun sudah lulus pendidikan vokasi.

Untuk pendidikan vokasi dan pendidikan profesi kebidanan, mahasiswa harus lulus uji kompetensi nasional terlebih dahulu sebagai prasyarat untuk lulus program pendidikan yang relevan. Setelah lulus ujian, siswa pendidikan vokasi mendapatkan

sertifikat kompetensi, sedangkan siswa pendidikan profesi mendapatkan sertifikat profesi (Kementrian Kesehatan RI, 2019). Untuk dapat memenuhi syarat sebagai bidan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) harus diperoleh. Kedua lisensi ini memungkinkan praktik kebidanan di Indonesia.

**Tabel 1.6. STR dan SIPB**

<b>STR</b>	<b>SIPB</b>
Dikeluarkan oleh MTKI (Majelis Tenaga Kerja Indonesia)	Dikeluarkan oleh Bupati/Pemerintah Daerah Kota
Penerbitan akan selesai dalam waktu 30 hari kerja setelah diterimanya aplikasi	Penerbitan akan selesai dalam waktu 15 hari kerja setelah diterimanya aplikasi
Validitas: 5 tahun; pendaftaran ulang diperbolehkan	Validitas: sepanjang STR; namun apabila bidan meninggal dunia, maka SIPB tersebut tidak berlaku
Persyaratan: ijazah, sertifikat kompetensi atau sertifikat profesi, surat keterangan sehat, surat sumpah profesi, dan surat keterangan etika profesi	Persyaratan : STR yang masih berlaku dan tempat praktek bidan

Sumber: (Biasramadhan, 2019)

## **1.5 Kebijakan yang berkaitan Kebidanan di Indonesia**

Penyelenggaraan pendidikan di Indonesia diatur berdasarkan beberapa kebijakan pemerintah Indonesia, diantaranya :

### **A. Undang-undang No.4 Tahun 2019**

Undang-undang Republik Indonesia nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan diundangkan di Jakarta pada tanggal 15 Maret 2019. Undang-undang kebidanan ini terdiri dari 12 BAB dan 80 Pasal. Undang-undang kebidanan berisi aturan tentang pendidikan kebidanan, registrasi dan izin praktik, bidan lulusan luar negeri warga Indonesia, bidan lulusan luar negeri warga asing, praktik kebidanan termasuk kewenangan bidan, hak dan kewajiban bidan, dan organisasi profesi (Kementrian Kesehatan RI, 2019).

### **B. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/menkes/320/2020**

Kepmenkes Nomor HK.01.07/menkes/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan ditetapkan pada tanggal 15 Mei 2020 menggantikan Kepmenkes No.369/Menkes/SK/III/2007.

Standar profesi bidan terdiri atas standar kompetensi dan kode etik profesi. Standar kompetensi bidan ini menjadi acuan dan landasan bagi bidan dalam bertugas memberikan pelayanan kesehatan dan menjadi acuan pendidikan tinggi untuk merancang program pendidikan kebidanan (RI, 2020).

## DAFTAR PUSTAKA

- Adnani, Q. E. S., Gilkison, A. and Couper, J.-A. 2016. 'The Past , Present , and Future of Midwifery Education in Indonesia', in *Midwifery Education Reform*.
- Biasramadhan, P. 2019. *Midwifery Practice in Indonesia: A Simple Guide*, InCorp Editorial Team. Available at: <https://www.cekindo.com/blog/midwifery-indonesia-simple-guide> (Accessed: 3 July 2023).
- Blum, N., Lane, H. J. and Fee, E. 2010. 'Justina siegemund and the art of midwifery', *American Journal of Public Health*, 100(1), pp. 68–69. doi: 10.2105/AJPH.2009.171371.
- Document, C. and Code, T. 2014. 'International Code of Ethics for Midwives', *ICM*, pp. 1–3. Available at: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>.
- Fitria, R. 2021. 'Persiapan Peserta Ujian Menghadapi Uji Kompetensi Nasional Diii Kebidanan', *Jurnal Ilmiah PANNMED (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwifery, Environment, Dentist)*, 16(1), pp. 114–119. doi: 10.36911/pannmed.v16i1.1004.
- Fitria, R., Serudji, J. and Evareny, L. 2019. 'Persiapan Uji Kompetensi Bidan sebagai Exit Exam', *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 19(1). doi: 10.33087/jiubj.v19i1.590.
- Ten Hoop-Bender, P. et al. 2014. 'Improvement of maternal and newborn health through midwifery', *The Lancet*, 384(9949), pp. 1226–1235. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60930-2.
- IBI. 2023. *IKATAN BIDAN INDONESIA*, IBI. Available at: <https://ibi.or.id/> (Accessed: 2 July 2023).
- IBI Jabar. 2023. *Definisi Bidan*, IBI Jabar. Available at: <https://ibijabar.or.id/definisi/> (Accessed: 2 July 2023).

- ICM. 2017a. *ICM DEFINITIONS, International Confederation of Midwife*. Available at: [https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html#:~:text=The midwife is recognised as,the newborn and the infant. \(Accessed: 2 July 2023\).](https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html#:~:text=The midwife is recognised as,the newborn and the infant. (Accessed: 2 July 2023).)
- ICM. 2017b. 'International Definition of the Midwife', *International Midwives*, p. 3060.
- ICM. 2021a. 'ICM Global Standards for Midwifery Education (Revised 2021)', *International Confederation of Midwife*, (Revised), pp. 1–10. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. Accessed.
- ICM. 2021b. 'Professional Framework for Midwives', *ICM*. Available at: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2022/05/professional-framework-2022.pdf>.
- ICM. 2022. *ICM Essential Competencies – Assessment Guide. The Hague: International Confederation of Midwives*. Western Australia: CC BY-NC-SA 4.0. Available at: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.internationalmidwives.org/assets/files/education-files/2023/06/en\\_21122022\\_icm-competencies-assessment-guide\\_final-draft-1.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.internationalmidwives.org/assets/files/education-files/2023/06/en_21122022_icm-competencies-assessment-guide_final-draft-1.pdf).
- Kemertian Kesehatan RI. 2019. 'Undang-Undang Tentang Kebidanan No 4 Tahun 2019', *Kemertian Kesehatan Republik Indonesia*, (004078).
- KOWANI. 2023. *Ikatan Bidan Indonesia, KOWANI*. Available at: <https://kowani.or.id/ikatan-bidan-indonesia/> (Accessed: 2 July 2023).
- LAM-PTKes. 2023. *AKREDITASI LAMPTKES*. Available at: [https://lamptkes.org/Hasil-Pencarian-Database-Hasil-Akreditasi?\\_token=4c3b8V5rZdRJUZ7TokUiYSt5n68zmDso1qNk7kXn&\\_method=patch&jenjang=DIPLOMA+TIGA&nama\\_pt=&nama\\_ps+=KEBIDANAN&thn=&ok=](https://lamptkes.org/Hasil-Pencarian-Database-Hasil-Akreditasi?_token=4c3b8V5rZdRJUZ7TokUiYSt5n68zmDso1qNk7kXn&_method=patch&jenjang=DIPLOMA+TIGA&nama_pt=&nama_ps+=KEBIDANAN&thn=&ok=) (Accessed: 7

July 2023).

- Pinaremas, A. S. and Yunus, E. M. 2022. 'Pengembangan E-OSCE (Objective Structured Clinical Examination) di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Pangkalpinang', *Jurnal Ilmiah Obsgin*.
- Rahmah, F. 2018. *Tesis: Persiapan Uji Kompetensi Bidan sebagai Exit Exam*. Universitas Andalas. Available at: [https://scholar.google.com/scholar?cluster=8033758770327459929&hl=id&as\\_sdt=2005&as\\_ylo=2021&as\\_yhi=2021&authuser=1](https://scholar.google.com/scholar?cluster=8033758770327459929&hl=id&as_sdt=2005&as_ylo=2021&as_yhi=2021&authuser=1).
- RI, M. 2020. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan*.
- Uppal, E. et al. 2014. 'The art of midwifery: can creative images of birth enhance holistic care?', *Nurse education in practice*, 14(3), pp. 311–318. doi: 10.1016/j.nepr.2014.01.013.
- Yulizawati. 2021. *Konsep Kebidanan*. Padang: Indomedia Pustaka.

# **BAB 2**

## **BIOMEDIK 2**

*Oleh Nareswari Diska Nugraha*

### **2.1 Pendahuluan**

Biomedik merupakan sebuah disiplin ilmu yang mengintegrasikan prinsip-prinsip biologi dan kedokteran guna memahami lebih lanjut tentang tubuh manusia, proses-proses biologis, serta berbagai permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh manusia. Melalui pendekatan multidisipliner, Biomedik memungkinkan kita untuk menerapkan pengetahuan tersebut dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup manusia.

Pada bab Biomedik 2 ini, kita akan melanjutkan perjalanan penelusuran kita dalam memahami dasar-dasar ilmu Biomedik yang telah dimulai sebelumnya. Kami akan memperdalam pemahaman kita tentang biologi sel, genetika, biokimia, serta sistem kardiovaskular, saraf, dan imunologi. Dengan mempelajari konsep-konsep ini secara rinci, kita akan dapat memahami lebih baik tentang kompleksitas tubuh manusia dan bagaimana berbagai proses biologis saling terkait satu sama lain.

### **2.2 Konsep Biologi Sel**

Biologi sel adalah cabang ilmu biologi yang mempelajari struktur, fungsi, reproduksi, evolusi, dan interaksi sel sebagai unit dasar kehidupan. Sel adalah unit terkecil dari semua organisme hidup dan merupakan bangunan dasar yang membentuk organisme secara keseluruhan. Biologi sel mencakup studi tentang berbagai aspek sel, termasuk komponen selular seperti membran sel, organel, dan material genetik.



Komponen terkecil dari tubuh manusia atau makhluk hidup lainnya, baik uniseluler (terdiri dari satu sel) maupun multiseluler (terdiri dari banyak sel), adalah sel. Unit kehidupan terkecil, sel datang dalam berbagai morfologi, atau ukuran dan bentuk. Bakteri dan protozoa adalah dua contoh makhluk hidup uniseluler, sedangkan manusia, hewan, dan tumbuhan adalah multiseluler atau makhluk hidup dengan banyak sel. Tubuh manusia secara struktural terdiri dari sel, oleh karena itu sel disebut sebagai unit struktural makhluk hidup. Sedangkan jika sel-sel yang merupakan komponen tubuh ini dapat bekerja secara efektif, maka tubuh manusia atau makhluk hidup lainnya dapat menopang kehidupan; untuk alasan ini, sel juga dikenal sebagai unit fungsional.

Biologi sel disebut juga dengan istilah Sitologi berasal dari bahasa Yunani "Kytos" yaitu wadah merupakan ilmu yang mempelajari tentang sel baik pengertiannya, sifat fisiologis sel seperti struktur dan ragam organel atau perangkat sel yang terdapat di dalam sel, daur hidup sel, pembelahan sel dan fungsi sel sampai tahap kematian sel.

Sel adalah subjek dari bidang biologi yang dikenal sebagai biologi sel. Blok bangunan dasar dari semua makhluk hidup adalah sel. Sel ini berfungsi sebagai blok bangunan untuk semua bahan biologis, memungkinkan kita memahami peran unik yang dimainkan oleh setiap organel (organella) di sel selanjutnya. Sel ini secara bertahap mengalami perubahan struktural dan fungsional untuk memungkinkannya beradaptasi dengan lingkungannya dan memiliki kehidupan yang sehat. Sel prokariotik dan sel eukariotik adalah dua jenis utama yang dihasilkan dari pergeseran struktur dan memainkan fungsi yang berbeda satu sama lain (Subagiarta 2018).

Felix Durjadin dan Johannes Purkinje (1835) melaporkan bahwa berdasarkan temuan mereka saat itu, terdapat cairan di dalam setiap sel yang akhirnya diberi nama

protoplasma (Han and Goleman, Daniel; Boyatzis, Richard; Mckee 2019).

## **2.3 Konsep Genetika**

Genetika adalah cabang biologi yang mempelajari pewarisan sifat pada makhluk hidup. Kata genetika sendiri pertama kali diperkenalkan oleh William Bateson sebagai cabang baru dalam Biologi. Ilmu genetika sudah lama diterapkan oleh nenek moyang kita melalui proses seleksi buatan. Nenek moyang kita menjinakkan tanaman dan hewan liar kemudian menyilangkannya untuk mendapatkan hewan atau tumbuhan dengan sifat yang diinginkan. Jagung merupakan salah satu contoh hasil penerapan genetika di masa lalu.

Johan Gregor Mendel adalah ilmuwan pertama yang tertarik mempelajari genetika dan menerapkan metode ilmiah. Sejarah dan Prinsip Dasar 1/mu Genetika 3 Morgan dan setelah itu, para ilmuwan telah mengetahui bahwa faktor keturunan atau yang dikenal dengan gen terdapat dalam kromosom, setiap kromosom terdiri dari beberapa gen, dan dihasilkan dari pewarisan dua sifat berbeda tergantung pada lokasi gen pada kromosom; terletak pada dua kromosom yang berbeda, atau pada kromosom yang sama. Namun, tidak ada ilmuwan yang tahu apakah molekul dalam kromosom menentukan sifat manusia atau apakah ada gen.

Gen adalah urutan basa spesifik dalam DNA yang mengkode RNA. Jika gen mengkode protein, proses yang disebut ekspresi gen akan terjadi. Posisi spesifik gen pada kromosom disebut locus. Variasi gen disebabkan oleh variasi urutan basa pada lokus yang sama pada kromosom homolog.

## **2.4 Biokimia**

Kajian biokimia menggunakan hukum fisika dan kimia untuk menggambarkan bagaimana kehidupan berfungsi dan berfungsi sebagai penghubung antara bidang biologi dan kimia.1.

Sebagai unit terkecil dari kehidupan, sel merupakan titik awal untuk mempelajari biokimia. Unit terkecil kehidupan, sel, memiliki struktur dan organisasi yang berbeda. Berdasarkan konsep biologi dan kimia, biokimia akan digunakan untuk menjelaskan keunikan sel.

Biokimia adalah studi tentang sifat biologis dan kimia dari zat yang membentuk sel. Setiap makhluk hidup (organisme), berbeda dengan benda mati, memiliki tiga sifat sekaligus, yaitu:

1. Menjadi terstruktur dengan rumit tetapi terorganisir dengan baik.
2. Mampu mempertahankan 'keteraturan' dirinya di dalam lingkungan yang semakin tidak teratur (Hukum Termodinamika II)
3. Dapat mereplikasi diri (berkembang biak).

Cabang penelitian lain yang meneliti makhluk hidup dan proses kimiawi yang terjadi di dalamnya, biokimia<sup>2</sup>, menghubungkan perbedaan antara perspektif kimia dan biologi. Oleh karena itu, biokimia adalah bidang ilmiah yang menghubungkan bidang kimia dengan biologi, khususnya biologi sel dan molekuler, genetika, bioteknologi, dan cabang biologi lainnya.

Secara khusus, biokimia mempelajari susunan kimia sel yang membentuk makhluk hidup serta reaksi kimia atau proses metabolisme yang terjadi dalam sel hidup. Juga mengkaji senyawa-senyawa yang mendukung semua aktivitas makhluk hidup, termasuk faktor genetik, pertumbuhan sel, dan aktivitas enzim sebagai biokatalis.

Istilah "biokimia" dan "kimia" berasal dari kata Yunani "bios" untuk "kehidupan" dan "chemis" untuk "kimia", dan studi tentang bahan kimia yang mendasari kehidupan sering dianggap sebagai biokimia. Ini juga dapat dilihat sebagai cabang penelitian yang menyelidiki interaksi antar molekul

dalam sel hidup. Karl Wilhelm Scheele, seorang ahli kimia Swedia, dan Karl Neuberg, seorang ilmuwan Jerman, masing-masing mengusulkan kata "biokimia" pada tahun 1903 dan pertengahan abad ke-18. Ia juga berhasil mengisolasi kasein, asam oksalat, asam laktat, dan asam sitrat dari bahan alami. Pada awal abad ke-19, Friedrich Wohler, yaitu pada tahun 1828, mengumumkan bahwa urea, suatu zat yang terdapat dalam urin, dapat diproduksi di laboratorium dengan mencampurkan sianat alkali dengan amonium murni.

Penemuan dua bersaudara, Eduard dan Hans Buchner, yang menggunakan temuan eksperimental mereka untuk menunjukkan bahwa sel ragi yang telah mati masih mampu memicu proses menghamili gula menjadi alkohol memajukan bidang biokimia. Penemuan dua bersaudara ini menandai titik balik baru dalam penelitian dan praktik biokimia dengan membuka pilihan untuk mempelajari reaksi dan proses biokimia secara *in vitro*, atau jauh dari organisme hidup, bukan *in vivo*. Setelah penemuan ini, biokatalis katalisator alami yang mampu mempercepat reaksi kimia ditemukan dan digunakan. Empat molekul terbesar yang membentuk makhluk hidup, yang dikenal sebagai makromolekul, membentuk komponen organik yang membentuk sel-sel yang menyusun organisme. Keempat makromolekul juga dikenal sebagai biomolekul karena mereka adalah penyusun semua makhluk hidup, dari yang paling dasar hingga yang paling canggih. Protein, asam nukleat, karbohidrat, dan lipid adalah empat makromolekul dan merupakan komponen dasar dari semua sel dan organisme hidup. Biomolekul ini terdiri dari blok bangunan dasar kecil yang dikenal sebagai mikromolekul, dan masing-masing berbeda dari yang lain dalam hal ukuran, struktur, dan fungsinya. Dua puluh asam amino membentuk protein, tiga monosakarida membentuk karbohidrat, tujuh komponen membentuk

makromolekul lipid, dan dua puluh asam amino membentuk asam nukleat.

## **2.5 Sistem Kardiovaskuler**

Sistem tubuh yang terdiri dari jantung, arteri darah, dan darah adalah sistem kardiovaskuler, yang biasa disebut sebagai sistem peredaran darah. Tugasnya adalah mentransfer hal-hal seperti darah, oksigen, nutrisi, dan hal-hal lain ke seluruh tubuh sambil membuang produk limbah dari metabolisme.

Mengangkut oksigen, nutrisi, hormon, dan bahan kimia lainnya ke seluruh tubuh melalui sirkulasi adalah pekerjaan utama sistem kardiovaskular. Sistem ini juga mengontrol keseimbangan pH darah, mengontrol suhu tubuh, dan melindungi tubuh melalui respon imunologi dan proses pembekuan darah.

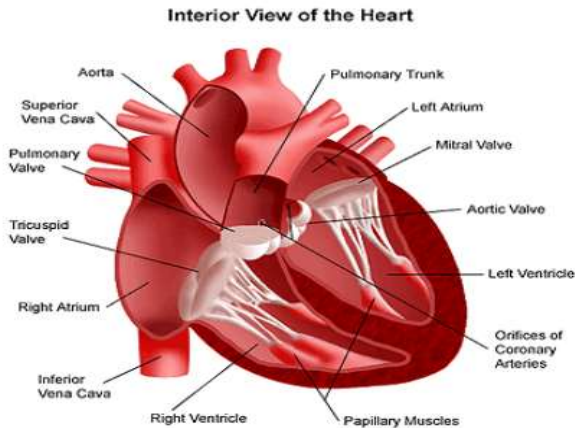
Sistem kardiovaskuler adalah konsep yang menjelaskan bagaimana darah bersirkulasi di dalam tubuh manusia; organ internal yang sehat menunjukkan sirkulasi yang sangat baik. Orang dewasa dengan hati besar (250–360 g) memilikinya di rongga mediastinum kiri, di atas diafragma, di bawah tulang dada, di depan tulang belakang, dan dikelilingi oleh paru-paru kanan dan kiri (Yudha, 2017).

Istilah jantung mengacu pada jantung dan berasal dari kata Yunani *cardia*, yang berarti "jantung". Jantung (bahasa Latin: *cor*) adalah rongga, organ berotot berongga tempat pembuluh darah dibawa melalui arteri darah dengan kontraksi berirama berkala. Jantung adalah organ yang mengeluarkan darah dari seluruh bagian tubuh. Itu terletak di rongga dada, di antara dua paru-paru. Sistem kardiovaskular, sering dikenal sebagai sistem peredaran darah, adalah prosedur ini. Sistem kardiovaskular mengedarkan darah ke seluruh bagian tubuh. Esensi makanan, sisa metabolisme tubuh, hormon, dan zat lain yang penting untuk kelangsungan operasi organ dalam tubuh manusia ditemukan di dalam darah (Asikin et al. 2016).

Otot jantung harus berkontraksi sebagai satu unit agar penguncian berhasil karena sel otot jantung memiliki sifat khusus, yang sebagian besar digunakan bersama oleh membran sel atau sarkolema. Ketika ada kontraksi, cakram interkalar memungkinkan impuls berpindah dari sel ke sel. Distus intercalaris adalah daerah dari setiap sel miokard di mana depolarisasi disampaikan dengan sangat cepat dari sel ke sel karena pelipatan yang rumit dan koneksi yang erat dari membran sel miokard yang berdekatan (Patricia, 2013).

Jantung berfungsi sebagai pompa, arteri darah bertugas menggerakkan atau mengedarkan darah, dan darah bertugas menyimpan dan mengatur darah. Ketiga komponen ini membentuk sistem kardiovaskular. Jantung adalah organ seperti otot yang seukuran kepalan tangan seseorang, beratnya sekitar 300 gram, dan terletak di mediastinum anterior rongga dada. Bentuknya seperti segitiga terbalik dengan alas di atas dan puncak di bawah (Sudarta, 2013).

Lapisan yang menutupi jantung disebut sebagai perikardium, dan terdiri dari dua lapisan: perikardium visceral di bagian dalam dan perikardium parietal di bagian luar. Lapisan tipis cairan pelumas di antara dua lapisan, yang membantu mencegah pelepuhan saat jantung berdetak. Sudarta tahun 2013. Epikardium, tiga lapisan luar jantung; miokardium, lapisan tengahnya; dan endokardium, lapisan terdalamnya. Pompa kanan dan pompa kiri, yang mengangkut darah terdeoksigenasi ke dalam sirkulasi sistemik dan darah yang telah teroksigenasi ke dalam sirkulasi paru, adalah dua pompa fungsional yang menyusun jantung. (Sudarta, 2013). Jantung memiliki empat ruang yaitu serambi kanan, serambi kiri, bilik kanan, dan bilik kiri. Atrium adalah bilik di atas jantung dan memiliki dinding yang tipis, sedangkan ventrikel adalah bilik di bawah jantung, dan memiliki dinding yang lebih tebal karena harus membawa darah ke seluruh tubuh (Muttaqqin, 2009).



**Gambar 2.1.** Anatomi Jantung

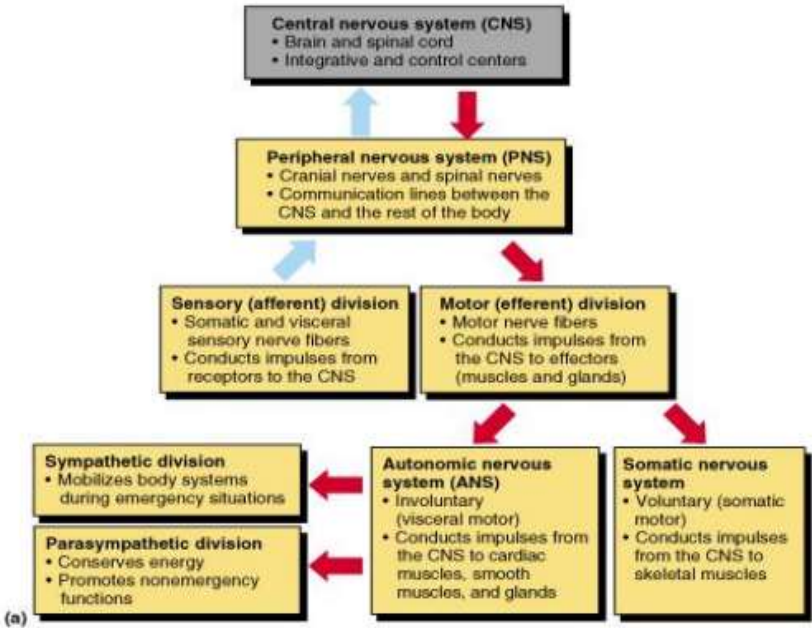
## 2.6 Sistem Syaraf

Jaringan saraf dan organ yang terhubung dengannya membentuk sistem saraf tubuh yang rumit. Tugasnya adalah menerima, mengirimkan, dan bereaksi terhadap impuls saraf untuk mengatur dan mengoordinasikan tindakan tubuh.

Sistem saraf berfungsi sebagai sistem koordinasi dengan memproses sinyal saraf, mentransfernya ke sistem saraf pusat, dan bereaksi terhadap rangsangan (Feriyawati, 2006). Meskipun merupakan salah satu organ tubuh terkecil, sistem saraf adalah salah satu komponen yang paling rumit. Sistem saraf manusia bergantung pada aktivitas listrik (impuls saraf) dan memiliki aliran informasi yang cepat dan kecepatan pemrosesan yang tinggi. (Bahrudin, 2013).

Tiga fase dapat dibedakan secara konseptual antara tiga tahap aliran informasi dalam sistem saraf. Stimulus atau faktor internal yang mempengaruhi alat indera eksternal akan menyebabkan terbentuknya impuls yang berjalan menuju sistem saraf pusat (SSP) (impuls aferen). SSP kemudian mengalami

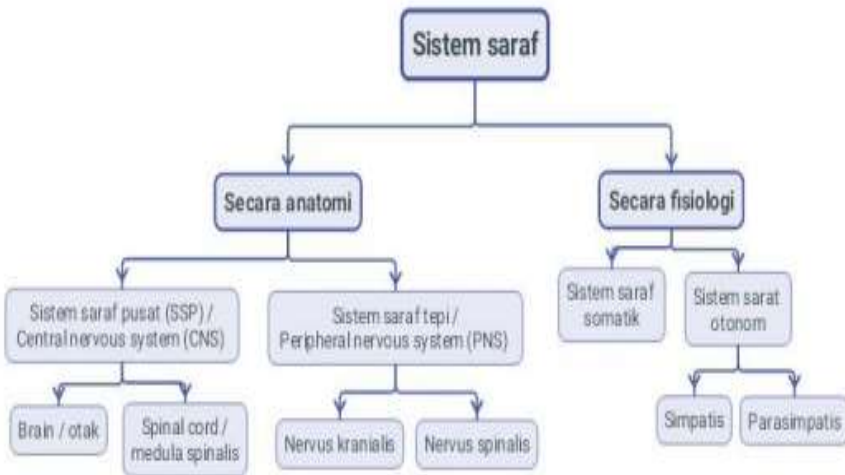
pemrosesan kompleks (pemrosesan informasi), akibatnya SSP membentuk impuls yang berjalan secara perifer (impuls eferen), yang memengaruhi respons motorik terhadap rangsangan. (Bahrudin,2013).



**Gambar 2.2.** Fungsional Sistem Saraf (biru: sensorik; merah: motorik) (Bahrudin, 2013)

Susunan sistem saraf terbagi secara anatomi yang terdiri dari saraf pusat (otak dan medula spinalis) dan saraf tepi (saraf kranial dan spinal) dan secara fisiologi yaitu saraf otonom dan saraf somatik (Bahrudin, 2013).





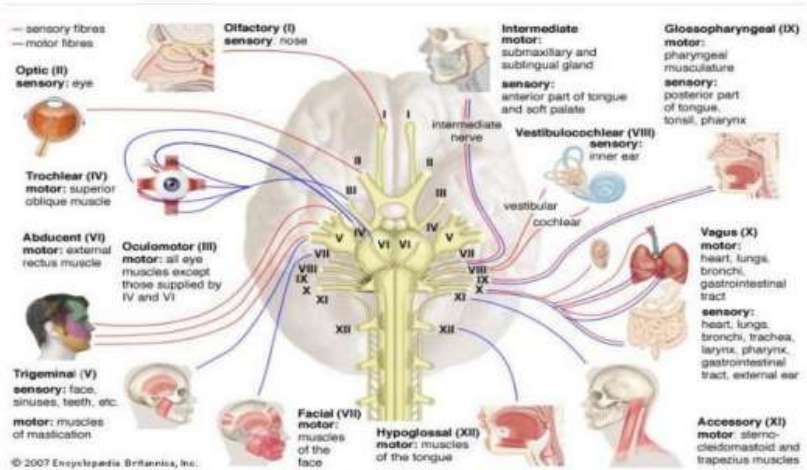
**Gambar 2.3.** Susunan Saraf Manusia (Nugroho, 2013)

### 1. Sistem Saraf Pusat

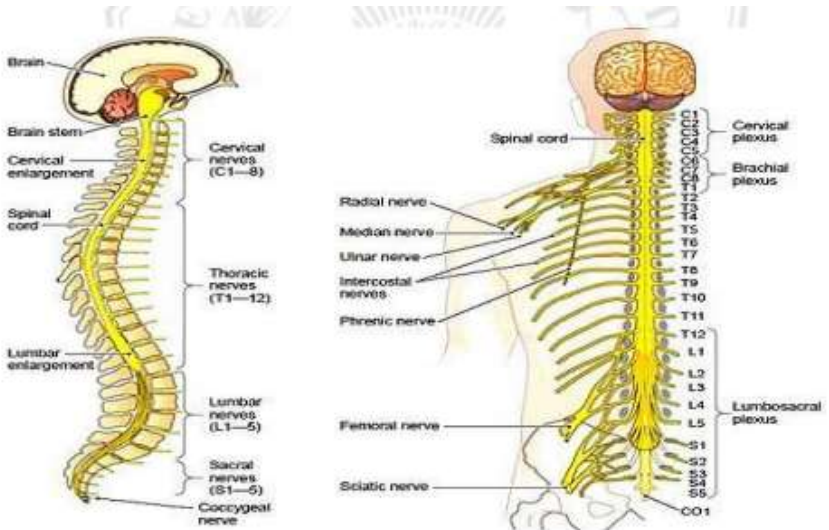
Otak (ensefalon) dan sumsum tulang belakang, yang membentuk sistem saraf pusat (SSP), berfungsi sebagai pusat integrasi dan pengelolaan semua fungsi tubuh. Neuron akson, yang berfungsi sebagai jembatan dan sarana komunikasi listrik antar neuron, membentuk bagian fungsional dari sistem saraf pusat. Itu dikelilingi oleh sel-sel glial, yang memberikan dukungan mekanis dan metabolik (Bahrudin, 2013).

### 2. Sistem Saraf Tepi

*The cranial nerves and spinal nerves of the peripheral nervous system (PNS), which connects the central nervous system to the rest of the body, are these communication pathways. All of the nerves that transmit information to and from the CNS make up the SST (Bahrudin, 2013).*



Gambar 2.4. Distribusi Saraf Kranial (Anonim)



Gambar 2.5. Saraf Spinalis (31 pasang) beserta nama dan letaknya (Bahrudin, 2013)

## 2.7 Imunologi

Studi tentang sistem kekebalan (imunitas) dalam segala bentuk kehidupan berada di bawah payung disiplin yang dikenal sebagai imunologi. Imunologi dibagi menjadi beberapa subdisiplin karena memiliki banyak aplikasi di berbagai bidang, termasuk: disfungsi sistem kekebalan pada gangguan imunologi (penyakit autoimun, hipersensitivitas, defisiensi imun, dan penolakan allograft); sifat fisik, kimia, dan fisiologis komponen sistem kekebalan tubuh. Cabang studi besar yang dikenal sebagai imunologi dinyatakan mencakup penelitian fundamental dan aplikasi klinis. Ini membahas antigen, antibodi, dan aktivitas yang dimediasi sel, terutama yang terkait dengan kekebalan terhadap penyakit, respons biologis hipersensitif, alergi, dan deteksi benda asing.

Sistem kekebalan tubuh adalah sistem pertahanan tubuh yang canggih yang bertugas mengenali dan memerangi zat asing, seperti patogen (termasuk virus, bakteri, dan jamur) dan senyawa yang dianggap asing (seperti alergi), untuk mencegah penyakit dan memelihara kesehatan tubuh. Selain itu, sistem kekebalan memainkan peran penting dalam menemukan dan menghilangkan sel-sel yang terkontaminasi atau kanker.

Salah satu mekanisme perlindungan tubuh terhadap zat asing adalah sistem imun. Sistem kekebalan dapat membuat beberapa jenis sel dan molekul untuk menemukan dan membuang zat atau benda tertentu yang asing dan tidak diinginkan (Saroj et al., 2012).

Sistem imun bawaan terdiri dari sejumlah pertahanan, termasuk fagosit, sel NK (Natural Killer), komplemen, sitokin, dan aktivitas penghalang. Respon non-spesifik terhadap infeksi atau kerusakan dikendalikan oleh sistem ini. Respons sistem kekebalan alami mencakup segalanya, tidak meninggalkan ingatan abadi, dan dapat menjaga kesehatan organisme (Saroj et al., 2012).

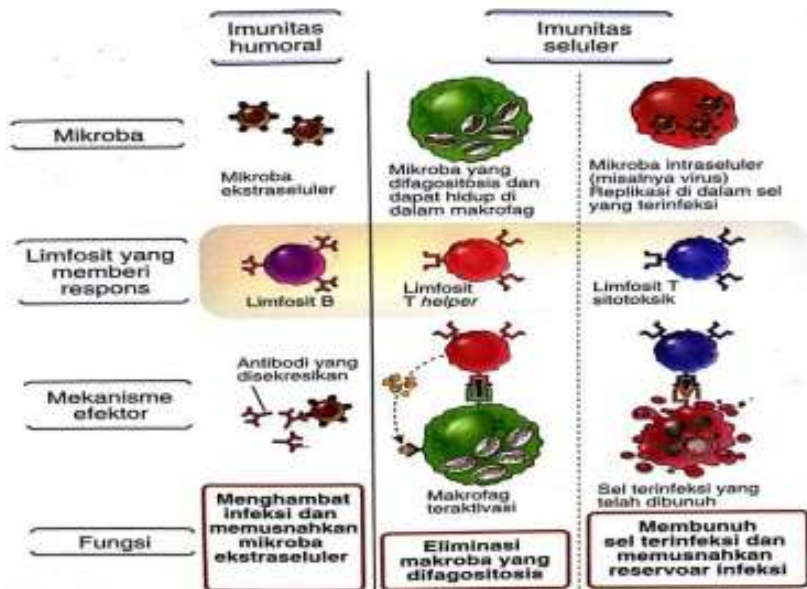
*The immune system serves a variety of purposes, including protecting the body from external invaders, eliminating dead cells, mending tissue damage, and preventing the body's cancer cells and tumors from becoming active (Suardana, 2017). The immune system also works to eliminate aberrant cells from the body and identify foreign things that enter the body in addition to these roles. Bacteria, viruses, parasites, and fungus are examples of foreign entities that the immune system can keep (Sherwood, 2014).*

a. Imun Alami

Kekebalan alami berfungsi memberikan perlindungan cepat terhadap infeksi yang sudah ada sejak lahir (Riley and Rupert, 2015).

b. Imunitas Adaptif

Tubuh menggunakan kekebalan adaptif untuk melindungi diri dari antigen tertentu. Jenis kuman yang harus diobati ditentukan oleh sistem kekebalan yang membutuhkan paparan. Sistem kekebalan ini berfungsi khususnya karena setiap jenis kuman memiliki reaksi yang unik dan membutuhkan waktu untuk mendapatkan tanggapan. Karena sistem kekebalan ini memiliki ingatan akan paparan yang diterimanya, jika telah terpapar bakteri atau penyakit, perlindungan yang diberikannya dapat bertahan untuk jangka waktu yang sangat lama.



(Chabot-Richards and George, 2014)

**Gambar 2.6.** Macam-macam Sel pada Sistem Imun Adaptif

## DAFTAR PUSTAKA

- Subagiarta, I. M. 2018. Sel Struktur, Fungsi, dan Regulasi. Anesthesiologi Dan Terapi Intensif, 2(3), 6–18
- Subagiarta, I. M. 2018. Sel Struktur, Fungsi, dan Regulasi. Anesthesiologi Dan Terapi Intensif, 2(3), 6–18
- Asikin, M., Nasir, M., Podding, I Takko. 2016. Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Muskuloskeletal. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Bahrudin, M. 2013. Nyeri Kepala Neurologi Klinis. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Feriyawati, Lita. 2006. Anatomi Sistem Saraf dan Peranannya dalam Regulasi Kontraksi Otot Rangka. <http://library.usu.ac.id/download/fk/060001194.pdf> diakses tanggal 21 Oktober 2016.
- Han, E. S., & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, A. 2019. Pemeriksaan APTT (Activated Partial Thromboplastin Time). Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699
- Muttaqin, Arif. 2009. Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler. Jakarta : Salemba Medika
- Patricia Heidy. 2013. Karakteristik Penderita Stroke Iskemik Yang Di Rawat Inap Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Tahun 2012-2013. Jurnal eClinic (eCl), Volume 3, Nomor 1
- Riley, L.K., Rupert, J., 2015. Evaluation of Patients with Leukocytosis 92, 8.
- Saroj P, Verma M. 2012. An Overview Immunomodulation. Journal of Advanced Scientific Research. 3(1):07-12
- Sherwood, Lz., 2014. Fisiologi Manusia Dari Sel Ke Sistem. Edisi 8. Jakarta: EGC, 595-677
- Suardana I. B. K., 2017. Diktat Immunologi Dasar Sistem Imun. Universitas Udayana Denpasar. Bali

- Subagiarta, I. M. 2018. Sel Struktur, Fungsi, dan Regulasi. *Anesthesiologi Dan Terapi Intensif*, 2(3), 6–18
- Sudarta, Wayan. 2013. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Cardiovaskuler*. Yogyakarta. Gosyen Publishing
- Depkes, RI. 2006. *Pedoman Pelayanan Kefarmasian Untuk Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)*. Jakarta: Dirljen Kefarmasian & Alat Kesehatan.
- Yudha, Magenda Bisma. 2017. *Gambaran Faktor Risiko Hipertensi pada Mahasiswa Fkultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Angkatan 2013 Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*. Karya Tulis Ilmiah Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

# BAB 3

## KONSEP DAN FILOSOFI BIDAN

*Oleh Shandy wigya mahanani*

### 3.1 Definisi Bidan

#### 3.1.1 Definisi Bidan

Definisi bidan dari kata ‘midwife’ yang bermakna “with women” yaitu pendamping perempuan / bersama perempuan, dimana dalam kebersamaan bidan dengan perempuan itu diwarnai dengan empati, keterbukaan, dan kepekaan. Dalam Bahasa Perancis, makna bidan berasal dari kata “Sage Femme” = perempuan bijak. Bahasa Latin : “cum-mater” = berkaitan dengan perempuan. Bidan merupakan profesi yang definisi serta bidang prakteknya telah diakui secara nasional/internasional.

1. Definisi Bidan secara nasional
  - a. Menurut Permenkes RI No.1464/MENKES/PER/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Bidan: Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - b. Menurut Undang-undang RI No.4 tahun 2019 tentang Kebidanan: 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.
2. Definisi bidan secara internasional : menurut *the International Confederation of Midwives* (ICM).

Perumusan definisi bidan dalam internasional mengalami proses yang panjang. Dirumuskan pertama kali



oleh ICM pada tahun 1972, kemudian disepakati bersama Federation of International Gynecologist and Obstetrician (FIGO), WHO dan badan lainnya tahun 1973. Definisi bidan disempurnakan oleh ICM tahun 1990 di Kobe, disahkan kembali oleh FIGO (1991) dan WHO (1992). Selanjutnya pada tanggal 19 Juli 2005 ICM memperbarui definisi bidan. Proses revisi dilakukan kembali dan disetujui oleh Konsul ICM pada tanggal 15 Juni 2011, yaitu sebagai berikut :

*“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.”*

(Bidan adalah seseorang perempuan yang telah berhasil menyelesaikan program pendidikan kebidanan yang diakui secara sah di negara dimana dia berada yang berdasarkan pada Kompetensi Inti Praktik Dasar Kebidanan ICM & kerangka kerja Standar Global untuk Pendidikan Kebidanan ICM); telah memenuhi kualifikasi persyaratan untuk diregistrasi, dan atau diberikan izin resmi untuk menjalankan praktik kebidanan dan menggunakan gelar “bidan” serta mampu menunjukkan kompetensi dalam praktik kebidanan).

Ringkasnya, bidan ialah seseorang yang sudah menempuh & menyelesaikan pendidikan kebidanan pada institusi yang sah, sudah diregistrasi serta memiliki izin untuk praktik, memperoleh gelar “bidan” & mampu memberikan asuhan kebidanan pada klien.

ICM mengakui bidan sebagai tenaga profesional pilihan yang kompeten untuk perempuan melahirkan di seluruh

dunia. ICM mempromosikan model asuhan kebidanan berdasarkan pada menghormati martabat manusia, kasih sayang dan mempromosikan hak asasi manusia untuk semua orang.

### **3.1.2 Pelayanan Kebidanan**

Ruang Lingkup Pelayanan/Praktik Kebidanan. Pelayanan kebidanan yaitu suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi, maupun rujukan. (UU no.4/2019 tentang Kebidanan). Seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktek profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan masyarakat. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan : upaya pencegahan, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal, deteksi komplikasi pd ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai kewenangan, mencari bantuan lain jika diperlukan, serta melaksanakan tindakan kegawat daruratan.

Bidan memiliki tugas penting dalam konseling serta pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan inilah yang harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak. (Kepmenkes RI No.369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan). Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan (UU no.4/2019). Praktik Kebidanan dapat dilakukan di : Praktik Mandiri Bidan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.

Praktik yang dilakukan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan serta mematuhi kode etik, standar profesi, standar pelayanan, serta standar prosedur operasional. Pengaturan,

penetapan & pembinaan Praktik Kebidanan dilaksanakan oleh Konsil Kebidanan yang merupakan bagian dari Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia yang diatur dengan Peraturan Presiden. Dalam Praktik Kebidanan, pelayanan yang diberikan bidan meliputi :

1. Pelayanan kesehatan ibu
2. Pelayanan kesehatan anak
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan kb
4. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang
5. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu

### **3.1.3 Praktik Kebidanan**

Praktik Kebidanan merupakan kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan (UU no.4/2019). Praktik Kebidanan dapat dilakukan di : Praktik Mandiri Bidan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya. Praktik harus dilakukan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan serta mematuhi kode etik, standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional. Pengaturan, penetapan & pembinaan Praktik Kebidanan dilaksanakan oleh Konsil Kebidanan yang merupakan bagian dari Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia yang diatur dengan Peraturan Presiden. Dalam Praktik Kebidanan, pelayanan yang diberikan bidan meliputi :

1. Pelayanan kesehatan ibu
2. Pelayanan kesehatan anak
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan kb
4. Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang
5. Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu

### **3.1.4 Asuhan Kebidanan**

Asuhan kebidanan dipandang sebagai suatu aktivitas atau intervensi yang dilaksanakan oleh bidan kepada klien, yang mempunyai kebutuhan maupun permasalahan, khususnya dalam KIA atau KB. Asuhan kebidanan ialah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan dan/atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi dan keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat. Standar Asuhan Kebidanan Menurut Kepmenkes RI No 938/Menkes/2007 mengacu pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan.

Asuhan kebidanan merupakan penerapan fungsi, kegiatan dan tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan dan/atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi dan keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat.

Standar Asuhan Kebidanan Menurut Kepmenkes RI No 938/Menkes/2007 Standar asuhan kebidanan adalah acuan proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan.

#### **Standar I : Pengkajian**

Bidan dianjurkan untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. 7 Kriteria pengkajian:

1. Data tepat, akurat, dan lengkap
2. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesis; biodata, keluhan utama, riwayat obstetric, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).
3. Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi, dan pemeriksaan penunjang).

### **Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan**

Bidan mampu menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

### **Standar III : Perencanaan**

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Kriteria perencanaan seperti berikut

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
2. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologis sosial budaya klien/ keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

## **Standar IV : Implementasi**

Bidan bias melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Kriteria evaluasi:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritualkultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (informed consent)
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
4. Melibatkan klien atau pasien dalam setiap tindakan
5. Menjaga privasi klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

## **Standar V : Evaluasi**

Bidan dapat melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan Kriteria hasil

1. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

## **Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan**

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/ kejadian yang ditemukan  
Kriteria pencatatan asuhan kebidanan:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia rekam medis/ KMS (Kartu Menuju Sehat/ KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)/status pasien)
2. Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP
3. S ialah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
4. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
5. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
6. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan

## **3.2 Peran Fungsi Bidan**

### **3.2.1 Peran Bidan**

Bidan memiliki peran antara lain sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan peneliti.

#### **1. Peran sebagai PELAKSANA**

Sebagai pelaksana, Bidan mempunyai tiga kategori tugas yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan.

##### **a) Tugas mandiri**

- 1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan
- 2) Memberikan pelayanan dasar pada anak remaja dan wanita pranikah
- 3) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal
- 4) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/ keluarga
- 5) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

- 6) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien / keluarga
- 7) Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan KB
- 8) Memberikan asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan reproduksi (termasuk klimakterium-menopause)
- 9) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi, balita dengan melibatkan keluarga

Dalam melakukan tugas mandiri ada 7 langkah utama yang harus dilakukan:

- 1) Mengkaji status kesehatan;
- 2) Menentukan diagnosa;
- 3) Menyusun rencana tindakan sesuai masalah;
- 4) Melaksanakan tindakan sesuai rencana yang telah disusun;
- 5) Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan;
- 6) Membuat rencana tindak lanjut;
- 7) Membuat catatan dan laporan

b) Tugas Kolaborasi / kerjasama

- 1) Melaksanakan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
- 2) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi
- 3) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dan keadaan kegawatan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga



- 4) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan klien dan keluarga
- 5) Memberikan asuhan pada BBL dengan resiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
- 6) Memberikan asuhan kebidanan pada balita dengan resiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan melibatkan keluarga

Ada 7 langkah utama yang harus dilakukan dalam setiap asuhan :

- 1) Mengkaji masalah yang berkaitan dengan komplikasi dan keadaan kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi;
  - 2) Menentukan diagnosa, prognosa & prioritas kegawatan yg memerlukan tindakan kolaborasi
  - 3) Merencanakan tindakan sesuai dengan prioritas kegawatan dan hasil kolaborasi
  - 4) Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana dengan melibatkan klien
  - 5) Mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan
  - 6) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien
  - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan
- c) Tugas Ketergantungan / Merujuk
- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga

- 2) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada hamil dengan resiko tinggi dan kegawat daruratan
- 3) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi & rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien beserta keluarganya
- 4) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi & rujukan pada ibu dalam masa nifas dengan penyulit tertentu dengan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien serta keluarganya
- 5) Memberikan asuhan kebidanan pada BBL dengan kelainan tertentu & kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan keluarga
- 6) Memberikan asuhan kebidanan pada anak balita dengan kelainan tertentu & kegawatan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien beserta keluarganya

Ada 5 langkah yang harus dilakukan pada setiap asuhan kebidanan :

- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan yang memerlukan tindakan diluar lingkup kewenangan bidan dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi /rujukan.
- 2) Menentukan diagnosa, prognosa dan prioritas masalah serta sumber-sumber dan fasilitas untuk kebutuhan intervensi lebih lanjut bersama klien/keluarga.
- 3) Memberikan pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan dan memberikan asuhan kebidanan dengan tindakan.

- 4) Mengirim klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut kepada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang dengan dokumentasi lengkap.
- 5) Membuat pencatatan dan pelaporan seluruh kejadian dan intervensi.

## 2. Peran sebagai PENGELOLA

Sebagai pengelola bidan mempunyai dua tugas yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim

- a) **Pengembangkan pelayanan dasar kesehatan**  
Bidan bertugas mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/ klien meliputi:
  - 1) Mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan serta mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat.
  - 2) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil kajian bersama masyarakat
  - 3) Mengelola kegiatan pelayanan kesehatan khususnya KIA/KB sesuai dengan rencana.
  - 4) Mengkoordinir, mengawasi dan membimbing kader dan dukun atau petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program/ kegiatan pelayanan KIA/KB
  - 5) Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya KIA KB termasuk pemanfaatan sumber yang ada pada program dan sektor terkait.

- 6) Menggerakkan dan mengembangkan kemampuan masyarakat serta memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi yang ada
- 7) Mempertahankan dan meningkatkan mutu serta keamanan praktik profesional melalui pendidikan, pelatihan, magang, dan kegiatan dalam kelompok profesi
- 8) Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan

b) Berpartisipasi dalam tim

Bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader, dan tenaga kesehatan lain yang berada di wilayah kerjanya, meliputi :

- 1) Bekerjasama dengan Puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam memberi asuhan kepada klien bentuk konsultasi, rujukan & tindak lanjut
- 2) Membina hubungan baik dengan dukun bayi, kader kesehatan, PLKB dan masyarakat
- 3) Melaksanakan pelatihan serta membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain
- 4) Memberikan asuhan kepada klien rujukan dari dukun bayi
- 5) Membina kegiatan yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan

3. Peran sebagai PENDIDIK

Sebagai pendidik bidan memiliki dua tugas yaitu sebagai pendidik dan penyuluh kesehatan bagi klien serta pelatih dan pembimbing kader

- a) Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga dan masyarakat tentang

penanggulangan masalah kesehatan khususnya KIA/KB

- b) Melatih dan membimbing kader termasuk siswa bidan/keperawatan serta membina dukun di wilayah kerjanya.

Langkah-langkah dalam memberikan pendidikan dan penyuluhan yaitu :

- 1) mengkaji kebutuhan akan pendidikan dan penyuluhan kesehatan
- 2) menyusun rencana jangka pendek dan jangka panjang untuk penyuluhan
- 3) menyiapkan alat dan bahan pendidikan dan penyuluhan
- 4) melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan
- 5) mengevaluasi hasil pendidikan dan penyuluhan
- 6) mendokumentasikan kegiatan

#### 4. Peran sebagai PENELITI

Melakukan penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun kelompok.

- 1) Mengidentifikasi kebutuhan investigasi/penelitian
- 2) Menyusun rencana kerja
- 3) Melaksanakan investigasi
- 4) Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi
- 5) Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut
- 6) Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

### 3.2.2 Fungsi Bidan

Berdasarkan peran Bidan yang dikemukakan diatas, maka fungsi bidan sebagai berikut :

#### 1. Fungsi Pelaksana

Fungsi bidan sebagai pelaksana mencakup :

- a) Melakukan bimbingan dan penyuluhan kepada individu, keluarga, serta masyarakat (khususnya kaum remaja) pada masa pra perkawinan
- b) Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal, kehamilan dengan kasus patologi tertentu dan kehamilan dengan resiko tinggi
- c) Menolong persalinan normal dan kasus persalinan patologis tertentu.
- d) Merawat bayi segera sesudah lahir normal dan bayi dengan resiko tinggi
- e) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas
- f) Memelihara kesehatan ibu dalam masa menyusui
- g) Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan pra sekolah
- h) Memberi pelayanan KB sesuai dengan wewenangnya
- i) Memberi bimbingan dan pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi termasuk wanita dalam masa klimakterium internal dan menopause sesuai wewenangnya.

#### 2. Fungsi Pengelola

Fungsi Bidan sebagai pengelola mencakup :

- a) Mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok masyarakat sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat yang didukung oleh partisipasi masyarakat.

- b) Menyusun rencana pelaksanaan pelayanan kebidanan di lingkungan unit kerjanya
- c) Memimpin koordinasi kegiatan pelayanan kebidanan
- d) Melakukan kerja sama serta komunikasi inter dan antar sektor yang terkait dengan pelayanan kebidanan
- e) Memimpin evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan.

### 3. Fungsi Pendidik

Fungsi bidan sebagai pendidik mencakup :

- a) Memberi penyuluhan kepada individu, keluarga dan kelompok masyarakat terkait dengan pelayanan kebidanan dalam lingkup kesehatan serta KB
- b) Membimbing dan melatih dukun bayi serta kader kesehatan sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan
- c) Memberi bimbingan kepada peserta didik bidan dalam kegiatan praktik di klinik dan di masyarakat
- d) Mendidik peserta didik bidan atau tenaga kesehatan lain sesuai dengan bidang keahliannya

### 4. Fungsi Peneliti

Fungsi bidan sebagai peneliti mencakup :

- a) Melakukan evaluasi, pengkajian, survei dan penelitian yang dilakukan sendiri atau berkelompok dalam lingkup pelayanan kebidanan
- b) Melakukan penelitian kesehatan keluarga dan KB

Berdasarkan Kepmenkes No.369/ Menkes.SK.III.2007 tentang standar profesi bidan disebutkan bahwa dalam hal kualifikasi pendidikan :

- a) Bidan lulusan pendidikan bidan sebelum tahun 2000 dan Diploma III kebidanan merupakan bidan pelaksana, yang

- memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik di institusi pelayanan maupun praktik perorangan
- b) Bidan lulusan pendidikan bidan setingkat Diploma IV/ S1 merupakan bidan profesional, yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik di institusi pelayanan maupun praktik perorangan. Mereka dapat berperan sebagai pemberi pelayanan, pengelola maupun pendidik
  - c) Bidan lulusan pendidikan bidan setingkat S2 dan S3 merupakan bidan profesional yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik di institusi pelayanan maupun praktik perorangan. Mereka dapat berperan sebagai pemberi layanan, pengelola, pendidik, peneliti, pengembang dan konsultan dalam pendidikan bidan maupun sistem/ ketata laksanaan pelayanan kesehatan secara universal.

### **3.2.3 Hubungan Peran dan Fungsi Bidan dengan Wewenang (Permenkes 28/2017) dan Otonomi Bidan**

Dalam Permenkes 28 tahun 2017 tentang Izin Praktik Bidan disebutkan bahwa Bidan merupakan salah satu dari jenis tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan asuhan kebidanan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki. Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bidan merupakan nakes yang sejak dulu tersedia hingga ke pelosok desa, Bidan melakukan praktik kebidanan yang saat ini disebut dengan bentuk asuhan kebidanan. Ibu-ibu hamil hingga melahirkan anaknya yang sehat tak lepas dari praktik asuhan kebidanan yang bertangan dingin. Untuk menjalankan Praktik Kebidanan, Bidan paling rendah memiliki kualifikasi jenjang pendidikan diploma tiga kebidanan.



Praktik Kebidanan merupakan kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan. Bidan juga berpraktik mandiri, dapat juga berpraktik di klinik maupun rumah sakit, serta fasilitas layanan kesehatan lainnya. Bidan yang berpraktik sendiri tempatnya disebut sebagai Praktik Mandiri Bidan. Praktik Mandiri Bidan adalah tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh Bidan secara perorangan.

STRB merupakan singkatan dari Surat Tanda Registrasi Bidan. STRB ialah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah kepada Bidan yang telah memiliki sertifikat kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Setiap Bidan harus memiliki STRB untuk dapat melakukan praktik keprofesiannya. STRB diperoleh setelah Bidan memiliki sertifikat kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. STRB berlaku selama 5 (lima) tahun. STRB yang telah habis masa berlakunya dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

SIPB ialah singkatan dari Surat Izin Praktik Bidan. SIPB merupakan bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Bidan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik kebidanan. Bidan yang menjalankan praktik keprofesiannya wajib memiliki SIPB. SIPB diberikan kepada Bidan yang telah memiliki STRB. SIPB berlaku untuk 1 (satu) Fasilitas Pelayanan Kesehatan. SIPB berlaku selama STR Bidan masih berlaku, dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan. Bidan hanya dapat memiliki paling banyak 2 (dua) SIPB. Permohonan SIPB kedua, harus dilakukan dengan menunjukkan SIPB pertama

Dalam melaksanakan praktik kebidanannya, Bidan mempunyai 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.

Dalam pelaksanaan praktik kebidanan, Bidan berkewajiban untuk menghormati hak pasien; memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibu Definisi Bidan tuhkan; 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.

Praktik Mandiri Bidan merupakan tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh Bidan secara perorangan. Bidan yang menyelenggarakan Praktik Mandiri Bidan harus memenuhi persyaratan, selain ketentuan persyaratan memperoleh SIPB. Persyaratan Praktik Mandiri Bidan meliputi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, serta obat dan bahan habis pakai. Persyaratan lokasi berupa Praktik Mandiri Bidan harus berada pada lokasi yang mudah untuk akses rujukan dan memperhatikan aspek kesehatan lingkungan.

Persyaratan bangunan meliputi ruang dalam bangunan Praktik Mandiri Bidan yang terdiri atas ruang tunggu; ruang periksa; ruang bersalin; ruang nifas; WC/kamar mandi; dan ruang lain sesuai kebutuhan.

Selain persyaratan di atas, bangunan Praktik Mandiri Bidan harus bersifat permanen dan tidak bergabung fisik bangunan lainnya. Ketentuan tidak bergabung fisik bangunan lainnya tidak termasuk rumah tinggal perorangan, apartemen, rumah toko, rumah kantor, rumah susun, dan bangunan yang sejenis.

Apabila praktik mandiri berada di rumah tinggal perorangan, akses pintu keluar masuk tempat praktik harus terpisah dari tempat tinggal perorangan. Bangunan praktik mandiri Bidan harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan keselamatan dan kesehatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak dan orang usia lanjut.

Persyaratan prasarana Praktik Mandiri Bidan dalam hal persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, serta obat dan bahan habis pakai paling sedikit memiliki sistem air bersih; sistem kelistrikan atau pencahayaan yang cukup; ventilasi/sirkulasi udara yang baik; dan prasarana lain sesuai kebutuhan.

Praktik Mandiri Bidan harus melaksanakan pengelolaan limbah medis. Pengelolaan limbah medis dapat dilakukan melalui kerjasama dengan institusi yang memiliki instalasi pengelolaan limbah.

Praktik Mandiri Bidan harus memasang papan nama pada bagian atau ruang yang mudah terbaca dengan jelas oleh masyarakat umum dengan ukuran 60x90 cm dasar papan nama berwarna putih dan tulisan berwarna hitam. Papan nama paling sedikit memuat nama Bidan, nomor STRB, nomor SIPB, dan waktu pelayanan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan ditetapkan Menkes Nila Farid Moeloek di Jakarta pada tanggal 12 Mei 2017.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan diundangkan

Ditjen PP Kemenkumham Widodo Ekadjahjana di Jakarta pada tanggal 13 Juli 2017.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan ditempatkan dalam Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 954. Agar setiap orang mengetahuinya.

Pertimbangan terbitnya Permenkes 28 tahun 2017 tentang Izin Praktik Bidan adalah:

- 1) bahwa dalam rangka melindungi masyarakat penerima pelayanan kesehatan, setiap tenaga kesehatan yang akan menjalankan praktik keprofesiannya harus memiliki izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 2) bahwa Bidan merupakan salah satu dari jenis tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan asuhan kebidanan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki;
- 3) bahwa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan perlu disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan hukum;
- 4) bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, dan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 23 ayat (5) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

### **3.3 Dasar Pemikiran, Fokus & Tujuan Teori Kebidanan**

#### **3.3.1 Reva Rubin**

*Attainment of the maternal role* (Pencapaian Peran Ibu)

Reva Rubin adalah seorang nurse-midwife dari Amerika. Teori & risetnya berpengaruh luas terhadap asuhan kehamilan & postpartum. Rubin mendefinisikan peran sebagai serangkaian

aktivitas/perilaku seseorang yang menunjukkan posisi/status sosialnya (misal : sebagai guru, ibu, anak, dsb). Peran diperoleh melalui proses belajar. Tujuan teori Rubin yang tercantum dalam risetnya adalah mengidentifikasi bagaimana wanita mencapai perannya sebagai ibu dan hal-hal apa saja yang dapat membantu atau menghambat proses pencapaian peran tersebut. Ia membagi teori nya dalam 2 bagian yaitu Adaptasi psikososial pada masa kehamilan dan Adaptasi psikososial pada masa nifas. Penjelasan nya sebagai berikut :

#### 1. Adaptasi Psikososial pada Masa Kehamilan

Terdapat 4 tugas selama kehamilan untuk mencapai peran sebagai ibu yang diharapkan dialami oleh setiap ibu hamil. Bila tugas-tugas tersebut tidak dipenuhi dapat menjadi indikator bahwa ibu tidak menginginkan bayinya. Ke empat tugas selama kehamilan yaitu :

- a) Memastikan kesejahteraan fisik diri & bayinya. Bentuk perilaku yang ditunjukkan ibu hamil antara lain : memeriksakan kehamilannya, sebab ia akan mengetahui kesejahteraan diri dan juga bayinya. Ibu hamil yang tidak pernah memeriksakan diri selama hamil harus diwaspadai karena mungkin kehamilan ini tidak diharapkan.
- b) Memperoleh 'penerimaan sosial' diri & bayinya terutama dari orang yang dekat & penting baginya. Ibu hamil menginginkan diri dan kehamilannya diterima oleh lingkungannya terutama dari orang dekatnya (suami, ibunya, anggota keluarga lain, dsb). Ibu yang semula menerima kehamilannya bisa terpengaruh dan menjadi tidak menginginkan kehamilannya jika ada penolakan sosial terhadap kehamilan yang berakibat buruk bagi ibu dan bayinya.
- c) Menjalin kelekatan / *attachment* antara diri dengan bayinya. Ibu hamil menunjukkan sikap kasih sayang

dan kedekatan terhadap janin yang dikandungnya. Ini dapat dilihat dari reaksi ibu ketika bidan membicarakan tentang janinnya. Jika ibu menunjukkan ketidaktertarikan, maka mengindikasikan bahwa ibu tidak menyukai/tidak mengharapkan kehamilannya.

- d) Mempelajari makna memberi & menerima (*take and give*) dengan segala kompleksitasnya. Ibu akan melakukan segalanya demi kehamilan/janinnya. Satu-satunya yang diinginkan ibu adalah kondisi janinnya yang sehat.

Sehubungan dengan tugas kehamilan tsb, peran Bidan yaitu :

- a) Mengembangkan pengkajian data untuk mengenal adanya masalah yang berhubungan dengan tugas tsb. Misalnya : berkaitan dengan tugas ke 2, bidan dapat menanyakan : bagaimana respon suaminya terhadap kehamilan, bagaimana pula perasaan kedua orangtuanya, dsb.
- b) Membantu ibu hamil dalam memenuhi tugas-tugas tsb.

Ada 3 aspek dalam peran ibu selama kehamilan menurut Rubin :

- a) Gambaran ideal (*the ideal image*) : yaitu semua ide/angan-angan tentang aktivitas & hal-hal yang ideal sebagai seorang ibu.
- b) Gambaran mengenai diri (*the self image*) : merupakan gambaran mengenai dirinya nanti jika menjadi seorang ibu yang dianggap sesuai dengan dirinya, diperoleh dari pengalaman-2nya.
- c) Gambaran tentang tubuh (*the body image*) : Gambaran yang berhubungan dengan perubahan-perubahan tubuh selama hamil dan setelah melahirkan.

Beberapa aktivitas penting untuk mencapai peran ibu :

a) *Taking-on: mimicry & role play.*

*Mimicry* yaitu meniru perbuatan/sikap orang lain yang menjadi model baginya & belajar dari berbagai sumber tentang hal-hal yang akan dihadapinya nanti (misal : apa yang dilakukan orang lain saat bersalin; apa yang terjadi & bagaimana rasanya melahirkan). Yang disukai akan diadopsi, yang tak disukai akan dihindari. *Role play* = bermain peran sebagai ibu, mencoba melakukan sesuatu yang nantinya akan diterapkan. Misalnya menggendong bayi, menyuapi, mengganti popok. Aktivitas *taking-on* membantu wanita memahami bagaimana perilaku seorang ibu.

b) *Taking-in* : fantasi & introyeksi-proyeksi-rejeksi.

Fantasi yaitu membayangkan tentang dirinya. Mengembangkan pemahaman tentang apa yang akan ia lakukan. Misalnya membayangkan apa yang akan dilakukan saat bersalin, bgmn hubungannya dengan suami /anggota keluarga lain setelah punya bayi. Introyeksi-proyeksi-rejeksi yaitu proses aktif membandingkan sudut pandangnya sendiri terhadap seseorang/'model' & mengambil keputusan apakah akan mengadopsi / menolak suatu hal. Misal : ia sudah mengetahui tentang cara memandikan bayi, kemudian membandingkannya dengan org lain, lalu ia mengembangkan cara sendiri berdasarkan pengetahuan yang ia miliki & dari cara orang lain tsb.

c) *Letting-go : grief-work.*

*Mereview*, mengingat kembali hal-hal yang berhubungan dengan peran diri sebelum hamil. Melepaskan peran yang tidak lagi sesuai / tidak mungkin lagi dilakukan karena kehamilan & melahirkan, bisa mengalami kesedihan.

## 2. Adaptasi psikososial Postpartum

Periode nifas menimbulkan stres emosional bagi ibu, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan masa transisi menjadi orangtua adalah :

- a) Respon & dukungan dari keluarga & teman.
- b) Hubungan antara pengalaman melahirkan dengan harapan
- c) Pengalaman melahirkan & membesarkan anak sebelumnya
- d) Pengaruh budaya

Aktivitas penting dalam Adaptasi Psikososial Postpartum

Rubin mengklasifikasikan adaptasi psikososial postpartum menjadi tiga tahap yaitu:

### a) Fase taking in :

- 1) Mendominasi pada hari pertama hingga kedua setelah melahirkan.
- 2) Ibu masih pasif dan ketergantungannya tinggi pada orang lain.
- 3) Perhatian ibu terfokus pada dirinya, dan juga pengalaman saat melahirkan. Ibu mungkin berulang kali menceritakan pengalamannya ketika melahirkan.
- 4) Membutuhkan tidur tanpa gangguan yang sangat penting untuk mencegah gangguan tidur, pusing, iritabel, selain juga untuk menghilangkan kelelahan pasca bersalin.
- 5) Selera makan mungkin meningkat, perlu ditawarkan makan.

### b) Fase taking hold

- 1) Mendominasi hari kedua hingga ke empat setelah melahirkan



- 2) Lebih bisa berorientasi pada orang lain (terutama bayinya) & menjadi lebih mandiri. Mulai tertarik untuk belajar tentang perawatan bayi (seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok).
  - 3) Ibu agak sensitif & merasa tidak mampu dalam perawatan bayi namun cenderung terbuka untuk menerima nasehat & Pendidikan kesehatan.
  - 4) Fokus perhatian ibu pada pengendalian fungsi tubuhnya seperti BAB, BAK, & pemulihan kekuatan tubuhnya.
- c) Fase letting go
- 1) Biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan di pengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga
  - 2) ibu mulai mengambil tanggung jawab dalam merawat bayinya. Ia harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tinggi ketergantungannya pada ibu. Seringkali ibu merasa berkurangnya hak, kebebasan, & hubungan sosialnya
  - 3) Depresi postpartum dapat terjadi pada fase ini

### **3.3.2 Ramona T Mercer**

Stres Antepartum dan Pencapaian Peran Ibu Teori Mercer sangat dipengaruhi oleh Reva Rubin yang menjadi pembimbingnya saat Mercer menyelesaikan program doktoral di bidang keperawatan maternitas. Mercer menyusun teori dalam 2 area yaitu : efek stres antepartum terhadap keluarga, dan pencapaian peran ibu.

- 1) Efek stress antepartum terhadap fungsi keluarga Stres antepartum yaitu komplikasi kehamilan /kondisi kehamilan resiko tinggi & peristiwa/pengalaman negatif dalam kehidupan.

- 2) Tujuan asuhan adalah memberikan dukungan selama hamil untuk mengurangi ketidakpercayaan ibu.
- 3) Keluarga adalah sistem dinamis yang meliputi subsistem individual (ibu, ayah, bayi) & subsistem pasangan (hubungan timbal balik ibu-ayah, ibu-bayi, ayah-bayi).

Efek dari stres antepartum dapat ditekan/diminimalkan oleh karakteristik individu dalam keluarga & support sosial yang ada. Mercer menguji coba model 'efek stres antepartum terhadap fungsi keluarga' sebagai berikut :

Kelompok wanita hamil yang dirawat di RS dengan resiko tinggi/komplikasi dibandingkan dengan kelompok wanita hamil resiko rendah/normal. Melibatkan juga wawancara terhadap 50% suami dari kedua kelompok. Hasilnya : wanita dengan kehamilan resiko tinggi mengalami fungsi keluarga yang kurang optimal daripada keluarga wanita dengan kehamilan resiko rendah.

#### 1. Pencapaian peran sebagai Ibu

Dasar teori pencapaian peran ibu dari Mercer "Menjadi ibu berarti memperoleh identitas baru. Untuk mendapatkan identitas baru perlu memikirkan & mendefinisikan kembali mengenai diri secara lengkap." Ketertarikan terhadap peran adalah penting karena sebagian wanita mengalami kesulitan menerima peran sebagai ibu yang membawa konsekuensi pada anaknya yaitu anak mendapat perlakuan kasar & diabaikan akibat kegagalan mencapai peran ibu.

Mercer menggunakan pendekatan interaksionis untuk memahami proses pencapaian peran, "Cara mendapatkan & melakukan suatu peran tergantung pada reaksi & interaksi orang-orang disekitarnya" (misal : suami, bayi, keluarga/saudara & orang lain). Pencapaian peran ibu adalah suatu proses interaksi & perkembangan yang terjadi selama periode tertentu dimana ibu menjadi dekat dengan bayinya, mampu melaksanakan tugas-tugas perawatan, serta

mengekspresikan kesenangan-kepuasan dalam peran. Penerimaan terhadap suatu peran melibatkan interaksi aktif dari ibu & pasangannya, masing-masing saling merespon & merubah perilakunya sesuai dengan respon yang ditunjukkan. Ekspresi /penampilan peran seseorang juga dipengaruhi oleh pengalaman dimasa lalu & juga pandangannya sendiri.

2. Tahap-tahap pencapaian peran ibu (Mercer) :

- 1) Tahap antisipatori : masa sebelum berperan menjadi ibu dimana ia memulai penyesuaian psikologis & sosial terhadap peran dengan cara mempelajari hal-hal apa saja yang diharapkan untuk menjadi seorang ibu.
- 2) Tahap formal : berperan nyata sebagai ibu, dimana perilaku peran diatur oleh sistem sosial yang ada.
- 3) Tahap informal : mulai mengembangkan caranya sendiri yang unik dalam melakukan peran yang tidak dinyatakan oleh sistem sosialnya.
- 4) Tahap personal : sudah mampu menentukan sendiri gaya perannya sebagai ibu & dapat diterima orang lain. Penyesuaian sosial sudah terjadi melalui modifikasi peran & penyesuaian psikologis yang menghasilkan perasaan harmonis antara diri & peran.

Menurut Rubin : aktivitas-aktivitas penerimaan peran sebagai ibu ini dimulai sejak hamil s/d 6 bln postpartum. Sedangkan menurut Mercer : sebagian besar aktivitas penerimaan peran sebagai ibu terjadi sesudah kelahiran bayi, sedangkan pencapaian peran ibu dapat terjadi 3-4 bln postpartum. Variabel yang mempengaruhi pencapaian peran ibu:

- 1) Variabel ibu (maternal ) :
  - a) Usia ibu saat pertamakali melahirkan.
  - b) Persepsi terhadap pengalaman melahirkan

- c) Pemisahan awal ibu-bayi
- d) *Stres social*
- e) *Support sosial*, yang terdiri dari :
  - Support emosional : perasaan dicintai, diperhatikan, dipercaya & dimengerti.
  - Support informasional : pemberian informasi yang berguna untuk menolong diri sendiri/ menghadapi masalah
  - Support fisik : jenis bantuan langsung, misal : mengasuh anak meminjami/memberi bantuan keuangan, dsb.
  - Support appraisal : informasi dari orang lain tentang bagaimana seharusnya ia berperan sebagai ibu. Ini memungkinkan ibu mengevaluasi diri.
- f) Konsep diri
- g) Sifat pribadi
- h) Sikap dalam pengasuhan anak
- i) Status kesehatan ibu

2) Variabel bayi :

- a) Temperamen bayi
- b) Kesehatan bayi

3) Variabel lainnya :

- a) Latar belakang etnis
- b) Status perkawinan
- c) Status sosial ekonomi

Aspek menarik yang dikemukakan Mercer : bayi & temperamennya ternyata berpengaruh dalam penerimaan peran sebagai ibu. Pada masa postpartum, Mercer mempresentasikan model 'adaptasi peran ibu selama tahun pertama yang terdiri dari 4 fase yaitu :

- a) *Physical recovery phase* (lahir – 1 bulan)
- b) *Achievement phase* ( 2-4 atau 5 bulan)
- c) *Disruption phase* (6 – 8 bulan)
- d) *Reorganization phase* (8 – 12 bulan)

Fase-fase adaptasi diatas, masing-masing terdiri dari 3 level, yaitu :

- a) Level biologik : pemulihan fisik & adaptasi terhadap tumbuh kembang bayi.
- b) Level psikologik : reaksi & persepsi wanita tentang menjadi ibu.
- c) Level sosial meliputi perubahan<sup>2</sup> dalam hubungan sosial pada tahun pertama.

Dalam setahun, proses adaptasi terjadi dalam tingkatan yang bervariasi. Pada fase *physical recovery*, adaptasi level biologik lebih menonjol. Adaptasi pada fase lebih lanjut dapat terhambat jika ada problem yang tidak teratasi pada fase sebelumnya. Implikasi dari fase & level tsb terhadap praktik bidan :

- a) Pemberian penkes dapat dimulai sebelum kelahiran : informasi tentang apa yang akan terjadi selama persalinan & postpartum.
- b) Melakukan tindakan untuk membantu wanita dalam setiap fase. Misal : fase *achievement* perlu mendapat nasehat untuk periksa bila ada masalah karena terbukti 2/3 wanita pada 4 bulan postpartum mengeluhkan masalah kesehatan (flu, infeksi genitalia, masalah payudara, sakit kepala, kerontokan rambut, anemia, dsb) daripada saat bulan pertama.
- c) Tindakan pencegahan masalah sebagian besar dapat dilakukan pada masa antenatal.

- d) Perlunya follow up terhadap kondisi ibu pada 6 bulan postpartum.

Peran bidan menurut Mercer adalah :

- a) Membantu wanita beradaptasi terhadap peran sebagai ibu
- b) Mengidentifikasi faktor-2 yang mendukung terjadinya stres antenatal.
- c) Melakukan tindakan jika ditemukan adanya faktor2 tsb

3. Teori Ernestine Wiedenbach : The Need for Help (Kebutuhan akan bantuan)

Ernestine Wiedenbach adalah professor nurse midwife Amerika kelahiran Jerman. Pada tahun 1958 ia menulis buku "*Family-Centred Maternity Nursing*" (pada masa itu belum ada textbook yang berfokus pada keluarga). Ia memberikan sumbangan terhadap nursing / *midwifery theory* lewat bukunya "*Clinical Nursing : A Helping Art*" tahun 1964. Wiedenbach mengemukakan teorinya secara induktif berdasarkan pengalaman dan observasinya dalam praktik. Dalam edisi kedua buku '*Family-centred Maternity Nursing*' tahun 1967, ia mengemukakan suatu model yang terdiri 5 elemen yang diistilahkan sebagai the Realities of Nursing yaitu :

- a) *The agent* (bidan, perawat / lainnya)
- b) *The recipient* (wanita, keluarga, masyarakat)
- c) *The goal* (tujuan dari tindakan/intervensi)
- d) *The means* (metode untuk mcapai tujuan)
- e) *The framework* (lingkungan sosial, organisasional & profesional)

a. The agent

Bidan merupakan perantara bagi klien dalam mencapai tujuan. Model ini menekankan perlunya

mempertimbangkan filosofi individual bidan dengan teman sejawat dalam memberikan asuhan. Filosofi Wiedenbach tentang asuhan kebidanan yaitu : asuhan kebidanan tidak hanya memenuhi kebutuhan ibu & bayi namun meluas hingga pemenuhan kebutuhan ibu & ayah dalam mengembangkan inner strength dengan penuh percaya diri guna mempersiapkan & mencapai peran mereka sebagai orangtua.

b. The recipient

Penerima asuhan, yaitu wanita dalam masa reproduksi, keluarganya & masyarakat, yang karena kondisi tertentu (misal : kehamilan, persalinan, nifas, dsb.) tidak dapat memenuhi kebutuhannya. Pandangan Wiedenbach mengenai *recipient* adalah :

“..... bahwa mereka mampu menentukan kebutuhan akan bantuan (*a need for help*). Bidan perlu melakukan intervensi hanya bila terdapat kendala yang menyebabkan mereka tidak dapat memenuhi kebutuhan scr memuaskan.”

c. The Goal

Tujuan bidan : memenuhi kebutuhan klien akan bantuan (*a need for help*). *A need for help* = semua tindakan yang diperlukan klien untuk mengatasi masalah akibat kondisi tertentu (misal : hamil, bersalin, nifas, dsb). Kebutuhan harus ditemukan oleh bidan & diketahui pula oleh klien. Adanya kebutuhan bantuan dapat diketahui dari kondisi fisik, emosional/ psikologis yang berbeda dari biasanya. Oleh karena itu bidan harus waspada & menggunakan seluruh kemampuannya untuk memahami kebutuhan klien, kemudian memvalidasinya & bertindak tepat untuk pemenuhannya.

d. The Means

Metode dalam mencapai tujuan asuhan kebidanan, terdiri dari 4 fase :

- 1) *Identification* : mengenali kebutuhan klien akan bantuan.
- 2) *Ministration* : memberikan bantuan yang diperlukan
- 3) *Validation* : memastikan bantuan yang diberikan adalah memang benar diperlukan.
- 4) *Co-ordination* : mengkoordinasikan sumber-sumber bantuan yang ada.

Agar ke 4 fase tsb dapat dilalui maka seorang bidan perlu mempunyai :

- 1) Pengetahuan/knowledge : pengetahuan tentang semua kebutuhan yang telah dikenal.
- 2) Penilaian/judgement : kemampuan bidan untuk membuat suatu keputusan (klinis).
- 3) Keterampilan/skills : kemampuan melakukan tindakan untuk mencapai hasil yang baik.

Dalam membantu memenuhi kebutuhan akan bantuan, bidan menerapkan 'seni kebidanan'/ the art of midwifery. Konsep 'art' menurut Wiedenbach adalah :

- 1) Tindakan yang penuh pertimbangan, dimana bidan sebelum bertindak terlebih dahulu menganalisa data berdasarkan persepsi, perasaan, & judgement dengan tetap berpijak pada klien & menghargai klien.
- 2) Didasarkan pada observasi & intuisi profesional yang dipengaruhi oleh pengetahuan & penilaian (knowledge & judgement).



### 3.3.3 Ela Joy Lehrman

Lehrman mengidentifikasi komponen-komponen yang mendasari asuhan kehamilan/ ANC oleh bidan. Lehrman dan Morton berusaha mencari jawaban atas pertanyaan :

- 1) Apa yang membuat asuhan kebidanan itu penting?
- 2) Komponen-2 asuhan prenatal apa saja yang diberikan oleh bidan?

Mereka mereview literatur yang ditulis para bidan dalam kurun waktu 25 tahun terakhir untuk merumuskan aspek-aspek praktik profesi bidan, dan menemukan adanya 8 aspek praktik bidan dalam ANC di USA yaitu :

- 1) Asuhan berkesinambungan (*continuity of care*)
- 2) Asuhan yang berpusat pada keluarga (*family-centered care*) : asuhan yang memperhatikan kebutuhan keluarga.
- 3) Pendidikan & konseling sebagai bagian dari asuhan
- 4) Asuhan yang bersifat non-intervensi (*non-interventionist care*) : tidak melakukan tindakan/campurtangan yang tidak perlu atau malah justru membahayakan klien.
- 5) Fleksibilitas dalam asuhan
- 6) Asuhan partisipatif, misalnya melibatkan klien dalam pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
- 7) Advokasi klien : bidan membela dan melindungi hak klien
- 8) Waktu, tersedianya waktu yang cukup bagi klien untuk berinteraksi dengan bidan Morten dkk (1991) mencoba menerapkan konsep Lehrman dalam asuhan postnatal & menganalisa apakah ke 8 aspek itu juga dapat diobservasi pada asuhan postnatal. Morten menemukan adanya 3 komponen tambahan kemudian ia menambahkannya ke dalam konsep Lehrman. Ketiga komponen tambahan itu adalah :
  - a. Teknik terapiutik (*therapeutic techniques*)
  - b. Pemberdayaan (*empowerment*)

c. Hubungan kesetaraan dengan orang lain (*lateral relationship*)

Teknik terapiutik = proses komunikasi yang menguntungkan & mendorong penyembuhan serta perkembangan. Indikator teknik terapiutik :

- 1) Mendengarkan secara aktif (*active listening*)
- 2) Menyelidiki/mengkaji (*probing*)
- 3) Klarifikasi
- 4) Humor
- 5) Sikap yang tidak menghakimi / menuduh (*non-judgemental attitude*)
- 6) Dorongan (*encouragement*)
- 7) Fasilitasi
- 8) Pemberian ijin (*permission giving*)

Pemberdayaan = proses memberi & atau menerima 'power', kekuatan, & penguatan. Bidan melalui sikap & pendekatan asuhannya meningkatkan energi & sumber2 dari dalam diri klien.

Indikator pemberdayaan antara lain :

- 1) Memberi penguatan/penegasan (*affirmation*)
- 2) Meningkatkan kemampuan klien dalam mengkoreksi, memvalidasi
- 3) Memberikan keyakinan (*reassurance*)
- 4) Memberikan dukungan (*support*).

Lehrman dan Morten dkk memberikan suatu model praktik kebidanan yang secara jelas menunjukkan area praktik kebidanan. Hubungan lateral = bidan meningkatkan interaksi yang mempunyai ciri : keterbukaan (*sense of openness*), saling menghargai (*mutual regard*), persamaan posisi, sehingga mendorong rasa kebersamaan antara bidan-klien. Indikator hubungan lateral :

- 1) Kesejajaran
- 2) Empati
- 3) berbagi pengalaman dan atau perasaan

### **3.3.4 Ernestine Wiedenbach**

*The Need for Help* (Kebutuhan akan bantuan). Ernestine Wiedenbach adalah *professor nurse midwife* Amerika kelahiran Jerman. Pada tahun 1958 ia menulis buku "*Family-Centred Maternity Nursing*" (pada masa itu belum ada textbook yang berfokus pada keluarga). Ia memberikan sumbangan terhadap nursing / midwifery theory lewat bukunya "*Clinical Nursing : A Helping Art*" tahun 1964. Wiedenbach mengemukakan teorinya secara induktif berdasarkan pengalaman dan observasinya dalam praktik.

Dalam edisi kedua buku '*Family-centred Maternity Nursing*' tahun 1967, ia mengemukakan suatu model yang terdiri 5 elemen yang diistilahkan sebagai *the Realities of Nursing* yaitu :

- 1) *The agent* (bidan, perawat / lainnya)
- 2) *The recipient* (wanita, keluarga, masyarakat)
- 3) *The goal* (tujuan dari tindakan/intervensi)
- 4) *The means* (metode untuk mencapai tujuan)
- 5) *The framework* (lingkungan sosial, organisasional & profesional)

### **3.3.5 Jean Ball**

Teori kursi dek kesejahteraan emosional maternal (*The deck-chair theory of maternal emotional well-being*). Jean Ball seorang British midwife melakukan riset secara ekstensif tentang kebutuhan wanita pada masa postnatal & konsekuensinya bagi wanita yang mendapat asuhan dari berbagai unit pelayanan. Dalam bukunya '*Reactions to Motherhood*' (1987) : Tujuan asuhan Postnatal yang menjadi filosofi Jean Ball tentang postnatal care yaitu :

- 1) Membantu wanita agar berhasil menjadi ibu. Keberhasilan ini tidak hanya melibatkan proses fisiologis saja tetapi juga psikologis.
- 2) Memotivasi keinginan-keinginan untuk menjadi orangtua serta membantu pencapaiannya. Teori ini mengemukakan tentang keseimbangan emosional yang diibaratkan kursi dek (kursi sandar) dimana tingkat emosional maternal harus seimbang/stabil pada titik tumpu.

Ia menyatakan bahwa dalam praktik, jenis pelayanan yang diberikan lebih cenderung ke model obstetrik/medical dimana interest terhadap postnatal care minimal karena bayi sudah dilahirkan. Bila menggunakan model midwifery, maka kehamilan & postnatal dianggap sebagai saat adopsi terhadap peran baru yaitu menjadi ibu.

Hipotesa Jean Ball :

“Respon emosional terhadap perubahan postnatal dipengaruhi oleh kepribadian (*personality*) dan kualitas dukungan yang diterima dari sistem support keluarga & sosial. Cara asuhan yang diberikan oleh bidan selama masa postnatal akan mempengaruhi respon emosional wanita terhadap perubahan setelah kelahiran”.

Tujuan Teori Jean Ball Agar klien mampu melaksanakan tugasnya sebagai ibu secara fisik maupun psikologis. Ball menemukan adanya factor-faktor yang mendukung kesejahteraan emosional. Semakin banyak faktor yang dinilai baik, maka semakin tinggi tingkat kesejahteraan emosionalnya, dan sebaliknya. Namun karena factor-faktor tsb saling berinteraksi, maka keburukan pada faktor tertentu dapat diseimbangkan dengan kebaikan pada faktor lain, sehingga potensial outcome emosional dapat diperbaiki. Hasil analisisnya membuktikan bahwa kesejahteraan seorang wanita setelah melahirkan tergantung pada :

- 1) Kepribadian wanita sendiri
- 2) Support system
- 3) Support dari pelayanan kebidanan

Elemen Pembentukan Teori Kursi Dek :

- 1) Dasar kursi dibentuk oleh pelayanan kebidanan yang berpijak pada pandangan masyarakat tentang keluarga.
- 2) Topangan kanan-kiri : kepribadian wanita, pengalaman hidup
- 3) Topangan tengah (yang menegakkan kursi dari belakang sisi kanan-kiri) : keluarga & support system.
- 4) Tempat duduk : menggambarkan kesejahteraan maternal, yang tergantung pada efektifitas elemen2 : Jika deckchair tidak ditegakkan dengan benar, maka akan kolapa saat diduduki. Jika kursi tidak diletakkan pada lantai yang kuat maka akan berakibat sama. Jika bagian2nya tidak cocok satu sama lain mungkin dapat menyangga, namun yang menduduki akan merasa tidak nyaman & mengalami ketegangan.

Faktor yang pengaruhi kesejahteraan emosional maternal (nifas 7 hari pertama) menurut Jean Ball :

- 1) Faktor masukan:Perasaan rendah diri sehubungan dengan pandangan negatif terhadap akibat menyusui.
- 2) Kurang tidur selama di RS
- 3) Nasehat yang membingungkan/membuat konflik
- 4) Persepsi dan dukungan keluarga terhadap masa nifas.
- 5) Rasa percaya diri ibu : Lingkungan, keluarga, status sosial, dan status perkawinan dapat berpengaruh pada rasa percaya diri seorang perempuan untuk menjadi seorang ibu.
- 6) Tingkat kecemasan ibu
- 7) Dukungan untuk pemberian ASI.

- 8) Lingkungan.
- 9) Asuhan yang diberikan pada ibu
- 10) Pemantauan ibu terhadap tingkat perkembangan bayi : ibu akan merasa bahagia apabila melihat tumbuh kembang anaknya berjalan dengan baik dan normal.
- 11) Persepsi terhadap menyusui.
- 12) Pemberian ASI dalam 1 jam setelah melahirkan : Memberikan ASI kepada bayi 1 jam setelah lahir akan memberikan kepuasan menjadi seorang ibu.
- 13) Kondisi ibu pada kala IV persalinan

### **3.4 Model konseptual asuhan kebidanan**

Model konseptual pada dasarnya sama dengan konsep/kerangka kerja (*framework*). Model konseptual asuhan kebidanan adalah suatu pedoman yang merupakan kerangka kerja seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan, dipengaruhi oleh filosofi bidan dan juga paradigma kesehatan (manusia-perilaku-lingkungan, dan pelayanan kesehatan).

#### **3.4.1 Midwifery care**

Terintegrasi dengan pelayanan kesehatan

1. Tergantung pd sikap sosial masyarakat & keadaan lingkungan tempat bidan bekerja.
2. Kemajuan sosial ekonomi merupakan parameter yang amat penting dalam pelayanan kebidanan.

Parameter kemajuan sosial ekonomi dalam pelayanan kebidanan :

1. Perbaikan status gizi ibu & bayi.
2. Cakupan pertolongan persalinan oleh bidan. Semakin tinggi sosek masyarakat, semakin tinggi pula pemanfaatan nakes penolong persalinan terutama bidan.
3. Menurunnya Angka Kematian Ibu melahirkan.
4. Menurunnya Angka Kematian Neonatus.

5. Cakupan penanganan resiko tinggi.
6. Cakupan pemeriksaan antenatal.

Keadilan/*equity* dalam pelayanan. Keadilan dalam pelayanan meliputi :

1. Pemenuhan kebutuhan klien sesuai kondisinya
2. Keberadaan sumber daya kebidanan yang selalu siap melayani.
3. Adanya penelitian & pengembangan utk meningkatkan pelayanan
4. Keterjangkauan tempat pelayanan (biaya, lokasi, dsb)
5. Pelayanan Kebidanan diberikan secara holistik yaitu meliputi aspek bio-psiko-sosio-kultural-spiritual yang sesuai dengan kebutuhan klien.

Memberikan pelayanan kebidanan dengan menerapkan manajemen kebidanan, yg terdiri dari langkah :

1. Pengkajian : mengumpulkan data
2. Penentuan diagnosa
3. Perencanaan
4. Pelaksanaan
5. Evaluasi semua langkah didokumentasikan sbg aspek legal & komunikasi dalam asuhan kebidanan.

Pelayanan kebidanan yang bermutu, yaitu yang memberikan kepuasan pelanggan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, dan penyelenggaraannya disesuaikan dengan kode etik & standar pelayanan profesi yg telah ditetapkan. Ukuran pelayanan kebidanan yang bermutu mencakup:

1. Ketersediaan pelayanan kebidanan (*available*)
2. Ketepatan pelayanan kebidanan (*appropriate*)
3. Kesiambungan pelayanan kebidanan (*continue*)
4. Pelayanan yang dapat diterima (*acceptable*)

5. Ketercapaian pelayanan kebidanan (*accessible*)
6. Keterjangkauan dari segi biaya (*affordable*)
7. Efisiensi pelayanan kebidanan (*efficient*)
8. Kualitas pelayanan kebidanan (*quality*)

Model *midwifery care* menurut ICM. *Midwifery care* didasarkan pada fakta bahwa kehamilan & persalinan adalah peristiwa normal dalam kehidupan.

Model *of midwifery Care* menurut ICM :

1. Mempromosikan dan melindungi kesehatan serta hak perempuan dan bayinya.
2. Menghargai dan memiliki kepercayaan pada perempuan serta kemampuan mereka dalam melahirkan.
3. Mempromosikan dan mengadvokasi klien agar mendapatkan asuhan yang non-intervensi dalam persalinan normal.
4. Memberikan informasi dan nasihat yang sesuai, meningkatkan partisipasi serta kemampuan dalam pengambilan keputusan.
5. Menawarkan asuhan yang menghargai, antisipatif, dan fleksibel, yang mencakup kebutuhan perempuan, bayinya, keluarga dan komunitas.
6. Memberdayakan perempuan untuk bertanggung jawab atas kesehatannya dan kesehatan keluarganya
7. Berpraktik dengan bekerja sama dan berkonsultasi dengan profesional kesehatan lainnya untuk melayani kebutuhan perempuan dan bayi nya, keluarga, dan masyarakat.
8. Mempertahankan kompetensi dan memastikan praktik yang berbasis bukti.
9. Menggunakan teknologi dengan tepat dan melakukan rujukan tepat waktu ketika terjadi masalah.
10. Secara individu dan kolektif bertanggung jawab atas pengembangan asuhan kebidanan, mendidik generasi baru



bidan dan kolega dalam konsep pembelajaran seumur hidup (ICM; 2014)

### **3.4.2 Paradigma sehat, MDG's dan SDG's**

Definisi Paradigma sehat :

Cara pandang, pola pikir, atau model pembangunan kesehatan yang memandang masalah kesehatan ssebagai sesuatu yang saling terkait & mempengaruhi banyak faktor lain yg bersifat lintas sektoral, dengan upaya yg lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan, serta perlindungan kesehatan, tidak hanya penyembuhan penyakit atau pemulihan kesehatan. Jargon paradigma sehat : “Gerakan pembangunan yang berwawasan kesehatan”. Paradigma Sehat mengubah cara pandang terhadap masalah kesehatan secara makro maupun mikro.

Secara makro : pembangunan semua sektor harus memperhatikan dampaknya di bidang kesehatan, minimal memberi sumbangan thd pengembangan lingkungan & perilaku sehat.

Secara mikro : pembangunan kesehatan harus menekankan pada upaya promotif & preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif & rehabilitatif.

Dasar Pemikiran Paradigma Sehat :

1. Hidup sehat adalah hak asasi manusia
2. Sangat esensial & perlu dipertahankan. Sehat adalah investasi utk kehidupan yang produktif, prasyarat agar hidup menjadi berarti, sejahtera & bahagia.
3. Kesehatan merupakan salah 1 faktor utama yang sangat menentukan kualitas SDM (selain pendidikan & ekonomi).
4. Sehat merupakan karunia Tuhan yang perlu disyukuri ☑ dengan memelihara & meningkatkan kesehatan.
5. Memelihara & meningkatkan kesehatan lebih efektif daripada mengobati, maka upaya promosi & prevensi perlu

- ditekankan tanpa mengesampingkan upaya kurasi & rehabilitasi.
6. Derajat kesehatan dipengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan & keturunan. Faktor lingkungan & perilaku sangat besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan, selain juga banyak sektor lain diluar kesehatan, maka perlu diperhatikan dampak pembangunan semua sektor thd kesehatan.
  7. Adanya transisi demografis & epidemiologis, tantangan global & regional, perkembangan IPTEK, desentralisasi & demokratisasi di segala bidang
  8. Perlu peninjauan kebijakan yang ada serta perumusan paradigma baru di bidang kesehatan.

Paradigma Sehat menuntut perubahan sikap & orientasi (mindset) yaitu :

1. Kesehatan sebagai kebutuhan pasif (*need*). kebutuhan aktif (*demand*) Pola pikir yang memandang kesehatan sbg kebutuhan yang bersifat pasif menjadi bersifat aktif yang hrs diupayakan krn merupakan kebutuhan dasar & hak asasi manusia.
2. Kesehatan sebagai hal konsumtif, investasi Sehat bukan hal yang konsumtif melainkan suatu investasi karena menjamin tersedianya SDM yang produktif secara social ekonomi.
3. Jangka pendek (*treatment*), jangka panjang (pengembangan SDM) Kesehatan yang semula hanya berupa penanggulangan yang bersifat jangka pendek mjd bagian dari upaya pengembangan SDM yang bersifat jangka panjang.
4. Pelayanan medis , pelayanan kesehatan paripurna Yankes tidak hanya medis yang melibatkan sakit/penyakit, tapi yankes paripurna yang memandang manusia secara utuh.

5. Fragmented integrated Yankes tidak lagi terpecah-pecah tapi terpadu. Misal : Beberapa spesialis terintegrasi dalam satu institusi yankes.
6. Sehat (jasmani), sehat (jasmani-rohani/mental- sosial)
7. Fokus pada penyakit juga segmen pasar Fokus kes tdk hanya penyakit tp juga bergantung pada permintaan pasar.
8. Sasaran masyarakat umum (*public*) juga swasta sasaran yankes bukan hanya masyarakat umum (yankes pd fasilitas kes umum) tp juga swasta (yankes utk peorangan, misal : *homecare*)
9. Urusan pemerintah ,juga urusan swasta Kesehatan bukan hanya menjadi urusan pemerintah tapi juga Menjadi urusan swasta.
10. Subsidi pemerintah, pengguna jasa Biaya yang ditanggung pemerintah adalah untuk keperluan publik (spt pemberantasan peny menular, penkes) sedangkan keperluan lain perlu ditanggung bersama dengan pengguna jasa.
11. Biaya setelah pelayanan, Biaya dimuka Biaya kesehatan bergeser dr pembayaran pasca pelayanan mjd pembayaran dimuka dengan model Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat.
12. Fungsi sosial juga fungsi ekonomi Kesehatan tak hanya berfungsi sosial tapi juga fungsi ekonomi
13. Sentralisasi, desentralisasi Pengaturan kesehatan tidak lagi tersentralisas tapi telah terdesentralisasi
14. *Top down, bottom up* Pengaturan kes tidak lagi dari atas (*top down*) tapi berdasarkan aspirasi dari bawah (*bottom up*).
15. Birokratis, enterpreuner Yankes tak lagi bersifat birokratis tapi enterpreuner.
16. Peran serta, kemitraan Masyarakat tidak sekedar ikut berperan serta tapi telah menjadi mitra. Berdasarkan

Paradigma Sehat dirumuskan visi, misi & strategi pembangunan kesehatan .  
Visi (arah pemb kesehatan):

Indonesia Sehat 2025 Lingkungan strategi pembangunan kesehatan yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat jasmani, rohani maupun sosial, yaitu lingkungan yang bebas dari kerawanan sosial budaya dan polusi, tersedianya air minum dan sarana sanitasi lingkungan yang memadai, pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Perilaku masyarakat yang diharapkan adalah perilaku yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan; mencegah risiko terjadinya penyakit; melindungi diri dari ancaman penyakit dan masalah kesehatan lainnya; sadar hukum; serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat termasuk mewujudkan *safe community*.

Masyarakatnya memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu dan juga memperoleh jaminan kesehatan. Pelayanan kesehatan bermutu termasuk pelayanan kesehatan dalam keadaan darurat dan bencana, pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan masyarakat serta diselenggarakan sesuai dengan standar dan etika profesi.

Misi :

Ada 4 misi Pembangunan Kesehatan, yaitu

- a) Menggerakkan Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan.
- b) Mendorong Kemandirian Masyarakat untuk Hidup Sehat.
- c) Memelihara dan Meningkatkan Upaya Kesehatan yang Bermutu, Merata, dan Terjangkau.

d) Meningkatkan dan Mendayagunakan Sumber Daya Kesehatan.

Tujuan dan Sasaran pembangunan kesesehatan menuju Indonesia Sehat 2025

Tujuan : meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia.

Sasaran :

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, yang ditunjukkan oleh indikator dampak yaitu:

- a) Meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dari 69 tahun pada tahun 2005 menjadi 73,7 tahun pada tahun 2025.
- b) Menurunnya Angka Kematian Bayi dari 32,3 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 15,5 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2025.
- c) Menurunnya Angka Kematian Ibu dari 262 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 74 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2025.
- d) Menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita dari 26% pada tahun 2005 menjadi 9,5% pada tahun 2025.

### 3.4.3 Medical model

*Medical* model merupakan fondasi dari praktek-praktek Kebidanan yang sudah meresap di masyarakat, meliputi proses penyakit, pemberian tindakan, dan komplikasi dari penyakit/

tindakan konsekuensi, jika medical model digunakan dalam praktek kebidanan. Medical model berorientasi pada penyakit dan filosofi asuhan kebidanan yaitu berorientasi pada manusia sehat dengan mengikuti proses alamiah. manusia atau bidan sebagai contoh kontrol terhadap alam (mempercepat proses seharusnya dapat berjalan secara alamiah) dengan menggunakan holistik yaitu bio- psikososial kultural dan Spirit. Memahami individu dari bio dan padi mekaniknya saja, berorientasi sehat. bidan berorientasi pada pengobatan penyakit dari lingkungan dimana kesehatan individu lebih diprioritaskan daripada kesehatan masyarakat, keduanya saling mempengaruhi.

Model medical merupakan salah satu model yang dikembangkan untuk membantu manusia dalam memahami proses sehat dan sakit dalam arti kesehatan. model ini lebih banyak digunakan dalam bidang kedokteran dan lebih berfokus pada proses penyakit dan pengobatan ketidaksempurnaan yang tercakup dalam model medikal adalah

1. Berorientasi pada penyakit
2. Menganggap bahwa akal/ pikiran dan badan terpisah
3. Manusia menguasai alam
4. Yang tidak biasa menjadi menarik
5. Informasi yang terbatas pada klien
6. Pasien berperan pasif
7. Dokter yang menentukan
8. Tingginya teknologi menaikkan prestise
9. Prioritas kesehatan individu daripada kesehatan komunitas
10. Penyakit dan kesehatan adalah domain dokter
11. Pemahaman manusia berdasarkan mekanik dan bio Engineering

Model medical ini kurang cocok untuk praktek kebidanan karena terlalu berorientasi pada penyakit dan tidak memberi

kesempatan klien untuk menentukan nasibnya sendiri. Walaupun demikian kenyataannya masih banyak yang terpengaruh pada model medical ini. Berikut ini akan memberikan gambaran Bagaimana perbedaan pandangan mengenai kehamilan sesuai model medikal.

Model medikal:

1. Normal dalam perspektif
2. Kasus tidak biasa menjadi menarik
3. Informasi terbatas
4. Ibu dan bayi hidup dan sehat

### **3.4.4 Health for all**

Model ini dicetuskan oleh WHO dalam deklarasi Alma Ata tahun 1978. model sehat untuk semua yang dikemukakan oleh organisasi kesehatan dunia sejak tahun 1978 belum banyak mendapatkan dukungan dan kemajuan yang jelas dalam pelayanan kesehatan di Inggris, dalam praktik kebidanan. fokus pelayanan ditujukan pada wanita, keluarga dan masyarakat serta sebagai sarana komunikasi dari bidan bidan negara lain. model kedokteran berfokus pada individu dan proses penyakit. model ini mempunyai pengaruh luas di level-level asuhan, kebijakan pemerintah dan dalam bidang kesehatan internasional. sebaliknya model sehat untuk semua berfokus pada masyarakat lingkungan dan strategi jitu yang dibutuhkan untuk mendukung dan mempromosikan kesehatan seluas-luasnya.

Filosofi dasar model konseptual ini dinyatakan dalam deklarasi dan menjadi pernyataan yang mendukung definisi WHO tentang kesehatan:

Konferensi mengatakan menegaskan kembali secara kuat bahwa sehat yang merupakan keadaan Sejahtera fisik, mental dan Sosio secara menyeluruh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan fisik atau mental adalah hak asasi manusia dan bahwa

tercapainya level kesehatan tertinggi adalah tujuan sosial paling penting di seluruh dunia yang untuk merealisasikannya tidak hanya membutuhkan tindakan dari sektor kesehatan tetapi juga sektor sosial dan ekonomi lainnya.

Model sehat untuk semua dikembangkan oleh organisasi kesehatan dunia dan dinyatakan dalam deklarasi Oma atau tahun 1987 kemudian berkembang luas di kalangan masyarakat. 5 tema dalam gerakan sehat untuk semua:

1. Mengurangi ketidakadilan dalam kesehatan
2. Sehat yang positif melalui promosi kesehatan dan pencegahan penyakit
3. Partisipasi masyarakat
4. Kerjasama antara pejabat kesehatan, pejabat setempat serta pihak lain yang mempunyai pengaruh terhadap kesehatan
5. Fokus pada pelayanan kesehatan primer sebagai basis utama sistem layanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan primer digambarkan sebagai sarana menuju sehat, sebuah pandangan yang sangat bertolak belakang dengan model kedokteran yang berfokus pada peraturan pelayanan yang terspesialisasi dan berbasis rumah sakit. deklarasi model Kesuma fokus dan titik berat :

1. Pemerataan upaya kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat
2. Pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif
3. Pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna
4. Optimalisasi peran serta masyarakat
5. Kolaborasi lintas sektoral



Delapan area untuk mencapai kesehatan bagi semua melalui PHC, 8 area ini adalah:

1. Pendidikan tentang masalah kesehatan umum dan metode pencegahan serta pengambilan pengendaliannya
2. Peningkatan kesehatan tentang persediaan makanan dan nutrisi yang layak
3. Persediaan air yang sehat dan sanitasi dasar yang ade kuat
4. Kesehatan ibu dan anak termasuk Keluarga Berencana
5. Program imunisasi
6. Pencegahan dan pengawasan penyakit endemik
7. Pengontrolan yang tepat terhadap kecelakaan dan penyakit umum
8. Ketentuan obat-obat esensial

Beberapa masalah akibat penerapan model ini dalam praktik pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Partisipasi masyarakat dengan penekanan pada perawatan diri, tidak konsisten dengan pola pemberian layanan kesehatan konvensional dan sikap dominan petugas profesional kesehatan
2. Kurang atau tidak ada kerjasama multiseksual yang dapat dijadikan teladan dalam mengelola dan mengontrol masalah kesehatan
3. Seringkali jangkauan layanan kesehatan yang diberikan untuk masyarakat yang membutuhkan dan kelompok beresiko tidak tercapai karena tenaga profesional kesehatan tidak memberikan langsung pelayanan kesehatan terhadap kelompok tersebut tetapi cenderung menunggu kedatangan mereka ke fasilitas atau layanan kesehatan.

## **3.5 Standar Profesi Bidan**

### **3.5.1 Kompetensi Bidan**

Kompetensi Bidan merupakan kemampuan yang dimiliki oleh lulusan pendidikan profesi Bidan yang meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memberikan pelayanan kebidanan pada bayi baru lahir/neonatus, bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, pelayanan keluarga berencana, masa klimakterium, kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan, serta keterampilan dasar praktik klinis kebidanan, meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memberikan Pelayanan Kebidanan pada bayi baru lahir/neonatus, bayi, balita dan anak prasekolah, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, pelayanan keluarga berencana, dan keterampilan dasar praktik klinis kebidanan

Dalam memberikan pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan, bidan harus memahami falsafah, kode etik, dan regulasi yang terkait dengan praktik kebidanan. Berdasarkan Pasal 46 Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan bahwa dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, Bidan memberikan pelayanan meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, serta pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, dan/atau pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu, dan dalam Pasal 47 mengatakan Bidan dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kebidanan, pengelola pelayanan kebidanan, penyuluh dan konselor, pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik, penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan dan/atau peneliti dalam penyelenggaraan praktik kebidanan.

Perkembangan pelayanan kebidanan sejalan dengan kemajuan pelayanan obstetri dan ginekologi. Bidan sebagai profesi yang terus berkembang, 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.

Standar Kompetensi Bidan yang disusun ini, merupakan penyempurnaan dari Standar Kompetensi Bidan dan ruang lingkup praktik kebidanan yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Standar tersebut disusun berdasarkan body of knowledge, falsafah dan paradigma pelayanan kebidanan serta pola hubungan kemitraan (partnership) Bidan dan perempuan yang berfokus pada kebutuhan perempuan. Standar kompetensi ini memuat standar kompetensi lulusan pendidikan profesi Bidan dengan sebutan Bidan dan lulusan pendidikan Diploma III (tiga) Kebidanan dengan sebutan Ahli Madya Kebidanan.

Kompetensi Bidan terdiri dari 7 (tujuh) area kompetensi meliputi:

1. Etik legal dan keselamatan klien
2. Komunikasi efektif
3. Pengembangan diri dan profesionalisme
4. Landasan ilmiah praktik kebidanan
5. Keterampilan klinis dalam praktik kebidanan
6. Promosi kesehatan dan konseling
7. Manajemen dan kepemimpinan.

Kompetensi Bidan menjadi suatu hal yang dasar memberikan pelayanan kebidanan secara komprehensif, efektif,

efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Etik Legal dan Keselamatan Klien :

- a) Kompetensi inti Mampu melaksanakan praktik kebidanan dengan menerapkan etika, legal, dan keselamatan klien dalam seluruh praktik dan pelayanan kebidanan untuk perwujudan profesionalisme Bidan.
- b) Lulusan Bidan Mampu
  - 1) Berperilaku sesuai kode etik Bidan, dan pandai menempatkan diri pada kondisi dan situasi berbeda.
  - 2) Bekerja sesuai standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan.
  - 3) Bersikap adil pada semua pihak yang berinteraksi dengan bidan, khususnya klien yaitu perempuan, bayi, balita dan anak prasekolah.
  - 4) Menghormati mitra kerja yang memiliki kelebihan, dan menghargai setiap pihak yang memiliki keterbatasan.
  - 5) Menyadari keterbatasan diri, sehingga terbuka untuk berkolaborasi dengan profesi lain.
  - 6) Senantiasa mengupayakan yang terbaik untuk klien.
  - 7) Mengutamakan keselamatan klien di atas kepentingan pribadi, dan kelompok.
  - 8) Cermat dan teliti dalam setiap perkataan, dan perbuatan terkait pelayanan kebidanan.
  - 9) Sadar hukum dan senantiasa mematuhi ketentuan perundangan yang berlaku.
  - 10) Jujur dan bertanggungjawab terhadap setiap tahap dan bagian pelayanan kebidanan yang dipercayakan kepadanya.
  - 11) Melindungi hak asasi perempuan dalam kesehatan reproduksi dan seksualitas.

- 12) Menjaga rahasia yang diketahui karena keterlibatan dalam pelayanan.
- 13) Memperlakukan perempuan sebagai mitra yang bertanggungjawab menjaga dan memperhatikan kesehatan reproduksinya.
- 14) Menempatkan diri dengan tepat di masyarakat, sehingga dapat diterima dengan baik oleh masyarakat yang menjadi sasaran binaannya.
- 15) Mampu menjalin kerja sama dengan seluruh pihak.

### **3.5.2 Landasan Dasar Praktek Kebidanan**

Landasan dasar praktek kebidanan diatur dalam keputusan menteri kesehatan replubik Indonesia nomor HK.01.07/Menkes/320/2020 tentang standar profesi bidan. ketentuan Pasal 66 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dan Pasal 18 ayat (2) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Profesi Bidan, mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336)
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607)
4. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor

- 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6325)
5. Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 24, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
  6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945)
  7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 954)
  8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 Tahun 2018 tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 944).

### **3.5.3 Standar Pelayanan Kebidanan**

Standar Kompetensi Bidan terdiri atas 7 (tujuh) area kompetensi yang diturunkan dari gambaran tugas, peran, dan fungsi Bidan. Setiap area kompetensi ditetapkan definisinya, yang disebut kompetensi inti. Setiap area kompetensi dijabarkan menjadi beberapa komponen kompetensi, yang dirinci lebih lanjut menjadi kemampuan yang diharapkan di akhir pendidikan.

Standar Kompetensi Bidan ini dilengkapi dengan daftar pokok bahasan, masalah, dan keterampilan klinis. Fungsi utama

ketiga rincian tersebut sebagai pedoman bidan melakukan praktik kebidanan dan pedoman bagi institusi pendidikan kebidanan dalam mengembangkan kurikulum pendidikan kebidanan.

Daftar pokok bahasan memuat pengertian dari 7 (tujuh) area kompetensi dalam praktik kebidanan yang diuraikan sesuai bidang ilmu yang terkait. Daftar pokok bahasan ini dapat digunakan institusi pendidikan kebidanan untuk memetakan pencapaian kompetensi ke dalam struktur kurikulum masing-masing institusi.

Daftar masalah, berisikan berbagai informasi yang didapatkan dari klien dan keluarga atau profesi kesehatan lain yang menjadi acuan dalam melakukan penelusuran melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Institusi pendidikan kebidanan perlu memastikan bahwa selama pendidikan, mahasiswa bidan mempelajari masalah-masalah tersebut dan mendapat kesempatan berlatih menanganinya.

Daftar keterampilan klinis berisikan keterampilan klinis yang harus dikuasai oleh Bidan. Pada setiap keterampilan telah ditentukan tingkat kemampuan yang diharapkan. Daftar ini memudahkan institusi pendidikan kebidanan untuk menentukan materi dan sarana pembelajaran keterampilan klinis.

Keterampilan klinis dalam praktik kebidanan :

- a) Bayi Baru Lahir (Neonatus)
  - 1) Adaptasi fisiologis bayi baru lahir
  - 2) Asuhan esensial bayi baru lahir
  - 3) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
  - 4) Asuhan bayi baru lahir usia 0-28 hari
  - 5) Masalah dan penyulit bayi baru lahir
  - 6) Tatalaksana awal kegawatdaruratan neonatal dan rujukan
- b) Bayi, Balita dan Anak prasekolah:
  - 1) Pertumbuhan dan Perkembangan

- 2) Pengelolaan dan Penanganan bayi dan balita sakit melalui Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
  - 3) Pemantauan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK).
  - 4) Imunisasi
  - 5) Asuhan kebidanan pada bayi, balita dan anak prasekolah
  - 6) Bantuan Hidup Dasar (BHD)
  - 7) Tatalaksana awal kegawatdaruratan pada bayi, balita dan rujukan
- c) Remaja:
- 1) Pertumbuhan dan perkembangan sistem reproduksi remaja
  - 2) Isu kesehatan yang berhubungan dengan remaja
  - 3) Deteksi dini, komplikasi, gangguan/masalah pada sistem reproduksi remaja
- d) Masa Sebelum Hamil:
- 1) Perencanaan kehamilan
  - 2) Deteksi dini komplikasi, gangguan/masalah pada masa sebelum hamil
  - 3) Persiapan kehamilan artifisial
- e) Masa Kehamilan:
- 1) Perubahan anatomi fisiologi pada ibu hamil
  - 2) Adaptasi pada ibu hamil
  - 3) Diagnosis kehamilan
  - 4) Pemantauan kehamilan
  - 5) Asuhan kebidanan pada masa hamil
  - 6) Deteksi dini komplikasi dan penyulit pada masa kehamilan
  - 7) Tatalaksana awal kegawatdaruratan masa hamil dan rujukan



- f) Masa Persalinan:
  - 1) Perubahan fisik dan psikologis pada masa persalinan
  - 2) Pemantauan dan asuhan kala I
  - 3) Pemantauan dan asuhan kala II
  - 4) Pemantauan dan asuhan kala III
  - 5) Pemantauan dan asuhan kala IV
  - 6) Deteksi dini, komplikasi dan penyulit persalinan
  - 7) Partograf
  - 8) Tatalaksana awal kegawatdaruratan pada masa persalinan dan rujukan
- g) Masa Pasca Keguguran:
  - 1) Perubahan fisik dan psikososial pada masa pasca keguguran
  - 2) Deteksi komplikasi dan penyulit pasca keguguran
  - 3) Asuhan pasca keguguran
  - 4) Tatalaksana awal kegawatdaruratan stabilisasi dan rujukan pada pasca keguguran
- h) Masa Nifas:
  - 1) Perubahan fisik dan psikologis pada ibu nifas
  - 2) Masa laktas
  - 3) Asuhan kebidanan pada masa nifas
  - 4) Deteksi dini, komplikasi dan penyulit masa nifas
  - 5) Tatalaksana kegawatdaruratan pada masa nifas dan rujukan
- i) Masa Antara:
  - 1) Masalah dan penyakit perempuan dalam siklus reproduksi
  - 2) Asuhan Kebidanan pada masa antara
- j) Masa Klimakterium:
  - 1) Perubahan dan adaptasi pada masa, premenopause, menopause, dan post menopause
  - 2) Deteksi dini, komplikasi dan penyulit pada masa premenopause, perimenopause, dan post menopause.

- 3) Asuhan kebidanan pada masa premenopause, perimenopause, dan post menopause
- k) Pelayanan Keluarga Berencana:
- 1) Pelayanan KB masa sebelum hamil
  - 2) Pelayanan KB Pasca persalinan
  - 3) Pelayanan KB pasca Keguguran
  - 4) Pelayanan KB masa nifas
  - 5) Pelayanan KB masa antara
  - 6) Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Perempuan
- l) Deteksi dini, komplikasi dan masalah kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan
- 1) Promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan
  - 2) Konseling kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan
- m) Keterampilan Dasar Praktik Klinis Kebidanan:
- 1) Anamnesis
  - 2) Pemeriksaan fisik dan penunjang dalam kebidanan
  - 3) Pencegahan Infeksi
  - 4) Pengelolaan pelayanan kebidanan di fasyankes
  - 5) Persiapan dan pengelolaan alat kebidanan
  - 6) Pemberian (administering) obat
  - 7) Pengaturan berbagai posisi klien
  - 8) Komunikasi efektif dan promosi kesehatan
  - 9) Penggunaan teknologi tepat guna dalam bidang kebidanan
  - 10) Persiapan klien dan alat pada kasus-kasus kebidanan
  - 11) Bimbingan antisipasi masalah
  - 12) Privasi dan kerahasiaan klien
  - 13) Fasilitasi pemberian informasi tentang berbagai pilihan dan pemberian persetujuan setelah mendapatkan informasi

- 14) Penerapan keselamatan pasien
- 15) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi
- 16) Pemenuhan kebutuhan oksigen
- 17) Pemenuhan kebutuhan eliminasi
- 18) Pemenuhan kebutuhan ambulasi dan mobilisasi
- 19) Manajemen nyeri
- 20) Bantuan Hidup Dasar (BHD)
- 21) Pertolongan pertama pada kecelakaan
- 22) Pengelolaan Jaringan
- 23) Perawatan luka post operasi obstetri dan ginekologi
- 24) Pengelolaan vaksin
- 25) Kebersihan diri
- 26) Konseling
- 27) Rujukan
- 28) Dokumentasi
- 29) Manajemen Risiko

## **3.6 Manajemen Kebidanan dalam Praktik Kebidanan**

### **3.6.1 Konsep & prinsip manajemen pada umumnya.**

Konsep manajemen bekerja dengan orang lain untuk mencapai tujuan organisasi. Tujuannya dapat ditetapkan berdasarkan misi, filosofi, dan organisasi. Fungsi dari manajemen sebagai berikut:

- P ➔ Planning, yaitu perencanaan.
- O ➔ Organizing, yaitu pengorganisasian.
- A ➔ Actuating, yaitu pelaksanaan.
- C ➔ Controlling, yaitu pengendalian.
- E ➔ Evaluation, yaitu evaluasi.

### **3.6.2 Pengertian manajemen kebidanan**

Menurut IBI, pendekatan bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Menurut Depkes RI, metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, dan masyarakat.

### **3.6.3 Langkah-langkah manajemen kebidanan**

Menurut Varney (1981), ada 5 langkah-langkah manajemen kebidanan yaitu :

1. Identifikasi dan Analisis Masalah, dalam langkah ini mencakup pengumpulan, pengolahan, dan analisis data untuk perumusan masalah.
2. Diagnosa Kebidanan, hasil dari perumusan masalah yang ditegakkan oleh bidan.
3. Perencanaan, menentukan tujuan, menentukan tindakan, dan menentukan kriteria evaluasi keberhasilan.
4. Pelaksanaan, tindakan yang dilakukan dalam waktu yang singkat, efektif, hemat, dan berkualitas.
5. Evaluasi, tindakan pengukuran antara keberhasilan dan rencana.

Tahun 1997, Hellen Varney menyempurnakan langkah-langkah menjadi 7 langkah, yaitu :

1. Pengumpulan Dasar Data, dilakukan dengan mengumpulkan semua data untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap.
2. Interpretasi Data Dasar, dilakukan identifikasi terhadap diagnosa.

3. Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial, mengidentifikasi masalah berdasarkan masalah yang sudah diidentifikasi.
4. Mengidentifikasi dan Menetapkan yang Memerlukan Penanganan Segera, mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan dan untuk ditangani bersama sesuai dengan kondisi klien.
5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh, data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.
6. Melaksanakan Perencanaan, rencana menyeluruh yang dilaksanakan secara efisien dan aman.
7. Evaluasi, pengulangan kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif.

### **3.7 Konsep Kebidanan sebagai Dasar Praktek Pelayanan Kebidanan**

#### **3.7.1 Lingkup praktik kebidanan**

1. Ruang lingkup dan sasaran

Secara ringkas, asuhan kebidanan adalah asuhan yang diberikan oleh seorang Bidan yang mempunyai Ruang Lingkup sebagai berikut :

- a) Remaja putri

Asuhan yang diberikan bidan kepada Remaja putri. Bidan memberikan penyuluhan tentang proses menstruasi

- b) Wanita pranikah

Asuhan yang diberikan bidan kepada wanita sebelum menikah. Bidan memberikan penyuluhan tentang dampak hubungan seksual

- c) Ibu hamil

Asuhan kebidanan pada ibu hamil adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu hamil untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin serta untuk mencegah dan

menangani secara dini kegawatdaruratan yang terjadi pada saat kehamilan

d) Ibu bersalin

Asuhan yang diberikan bidan pada ibu bersalin. Bidan melakukan Observasi pada ibu bersalin, yakni pada kala I, kala II, kala III dan kala IV

e) Ibu nifas

Asuhan kebidanan pada ibu nifas adalah asuhan yang diberikan pada ibu nifas. Biasanya berlangsung selama 40 hari atau sekitar 6 minggu. Pada asuhan ini bidan memberikan asuhan berupa memantau involusi uteri, kelancaran ASI dan kondisi ibu dan anak

f) Bayi baru lahir

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan bidan pada bayi baru lahir. Pada bayi baru lahir bidan memotong tali plasenta, memandikan, mengobservasi ada tidaknya gangguan pada pernafasan dan memakaikan pakaian dan membendong dengan kain.

g) Bayi dan balita

Asuhan kebidanan pada neonatus dan balita adalah asuhan yang diberikan bidan pada neonatus dan balita. Pada balita bidan memberikan pelayanan, informasi tentang imunisasi dan KIE sekitar kesehatan neonatus dan balita.

h) Menopause

Asuhan yang diberikan bidan kepada wanita yang ibu-ibu yang sudah berhenti masa suburnya

i) Wanita dengan gangguan reproduksi

Asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan reproduksi adalah asuhan yang diberikan bidan pada wanita yang mengalami gangguan reproduksi. Bidan memberikan KIE (konseling Informasi Edukasi)

tentang gangguan-gangguan reproduksi yang sering muncul pada wanita seperti keputihan, menstruasi yang tidak teratur.

## 2. Lahan praktik pelayanan kebidanan

Praktik kebidanan adalah penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan terhadap klien dengan pendekatan manajemen kebidanan. Seorang bidan dapat memberikan pelayanan kebidanan ditempat pelayanan kesehatan, seperti puskesmas dan rumah sakit dan tempat kehatan lainnya.

Lahan praktik pelayanan kebidanan merupakan tempat dimana bidan menerapkan ilmu dalam memberikan pelayanan kebidanan/asuhan kebidanan kepada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan. Tempat tersebut meliputi :

- a) Rumah sakit
- b) Rumah bersalin
- c) Bidan praktek swasta
- d) Posyandu
- e) Klinik dan unit kesehatan lainnya
- f) Puskesmas
- g) Poliklinik
- h) Polindes

### **3.7.2 Pengorganisasian praktik asuhan kebidanan**

Pelayanan Kebidanan adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi Bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibudan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluargayangberkualitas.

1) Pelayanan mandiri

Pelayanan mandiri merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang difokuskan pada pelayanan kesehatan wanita dalam siklus reproduksi, bayi baru lahir dan balita untuk mewujudkan kesehatan keluarga sehingga tersedia sumber daya manusia yang berkualitas dimasa depan.

2) Kolaborasi

Pelayanan kebidanan kolaborasi ialah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan. contoh kasus:

Ibu hamil yang sudah waktunya melahirkan dan dibawa ke bidan, tapi setelah melahirkan ternyata ibu mengalami pendarahan dan terjadi resiko bayi asfiksi. bidan tidak bisa menanganinya sendiri dan harus membentuk tim dengan bidang yang lain, agar keduanya nyawa ibu dan bayi dapat tertolong, maka tim bidan membagi tugas dalam menangani kasus tersebut. tanggung jawab kebidanan kolaborasi:

- a) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
- b) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dan kegawatan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien atau keluarga
- c) Memberikan asuhan kebidanan kepada ibu dalam masa nifas
- b) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
- c) Memberikan asuhan kebidanan pada balita



### 3) Rujukan

Layanan kebidanan rujukan ialah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya, yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan sewaktu menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan yang dilakukan bidan ke tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal, atau ke profesi kesehatan lainnya. Layanan Kebidanan yang tepat akan meningkatkan keamanan dan kesejahteraan Ibu serta bayinya.

Contoh kasus ibu bersalin yang melahirkan dipraktik bidan akan tetapi bidan merasa tidak mampu untuk menolong pasien yang melahirkan dengan normal, yang harus diwenangi oleh dokter SpOG, seperti persalinan dengan bayi sungsang dan ibu bersalin dengan eklampsia.

Tanggung jawab kebidanan rujukan meliputi:

- a) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga
- b) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada hamil dengan resiko tinggi dan kegawatdaruratan
- c) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada masa persalinan dengan penyulit
- d) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada masa nifas
- e) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu.

### **3.9 Presentasi Peran dan Fungsi Bidan di Berbagai Tatanan Pelayanan : BPM, Puskesmas, PKD, RB, RS**

#### **1. Peran Bidan**

Dalam melaksanakan profesinya bidan memiliki peran sebagai berikut.

##### **a) Pelaksanaan Asuhan dan Pelayanan kebidanan**

Bidan dapat bekerja mandiri melakukan pelayanan kebidanan primer sesuai dengan wewenangnya dan menentukan perlunya dilakukan rujukan. Disamping itu perannya didalam pelayanan kolaboratif sebagai mitra dalam pelayanan medis terhadap ibu, bayi dan anak dan sebagai anggota tim kesehatan dalam pelayanan kesehatan keluarga dan masyarakat.

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggung jawab bidan dalam pelayanan yang diberikan kepada klien yang memiliki kebutuhan dan / masalah kebidanan (kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana, kesehatan reproduksi wanita, dan pelayanan kesehatan masyarakat).

Tujuan asuhan kebidanan adalah menjamin kepuasan dan kesehatan ibu dan bayinya sepanjang siklus reproduksi, mewujudkan keluarga bahagia dan berkualitas melalui pemberdayaan perempuan dan keluarganya dengan menumbuhkan rasa percaya diri.

Pelaksanaan kebidanan merupakan bagian integral dan pelayanan kesehatan, yang difokuskan pada pelayanan kesehatan wanita dalam siklus reproduksi, bayi baru lahir dan balita untuk mewujudkan kesehatan keluarga sehingga tersedia Sumber Daya manusia (SDM) yang berkualitas di masa depan. Sebagai pelaksanaan, bidan memiliki tiga kategori

tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi dan tugas ketergantungan.

b) Peran Sebagai Pengelola

Bidan memimpin mengkoordinasi pelayanan kebidanan sesuai dengan wewenangnya didalam tim, unit pelayanan RS, Puskesmas, klinik bersalin, praktek bidan, dan pokok bersalin.

### 3.9.1 Peran Bidan

Dalam melaksanakan profesinya bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti. Peran Sebagai Pelaksana. Sebagai pelaksana, bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan.

Tugas mandiri

Tugas-tugas mandiri bidan, yaitu:

1. Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan, mencakup:
  - a) Mengkaji status kesehatan untuk memenuhi kebutuhan asuhan klien.
  - b) Menentukan diagnosis.
  - c) Menyusun rencana tindakan sesuai dengan masalah yang dihadapi.
  - d) Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
  - e) Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan.
  - f) Membuat rencana tindak lanjut kegiatan/tindakan.
  - g) Membuat pencatatan dan pelaporan kegiatan/tindakan.
2. Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan wanita dengan melibatkan mereka sebagai klien, mencakup:
  - a) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan anak remaja dan wanita dalam masa pranikah.

- b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan dasar.
  - c) Menyusun rencana tindakan/layanan sebagai prioritas mendasar bersama klien.
  - d) Melaksanakan tindakan/layanan sesuai dengan rencana.
  - e) Mengevaluasi hasil tindakan/layanan yang telah diberikan bersama klien.
  - f) Membuat rencana tindak lanjut tindakan/layanan bersama klien.
  - g) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan.
3. Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal, mencakup:
- a) Mengkaji status kesehatan klien yang dalam keadaan hamil.
  - b) Menentukan diagnosis kebidanan dan kebutuhan kesehatan klien.
  - c) Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah
  - d) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
  - e) Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan bersama klien.
  - f) Membuat rencana tindak lanjut asuhan yang telah diberikan bersama klien.
  - g) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.
  - h) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan yang telah diberikan.
4. Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup:
- a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan.

- b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan.
  - c) Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
  - d) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
  - e) Mengevaluasi asuhan yang telah diberikan bersama klien.
  - f) Membuat rencana tindakan pada ibu selama masa persalinan sesuai dengan prioritas.
  - g) Membuat asuhan kebidanan.
5. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, mencakup:
- a) Mengkaji status kesehatan bayi baru lahir dengan melibatkan keluarga
  - b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
  - c) Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai prioritas.
  - d) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
  - e) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
  - f) Membuat rencana tindak lanjut.
  - g) Membuat rencana pencatatan dan pelaporan asuhan yang telah diberikan
6. Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup:
- a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas
  - b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas.
  - c) Menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan prioritas masalah.

- d) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
  - e) Mengevaluasi bersama klien asuhan kebidanan yang telah diberikan.
  - f) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.
7. Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana, mencakup:
- a) Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada pus (pasangan usia subur).
  - b) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan.
  - c) Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien.
  - d) Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
  - e) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
  - f) Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama klien.
  - g) Membuat pencatatan dan laporan.
8. Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause, mencakup:
- a) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan asuhan klien.
  - b) Menentukan diagnosis, prognosis, prioritas, dan kebutuhan asuhan.
  - c) Menyusun rencana asuhan sesuai prioritas masalah bersama klien.
  - d) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
  - e) Mengevaluasi bersama klien hasil asuhan kebidanan yang telah diberikan.
  - f) Membuat rencana tindak lanjut bersama klien.

- g) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan.
- 9. Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga, mencakup:
  - a) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan sesuai dengan tumbuh kembang bayi/balita.
  - b) Menentukan diagnosis dan prioritas masalah.
  - c) Menyusun rencana asuhan sesuai dengan rencana.
  - d) Melaksanakan asuhan sesuai dengan prioritas masalah.
  - e) Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan.
  - f) Membuat rencana tindak lanjut.
  - g) Membuat pencatatan dan pelaporan

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Dina Dewi. Dkk. 2020. Konsep Kebidanan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- ICM. 2014. *Core Document : Philosophy and Model of Midwifery Care. Available at*
- Lewis, Louise. 2015. *Fundamentals of Midwifery: A Textbook for Students*. West Sussex, UK : Wiley Blackwell
- Megasari, Miratu. Dkk. 2019. Rujukan Konsep Kebidanan. Yogyakarta: Deepublish
- Safitri, Mey Elisa dan Liesmayani, Elvi Era. 2021. Buku Ajar Konsep Kebidanan. Pekalongan: NEM
- Sukini, Tuti; Siti Rofi'ah. 2016. Fundamental Kebidanan. Yogyakarta : Transmedika.
- Yanti, Efrida. Dkk. 2015. Konsep Kebidanan. Yogyakarta: Deepublish.





# BAB 4

## DASAR PATOLOGI DAN FARMAKOLOGI

*Oleh Wira Daramatasia*

### 4.1 Pendahuluan

Dalam asuhan kebidanan, pemahaman tentang patologi atau gangguan kesehatan yang dapat terjadi pada ibu hamil, bersalin dan pasca bersalin sangat penting. Pemahaman ini mencakup tentang penyakit atau kondisi yang mempengaruhi kehamilan seperti preeklampsia, diabetes gestasional, infeksi saluran kemih, kelainan plasenta, dan lain-lain. Untuk memberikan perawatan yang tepat kepada ibu hamil dan janinnya, bidan harus dapat mengidentifikasi gejala gangguan patologis ini, mendiagnosisnya, dan mengelolanya (Collins *et al.*, 2023).

Farmakologi dalam kebidanan adalah bidang yang membahas bagaimana obat-obatan digunakan dalam praktik kebidanan. Mencakup pemahaman tentang obat-obatan yang aman dan efektif untuk ibu hamil dan janin, serta obat-obatan yang digunakan selama persalinan, setelah persalinan, dan selama menyusui.

Dengan memahami dasar patologi dan farmakologi dalam asuhan kebidanan, bidan dapat:

1. Mengenali tanda dan gejala gangguan patologis pada ibu hamil, ibu hamil, bersalin dan pasca bersalin.
2. Mendiagnosis gangguan patologis dan memberikan pengobatan yang tepat.
3. Menggunakan obat dengan aman dan efektif selama kehamilan, persalinan, dan menyusui.

4. Memahami risiko dan manfaat obat yang diresepkan untuk ibu hamil dan janin.
5. Memberikan perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi kepada ibu hamil dan bayi dengan mempertimbangkan aspek patologis dan farmakologis.

## 4.2 Patologi Kebidanan

Memahami patologi bagi bidan diharapkan dapat memberikan perawatan yang optimal dan mengurangi risiko selama kehamilan dan persalinan. patologi kebidanan meliputi patologi kehamilan, patologi persalinan dan patologi pasca persalinan.

### 4.2.1 Patologi Kehamilan

Berbagai kondisi yang dapat terjadi selama kehamilan dan berdampak pada kesehatan ibu hamil, pertumbuhan dan perkembangan janin disebut sebagai patologi kehamilan. Berikut ini adalah beberapa contoh patologi kehamilan yang sering terjadi:

#### 1. Eklampsia

Eklampsia adalah kondisi serius yang terjadi pada kehamilan, biasanya setelah preeklampsia, di mana ibu hamil mengalami tekanan darah tinggi dan kerusakan organ setelah dua puluh minggu kehamilan. Berikut penyebab, tanda dan gejala serta tindakan/pengobatan eklampsia (Cunningham *et al.*, 2022):

- a. **Penyebab:** penyebab pasti penyakit ini belum sepenuhnya diketahui. Namun pada umumnya disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah plasenta dan respons sistem kekebalan tubuh terhadap kehamilan.
- b. **Tanda dan gejala :** Tekanan darah tinggi yang persisten (hipertensi), kejang-kejang, sakit kepala parah, gangguan penglihatan seperti penglihatan kabur atau cahaya yang menyilaukan, nyeri perut yang parah,

mual dan muntah, perubahan perilaku atau kesadaran, dan pembengkakan tiba-tiba pada wajah, tangan, atau kaki.

- c. **Tindakan/Pengobatan** : memberikan magnesium sulfat intravena digunakan untuk mencegah serangan kejang. Kelahiran bayi mungkin diperlukan untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi jika kondisi ibu atau janin memburuk.

## 2. Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional adalah diabetes yang muncul selama kehamilan karena resistensi insulin dan produksi insulin yang berkurang untuk memenuhi kebutuhan tubuh yang meningkat. Berikut penyebab, tanda dan gejala serta tindakan/pengobatan diabetes gestasional (Collins *et al.*, 2023):

- a. **Penyebab** : penyebab yang jelas masih belum diketahui, namun riwayat diabetes gestasional pada kehamilan sebelumnya, kelahiran bayi besar (makrosomia), diabetes dalam keluarga, usia ibu yang lebih tua, obesitas, dan sindrom ovarium polikistik (PCOS) menjadi faktor risiko.
- b. **Tanda dan gejala** : Diabetes gestasional biasanya tidak memiliki gejala. Namun, beberapa gejala dan tanda yang mungkin terjadi adalah poliuria, polidipsia, polifagia, kelelahan yang berlebihan, dan infeksi saluran kemih berulang. Diabetes gestasional biasanya didiagnosis melalui tes toleransi glukosa oral dan pemeriksaan rutin pada kehamilan lainnya.
- c. **Tindakan/Pengobatan:** Pengobatan diabetes gestasional meliputi perubahan gaya hidup dan pengawasan gula darah yang ketat. Beberapa tindakan pengobatan yang umum termasuk:

- 1) Diet: jaga pola makan yang seimbang dan sehat, dengan mengutamakan karbohidrat kompleks, serat, protein, dan lemak sehat dan mengurangi karbohidrat sederhana.
- 2) Olahraga: Berolahraga secara teratur dan sesuai kondisi Ibu hamil.
- 3) Pemantauan gula darah: Mengukur gula darah secara teratur
- 4) Pemberian obat: pemberian obat hipoglikemik oral atau insulin untuk menjaga kadar gula darah dalam kisaran normal.

### 3. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Infeksi saluran kemih (ISK) pada ibu hamil terjadi ketika bakteri atau mikroorganisme lainnya menginfeksi saluran kemih, yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan komplikasi yang serius jika tidak diobati. Berikut penyebab, tanda dan gejala serta tindakan/pengobatan ISK (Loeffler *et al.*, 2020):

- a. **Penyebab** : Infeksi saluran kemih pada ibu hamil biasanya disebabkan oleh bakteri yang berjalan ke saluran kencing (uretra) melewati kandung kemih kemudian masuk ke ginjal.
- b. **Tanda dan gejala** : sering buang air kecil, rasa terbakar atau nyeri saat buang air kecil, keinginan kuat untuk buang air kecil meski hanya sedikit urine yang keluar, urine berbau busuk, urin keruh atau berdarah, nyeri atau ketidaknyamanan di perut bagian bawah atau daerah panggul dan demam ringan
- c. **Tindakan/Pengobatan**: pemberian antibiotik yang aman selama kehamilan sesuai dengan jenis bakteri penyebab infeksi dan kondisi ibu hamil. Disarankan minum lebih banyak air, menghindari iritasi saluran

kemih dengan tidak menahan buang air kecil, menjaga daerah genital tetap bersih, dan menghindari penggunaan produk pembersih yang mengandung bahan kimia yang keras.

#### **4.2.2 Patologi Persalinan**

Patologi Persalinan mengacu pada kondisi yang dapat mempengaruhi kelancaran proses persalinan. Dalam hal ini termasuk gangguan kontraksi rahim, posisi janin yang tidak normal, atau masalah lain yang dapat memengaruhi jalannya persalinan. Berikut ini adalah beberapa contoh patologi persalinan yang sering terjadi:

##### **1. Distosia Bahu**

Distosia bahu adalah kondisi di mana bahu bayi tersangkut di panggul ibu saat persalinan. Kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi saat kelahiran dan merupakan kondisi darurat obstetrik yang memerlukan tindakan segera. Berikut penyebab, tanda dan gejala serta tindakan distosia bahu (Cunningham *et al.*, 2022):

##### **a. Penyebab :**

- 1) Bayi yang berukuran besar: Risiko distosia bahu dapat meningkat jika bayi memiliki berat yang lebih besar dari rata-rata atau ukuran kepala yang lebih besar.
- 2) Kondisi ibu: Diabetes gestasional, obesitas, kontraksi panggul sempit pada ibu sebelumnya, dan riwayat distosia bahu sebelumnya juga merupakan faktor risiko.
- 3) Hamil ganda: Risiko distosia bahu meningkat pada ibu hamil yang melahirkan lebih dari satu anak.

##### **b. Tanda dan gejala:**

- 1) kesulitan atau kegagalan yang terjadi selama proses persalinan setelah kelahiran kepala bayi

- 2) Kesulitan dalam membebaskan bayi dari panggul ibu
  - 3) Tanda-tanda stres yang ditunjukkan oleh bayi, seperti detak jantung yang tidak normal
  - 4) Cedera atau ketegangan pada bahu dan lengan bayi saat lahir
  - 5) Gagal menggerakkan bayi secara spontan setelah kepala terlahir
- c. **Tindakan/ Pengobatan** ; Beberapa tindakan yang dapat diambil untuk menangani dislokasi bahu dengan cepat dan tepat adalah:
- 1) Mengubah posisi ibu: Ibu mungkin diminta untuk mengubah posisinya untuk mencoba membebaskan bahu bayinya.
  - 2) Manuver obstetrik: Untuk membantu membebaskan bahu bayi, dokter atau bidan dapat menggunakan manuver obstetrik khusus seperti manuver McRoberts, manuver Woods, atau manuver Rubin.
  - 3) Episiotomi: Pada beberapa kasus, mungkin diperlukan sayatan jalan lahir untuk memberi bayi lebih banyak ruang untuk keluar.
  - 4) Fraktur klavikula: Jika distosia bahu terus berlanjut dan tidak ada cara lain untuk membebaskan bayi, fraktur klavikula, atau tulang bahu, dapat dilakukan untuk memungkinkan kelahiran bayi.

## 2. Ruptur Uterus

Ruptur uterus adalah kondisi darurat medis di mana dinding rahim robek selama kehamilan atau persalinan, yang dapat menyebabkan perdarahan yang parah dan mengancam

nyawa ibu dan janin. Berikut penyebab, tanda dan gejala serta tindakan ruptur uterus (Cunningham *et al.*, 2022):

- a. **Penyebab** :Ruptur uteri dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain:
  - 1) Persalinan sebelumnya melalui operasi caesar atau histerektomi.
  - 2) Distosia atau persalinan yang sangat cepat.
  - 3) Overstimulasi rahim dalam induksi persalinan dengan obat-obatan seperti oksitosin.
  - 4) Cedera traumatis pada perut atau rahim, seperti kecelakaan mobil.
- b. **Tanda dan gejala** : Beberapa gejala yang mungkin terjadi termasuk:
  - 1) Rasa nyeri di perut yang tiba-tiba dan luar biasa
  - 2) Perdarahan vagina yang luar biasa atau tidak normal
  - 3) Ketegangan rahim yang tiba-tiba menghilang
  - 4) Tanda-tanda syok, seperti denyut jantung cepat, tekanan darah rendah, pusing, atau kebingungan
  - 5) Kesulitan untuk mengidentifikasi detak jantung janin atau detak jantung yang tidak stabil
- c. **Tindakan**: Prosedur tergantung pada tingkat keparahan kondisi dan keadaan ibu dan janin, berikut tindakan yang dilakukan :
  - 1) Pembedahan darurat: Pembedahan darurat, seperti operasi caesar atau histerektomi untuk menghentikan pendarahan dan menyelamatkan nyawa ibu dan janin.
  - 2) Transfusi darah: diperlukan untuk mengganti volume darah yang hilang.
  - 3) Perawatan suportif: Perawatan intensif, termasuk pemantauan tekanan darah, kadar oksigen dan cairan, disediakan untuk menjaga ibu tetap stabil.



- 4) Perawatan janin: Jika janin masih hidup, dilakukan upaya penyelamatan dengan cara segera, seperti persiapan persalinan pervaginam atau operasi darurat.

### 3. Prolaps Tali Pusat

Prolaps Tali Pusat keadaan dimana tali pusat janin keluar melalui cervix sebelum atau bersamaan dengan kepala janin saat persalinan. kondisi memerlukan perawatan segera untuk mencegah komplikasi serius (Collins *et al.*, 2023)..

- a. **Penyebab** : Beberapa faktor dapat menyebabkan prolaps tali pusat terlepas, seperti:
  - 1) Presentasi bayi dalam posisi bokong atau lintang
  - 2) Air Ketuban yang Banyak: Saat ketuban pecah, tali pusat lebih mungkin meluncur ke bawah.
  - 3) Persalinan prematur
- b. **Tanda dan gejala** : Beberapa tanda dan gejala yang mungkin terjadi antara lain:
  - 1) Dorongan atau tekanan yang kuat di daerah panggul saat tali pusat dikompresi (terjepit) antara kepala janin dan jalan lahir.
  - 2) Detak jantung janin tidak stabil atau tidak ada saat tali pusat dikompresi.
- c. **Tindakan** : Beberapa langkah yang diambil sebagai berikut:
  - 1) Perubahan Posisi Ibu: ibu mengangkat panggulnya atau duduk dalam posisi tertentu untuk mengurangi tekanan pada tali pusat.
  - 2) Kompresi Manual: kompresi manual pada tali pusat yang terjepit untuk menurunkan tekanan dan mengembalikannya ke dalam rahim.
  - 3) Operasi Darurat: pembedahan darurat seperti seksio sesarea jika detak jantung janin tidak stabil.

### 4.2.3 Patologi Pasca Persalinan

Patologi pasca persalinan mengacu pada masalah kesehatan yang dialami seorang ibu setelah melahirkan, antara lain perdarahan post partum, infeksi, masalah psikologis dan masalah kesehatan lainnya. Berikut ini adalah beberapa contoh patologi pasca persalinan yang sering terjadi:

#### 1. Perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum perdarahan yang mengacu pada kehilangan darah yang berlebihan setelah melahirkan. kondisi serius yang memerlukan perhatian medis segera (Cunningham *et al.*, 2022):.

- a. **Penyebab** : Beberapa hal dapat menyebabkan perdarahan postpartum, seperti: atonia Uteri, Robekan Jalan Lahir, retensi Sisa Plasenta, infeksi dan penyakit gangguan koagulasi darah
- b. **Tanda dan Gejala** : Beberapa di antaranya adalah:
  - 1) Keluarnya darah yang berlebihan atau kuat setelah melahirkan, baik melalui vagina maupun jalan lahir.
  - 2) Pendarahan yang tidak normal, seperti gumpalan darah yang besar atau perdarahan yang tidak berhenti.
  - 3) Hipotensi
- c. **Tindakan** : Beberapa tindakan yang dapat diambil termasuk:
  - 1) Manuver Uterus: Untuk membantu kontraksi rahim dan menghentikan perdarahan.
  - 2) Obat-obatan: Untuk mengurangi perdarahan, dapat diberikan obat yang merangsang kontraksi rahim, seperti oksitosin.
  - 3) Proses Evakuasi: Jika jaringan atau sisa plasenta mengganggu proses penyembuhan rahim, maka perlu dievakuasi atau dibersihkan.

- 4) **Transfusi Darah:** diperlukan transfusi darah untuk menggantikan volume darah yang hilang

## 2. Prolaps Organ Panggul

Prolaps organ panggul adalah keadaan ketika organ-organ di dalam panggul seperti rahim, kandung kemih, atau rektum menekan ke dalam rongga vagina. Hal ini terjadi ketika otot-otot dan jaringan penyangga panggul menjadi lemah atau tidak berfungsi dengan baik (Collins *et al.*, 2023).

a. **Penyebab** : Sejumlah faktor dapat menyebabkan prolaps panggul, termasuk:

- 1) Kehamilan dan persalinan: Prolaps organ panggul dapat disebabkan oleh kehamilan yang melemahkan otot-otot panggul dan merenggangkan jaringan penyangga.
- 2) Menopause: Menurunnya elastisitas jaringan panggul dapat disebabkan oleh penurunan kadar estrogen yang terjadi selama menopause.
- 3) Aktivitas yang menimbulkan tekanan berlebihan pada perut, seperti angkat beban berat secara teratur
- 4) Obesitas: berat badan berlebih, akan memberikan beban tambahan pada otot dan jaringan panggul Anda.

b. **Tanda dan gejala:** prolaps organ panggul dapat bervariasi tergantung pada jenis prolaps dan seberapa parah kondisi tersebut. Beberapa gejala yang mungkin terjadi meliputi:

- 1) Sensasi benjolan turun di vagina, yang dapat terlihat seperti bola kecil atau tekanan yang berlebihan.
- 2) Kesulitan buang air kecil atau sering buang air kecil.

- 3) Kesulitan buang air besar atau sering sembelit.
  - 4) Ketidaknyamanan atau nyeri di panggul, punggung bawah, atau area panggul
  - 5) Hubungan seksual yang tidak nyaman.
- c. **Tindakan** : tingkat keparahan gejala dan dampak pada kualitas hidup seseorang memengaruhi tindakan yang diambil untuk prolaps organ panggul. Berikut tindakan yang dilakukan:
- 1) Terapi Konservatif: latihan otot panggul, fisioterapi, dan penggunaan alat yang disebut pessarium.
  - 2) Pengobatan Medis: pemberian estrogen topikal atau sistemik dapat membantu meningkatkan kekuatan dan elastisitas jaringan panggul.
  - 3) Pembedahan: pembedahan dapat direkomendasikan jika tindakan konservatif tidak efektif.

### 4.3 Farmakologi

Beberapa poin penting peran farmakologi dalam asuhan kebidanan diperlukan pemahaman sebagai berikut (Schaefer *et al.*, 2015):

1. Keamanan obat: Sangat penting untuk mempertimbangkan keamanan obat yang digunakan karena kehamilan dan menyusui dapat memengaruhi cara tubuh memproses obat.
2. Kategori keamanan obat: Obat-obatan sering diklasifikasikan ke dalam kategori keamanan berdasarkan potensi risiko kehamilan. Misalnya kelas A, B, C, D atau X. Sementara kategori A dan B umumnya dianggap lebih aman untuk digunakan selama kehamilan, kategori C, D, dan X mungkin menimbulkan risiko.

3. Indikasi dan kontraindikasi obat: Memahami indikasi dan kontraindikasi obat-obatan yang diberikan kepada pasien/klien.
4. Pengawasan dan monitoring: Bidan harus melakukan pemantauan yang tepat untuk memastikan bahwa penggunaan obat tersebut efektif dan aman.
5. Edukasi dan konseling: bidan selayaknya memberikan informasi tentang manfaat, risiko, efek samping obat dan pemantauan.

#### **4.3.1 Antibiotik**

Tujuan pemberian antibiotik dalam asuhan kebidanan untuk mengobati atau mencegah infeksi bakteri yang terjadi pada wanita hamil atau setelah kelahiran. Beberapa tujuan pemberian antibiotik dalam asuhan kebidanan meliputi (King & Brucker, 2011):

1. Pengobatan Infeksi: antibiotik digunakan untuk mengobati infeksi bakteri yang terjadi selama kehamilan atau setelah melahirkan.
2. Pencegahan Infeksi: antibiotik digunakan sebagai tindakan pencegahan untuk mengurangi risiko infeksi bakteri pada ibu hamil atau setelah melahirkan.
3. Perlindungan terhadap Janin: pemberian antibiotik pada ibu hamil juga bertujuan untuk mencegah janin terkena infeksi intrauterin.

Beberapa jenis antibiotik yang sering digunakan untuk mengatasi infeksi dalam praktik kebidanan memiliki manfaat tertentu, seperti (Mattison & Halbert, 2022):

1. Amoksisilin: Salah satu jenis antibiotik penisilin yang paling umum digunakan dalam praktik kebidanan adalah amoksisilin. Infeksi saluran kemih, infeksi kulit, dan infeksi

organ reproduksi seperti vaginosis bakterial dapat diobati dengan baik dengan antibiotik ini.

2. Seftriakson: Seftriakson juga dapat digunakan untuk mengobati gonore dan infeksi menular seksual lainnya. Antibiotik ini memiliki spektrum luas dan efektif untuk mengobati infeksi saluran kemih, infeksi rahim, dan infeksi pada jahitan perineum pasca persalinan.
3. Metronidazol: sering digunakan untuk mengobati infeksi bakteri pada organ reproduksi, seperti vaginosis bakterial dan infeksi pada jahitan perineum pasca persalinan. Antibiotik ini juga efektif dalam memerangi infeksi bakteri anaerob dan infeksi protozoa seperti *Trichomonas vaginalis*.
4. Klindamisin: Infeksi rahim, infeksi pada jahitan perineum pasca persalinan, dan infeksi kulit dapat diobati dengan antibiotik terutama jika pasien memiliki alergi terhadap penisilin atau sefalosporin.

#### **4.3.2 Analgetik dan Anestesi**

Dalam proses persalinan sering kali melibatkan penggunaan obat-obatan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit selama persalinan dan prosedur persalinan lainnya. Berikut beberapa informasi tentang farmakologi analgesik dan anestesi dalam asuhan kebidanan.

##### **1. Analgesik**

Berbagai jenis analgesik dapat diberikan untuk mengurangi nyeri selama proses persalinan. Pilihan analgesik akan disesuaikan dengan preferensi ibu, tingkat nyeri, kondisi kesehatan, dan rekomendasi medis. Beberapa jenis analgesik yang umum digunakan dalam asuhan kebidanan adalah (Mattison & Halbert, 2022):

- a. Analgesik Opioid:
  - 1) Morfin: merupakan obat analgesik opioid yang sering digunakan oleh ibu hamil, digunakan terutama untuk mengatasi nyeri persalinan yang parah. Obat ini juga membantu mengurangi kecemasan dan ketegangan yang mungkin muncul selama proses persalinan.
  - 2) Fentanil adalah jenis pereda nyeri opioid yang digunakan untuk meredakan nyeri persalinan. Obat ini bekerja cepat dan memiliki durasi kerja yang relatif singkat, memberikan bantuan segera selama persalinan.
- b. Analgesik Non-Opioid:
  - 1) Parasetamol: Parasetamol adalah pereda nyeri non-opioid yang biasa digunakan untuk mengurangi nyeri ringan hingga sedang selama persalinan. Obat ini memiliki sedikit efek samping dan aman selama kehamilan.
  - 2) *Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs)*: Untuk nyeri persalinan yang ringan hingga sedang, NSAIDs, seperti ibuprofen atau diklofenak, dapat digunakan. NSAIDs meredakan peradangan dan nyeri dengan menghentikan produksi prostaglandin.
- c. Blokade Nyeri Lokal:
  - 1) Blokade epidural: untuk mengurangi nyeri, prosedur ini efektif untuk persalinan vaginal atau operasi caesar.
  - 2) Blokade spinal (anestesi spinal): mengurangi nyeri selama persalinan atau operasi caesar.

## 2. Anestesi

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit selama persalinan atau operasi caesar, ada beberapa jenis

anestesi yang sering digunakan dalam asuhan kebidanan dan manfaatnya (Mattison & Halbert, 2022);:

- a. Anestesi Epidural: Jenis anestesi yang paling umum digunakan dalam praktik kebidanan. Manfaat anestesi epidural meliputi: meredakan nyeri persalinan, menyebabkan relaksasi, dan memfasilitasi persalinan vaginal.
- b. Anestesi Spinal (Spinal Anesthesia) : membantu menghilangkan nyeri dengan cepat dan efektif. Manfaat anestesi spinal memberikan anestesi total pada area yang disuntikkan, dan memudahkan proses operasi caesar.
- c. Anestesi umum: penggunaan obat bius yang membuat ibu tidur dalam keadaan tidak sadar selama prosedur. Memberikan kehilangan sensasi dan kehilangan kesadaran yang total.

### **4.3.3 Asam Folat**

Asam folat berperan penting dalam asuhan kebidanan karena dapat memberikan manfaat yang signifikan bagi kesehatan dan perkembangan janin serta ibu hamil. Berikut manfaat asam folat (King & Brucker, 2011) :

1. Asupan asam folat yang cukup sebelum dan selama kehamilan dapat membantu mencegah cacat tabung saraf janin seperti spina bifida.
2. mendukung pembentukan dan pemeliharaan sel darah merah. Mengatasi anemia pada ibu hamil.
3. Mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin yang sehat, terutama dalam pembentukan sistem saraf dan organ vital.
4. Mencegah preeklamsia, pertumbuhan janin yang terhambat, dan komplikasi kehamilan lainnya dengan mengurangi risiko asam folat



Berikut adalah beberapa mekanisme yang diketahui berhubungan dengan fungsi asam folat dalam mencegah cacat tabung saraf: Berikut beberapa peran asam folat dalam asuhan kebidanan (Mattison & Halbert, 2022) :

1. Sintesis DNA: Asam folat diperlukan untuk sintesis DNA, yang merupakan komponen utama dalam pembentukan sel-sel tubuh. Selama perkembangan embrio, asam folat membantu dalam produksi dan pemeliharaan DNA yang diperlukan untuk perkembangan normal sistem saraf.
2. Metilasi: proses penambahan gugus metil pada molekul tubuh tertentu, adalah fungsi lain asam folat. Proses ini sangat penting untuk pengaturan gen dan ekspresi genetik.
3. Metabolisme asam amino: Asam folat membantu memproses asam amino, termasuk yang dibutuhkan untuk sistem saraf normal. Kekurangan asam folat dapat mengganggu metabolisme asam amino yang diperlukan untuk perkembangan janin.

#### **4.3.4 Zat Besi**

Tujuan asupan zat besi, terutama bagi ibu hamil adalah untuk memenuhi peningkatan kebutuhan selama kehamilan dan untuk mencegah atau mengobati anemia defisiensi besi. Penggunaan zat besi pada ibu hamil adalah sebagai berikut (King & Brucker, 2011):

1. Pencegahan anemia: anemia defisiensi besi merupakan kondisi yang sering terjadi selama kehamilan karena zat besi dibutuhkan untuk memproduksi sel darah merah dalam jumlah yang cukup.
2. Memenuhi Kebutuhan Zat Besi yang Meningkat: Selama masa kehamilan, kebutuhan zat besi meningkat untuk mendukung pertumbuhan janin, plasenta dan perubahan fisiologis ibu hamil. Zat besi dibutuhkan untuk memproduksi hemoglobin, yang membawa oksigen ke

seluruh tubuh, dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen janin.

3. Mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin: janin menggunakan zat besi untuk membangun simpanan zat besi di hati, mengoptimalkan pertumbuhan sel tubuh, dan mengembangkan sistem saraf yang sehat.

#### **4.3.5 Oksitosin**

Dalam Asuhan kebidanan, oksitosin merupakan hormon yang sering digunakan untuk memperlancar dan mengatur persalinan serta mengontrol perdarahan postpartum.

Oksitosin Sintetik (Pitocin): merupakan bentuk buatan dari hormon oksitosin. Oksitosin sintetik, digunakan selama persalinan untuk memulai, mempertahankan, atau meningkatkan kontraksi rahim. Berikut adalah manfaat utama oksitosin sintetik (Mattison & Halbert, 2022):

1. Memulai persalinan: Oksitosin sintetik dapat diberikan untuk memulai persalinan jika persalinan belum dimulai secara alami atau jika ada kebutuhan medis untuk mempercepat persalinan.
2. Memperkuat kontraksi: Oksitosin sintetik dapat diberikan untuk memperkuat kontraksi rahim selama persalinan yang tidak efektif atau lemah.

#### **4.3.6 Tokolitik**

Tokolitik adalah obat yang digunakan untuk menghentikan atau mengurangi kontraksi uterus yang berlebihan, mempertahankan kehamilan, memberikan waktu untuk perkembangan janin. Berikut ini adalah beberapa tokolitik yang umum digunakan dan manfaatnya dalam perawatan kebidanan (Schaefer *et al.*, 2015):

1. Beta-adrenergik agonis (ritodrin, terbutalin) merupakan obat yang menghambat kontraksi uterus yang prematur

atau kuat serta memberikan waktu tambahan untuk perkembangan janin, memungkinkan pemberian terapi tambahan seperti kortikosteroid untuk meningkatkan kematangan paru-paru janin

2. Antagonis kalsium (seperti nifedipin) adalah obat yang menghalangi aliran kalsium ke dalam sel otot rahim, sehingga mengurangi kontraksi rahim.
3. Inhibitor prostaglandin (seperti indometasin) adalah jenis obat tokolitik yang menghambat produksi prostaglandin. Prostaglandin adalah bahan kimia yang merangsang kontraksi rahim.

#### **4.3.7 Antihipertensi**

Pada beberapa kasus persalinan, terutama ibu hamil dengan tekanan darah tinggi atau preeklampsia, obat antihipertensi diperlukan untuk mengontrol tekanan darah dan melindungi kesehatan ibu dan janin. Berikut ini adalah beberapa obat tekanan darah yang umum digunakan dan manfaatnya dalam perawatan kebidanan (Mattison & Halbert, 2022):

1. Methyldopa adalah obat penurun tekanan darah yang sering digunakan selama kehamilan. Obat antihipertensi ini relatif aman selama kehamilan.
2. Nifedipine adalah antagonis kalsium yang dapat menurunkan tekanan darah pada ibu hamil dengan preeklampsia atau hipertensi.
3. Labetalol adalah beta blocker yang digunakan untuk mengontrol tekanan darah tinggi selama kehamilan. Manfaatnya antara lain menurunkan tekanan darah pada ibu hamil dengan preeklampsia atau hipertensi.

### **4.3.8 Antikoagulan**

Dalam beberapa kasus kebidanan, penggunaan antikoagulan mungkin diperlukan untuk mengontrol risiko pembekuan darah yang berlebihan atau untuk mencegah komplikasi tromboemboli. Berikut ini adalah beberapa antikoagulan yang lebih umum digunakan dan manfaatnya dalam perawatan kebidanan (Mattison & Halbert, 2022);

1. Heparin merupakan antikoagulan, yang bekerja dengan menghentikan aktivitas faktor pembekuan darah tertentu dalam tubuh. Ini mencegah atau mengobati pembentukan tromboemboli, yaitu gumpalan darah yang dapat menyumbat pembuluh darah.
2. Warfarin adalah antikoagulan oral yang digunakan sebelum atau setelah kehamilan tidak digunakan selama kehamilan karena warfarin memiliki efek teratogenik yang dapat mengganggu perkembangan normal janin dalam rahim.

## DAFTAR PUSTAKA

- Collins, Ally., Kevin Hayes, Sabaratnam Arulkumaran, Kirana Arambage, Lawrence Impey. 2023. *Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology*. 4th Edition. OUP Oxford
- Cunningham, F.Gary., Kenneth Leveno, Jodi Dashe, Barbara Hoffman, Catherine Spong, Brian Casey. 2022. *Williams Obstetrics*. 26<sup>th</sup> Edition. McGraw Hill
- Loeffler, Agnes .G., Michael N. Hart. 2020. Introduction to Human Disease. Pathophysiology for Health Professionals. Jones & Bartlett Learning
- Mattison, Donald and Lee-Ann Halbert. 2022. *Clinical Pharmacology During Pregnancy*. Second Edition. Elsevier
- Schaefer, C., Paul Peters, Richard K. Miller. 2015. *Drugs During Pregnancy and Lactation. Treatment Options and Risk Assessment*. Third Edition. Elsevier
- Tekoa L. King and Mary C. Brucker. 2011. *Pharmacology For Women's Health*. Jones and Bartlett Publishers.

# **BAB 5**

## **ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN**

*Oleh Eko Sri Wulaningtyas*

### **5.1 Pendahuluan**

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 - 42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir, serta berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (Ardriaansz, 2017).

### **5.2 Konsep Persalinan**

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (Sondakh, 2015).

#### **5.2.1 Teori Persalinan**

Teori yang dapat menyebabkan persalinan menurut Rohani (2013) sebagai berikut :

1. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah batas waktu tersebut terjadi

kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus terus membesar dan menjadi tegang yang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus.

b. Teori Penurunan Progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktifitas sehingga persalinan dimulai.

d. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. ( Sujiyatini, 2011)

## 5.2.2 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut (Saragih, 2017), ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal yang dikenal dengan istilah 5P, yaitu: Power, Passage, Passenger, Psikis ibu bersalin, dan Penolong persalinan yang dijelaskan dalam uraian berikut.

### 1. *Power* (tenaga)

*Power* (tenaga) merupakan kekuatan yang mendorong janin untuk lahir. Dalam proses kelahiran bayi terdiri dari 2 jenis tenaga, yaitu primer dan sekunder. a. Primer: berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang berlangsung sejak muncul tanda-tanda persalinan hingga pembukaan lengkap. b. Sekunder: usaha ibu untuk mengejan yang dibutuhkan setelah pembukaan lengkap.

### 2. *Passenger* (janin)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi berat janin, letak janin, posisi sikap janin (habilitus), serta jumlah janin. Pada persalinan normal yang berkaitan dengan passenger antara lain: janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki berada dalam keadaan fleksi, dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat janin normal adalah 2500-3500 gram dan DJJ normal yaitu 120-160x/menit.

### 3. *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

### 4. Psikis ibu bersalin

Persalinan dan kelahiran merupakan proses fisiologis yang menyertai kehidupan hampir setiap wanita. Pada



umumnya persalinan dianggap hal yang menakutkan karena disertai nyeri hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Nyeri merupakan fenomena yang subjektif, sehingga keluhan nyeri persalinan setiap wanita tidak akan sama, bahkan pada wanita yang samapun tingkat nyeri persalinannya tidak akan sama dengan nyeri persalinan yang sebelumnya. Sehingga persiapan psikologis sangat penting dalam menjalani persalinan. Jika seorang ibu sudah siap dan memahami proses persalinan maka ibu akan mudah bekerjasama dengan petugas kesehatan yang akan menolong persalinannya. Dalam proses persalinan normal, pemeran utamanya adalah ibu yang disertai dengan perjuangan dan upayanya. Sehingga ibu harus meyakini bahwa ia mampu menjalani proses persalinan dengan lancar. Karena jika ibu sudah mempunyai keyakinan positif maka keyakinan tersebut akan menjadi kekuatan yang sangat besar saat berjuang mengeluarkan bayi. Sebaliknya, jika ibu tidak semangat atau mengalami ketakutan yang berlebih maka akan membuat proses persalinan menjadi sulit.

#### 5. Penolong persalinan

Orang yang berperan sebagai penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan, antara lain: dokter, bidan, perawat maternitas dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Petugas kesehatan yang memberi 15 pertolongan persalinan dapat menggunakan alat pelindung diri, serta melakukan cuci tangan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi dari pasien. Pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga professional di masyarakat masih

sangat rendah dibandingkan dengan target yang diharapkan. Pemilihan penolong persalinan merupakan faktor yang menentukan terlaksananya proses persalinan yang aman (Nurhapipa, 2015)

### **5.2.3 Tahapan Persalinan**

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II dinamakan dengan kala pengeluaran karena kekuatan his dan kekuatan mengejan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kalurie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian (Sumarah, 2011).

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0- 10 cm atau pembukaan lengkap. Proses ini terjadi dua fase yakni fase laten selama 8 jam dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif selama 7 jam dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient atau ibu yang sedang bersalin masih dapat berjalan-jalan (Sulistyawati, 2013 ).

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm (Sulistyawati, 2013 ). Gejala utama kala II menurut Jenny J.S Sondakh (2013) yakni :

1. His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik Menjelang akhir kala I ketuban

pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

2. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan untuk mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser.
3. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipoglobin kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
4. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
5. Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan dengan cara memegang kepala pada osocciput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, kemudian bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan nitabusch. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Uterus menjadi berbentuk bundar
2. Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
3. Tali pusat bertambah panjang
4. Terjadi perdarahan

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak dan infeksi (Sondakh, 2013).

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1 sampai 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan menurut Sulistyawati (2013) adalah sebagai berikut :

1. Tingkat kesadaran pasien.
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital yakni tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
3. Kontraksi uterus.
4. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

#### **5.2.4 Evidence based Persalinan**

Pada proses persalinan kala II ini ternyata ada beberapa hal yang dahulunya kita lakukan ternyata setelah di lakukan penelitian ternyata tidak bermanfaat atau bahkan dapat merugikan pasien. Adapun hasil penelitian yang diperoleh pada asuhan sayang ibu berdasarkan EBM yang dapat meningkatkan tingkat kenyamanan seorang ibu yang akan bersalin antara lain :

1. Ibu tetap diperbolehkan makan dan minum karena berdasarkan EBM didapatkan :
  - a. Pada saat bersalin ibu membutuhkan energy yang besar, oleh karena itu jika ibu tidak makan dan minum untuk beberapa waktu atau ibu yang mengalami kekurangan gizi dalam proses persalinan akan cepat mengalami kelelahan fisiologis, dehidrasi dan ketosis yang dapat menyebabkan gawat janin.

- b. Ibu bersalin kecil kemungkinan menjalani anastesi umum, jadi tidak ada alasan untuk melarang makan dan minum.
  - c. Efek mengurangi/mencegah makan dan minum mengakibatkan pembentukan glukosa intravena yang telah dibuktikan dapat berakibat negative terhadap janin dan bayi baru lahir oleh karena itu ibu bersalin tetap boleh makan dan minum. Ha ini berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Larence 1982, Tamow-mordi Starw dkk 1981, Ruter Spence dkk 1980, Lucas 1980.
2. Ibu diperbolehkan untuk memilih siapa pendamping persalinannya karena :
- a. Pendamping persalinan dapat meberikan dukungan baik secara emosional maupun pisik kepada ibu selama proses persalinan.
  - b. Kehadiran suami juga merupakan dukungan moral karena pada saat ini ibu sedang mengalami stress yang sangat berat tapi dengan kehadiran suami ibu dapat merasa sedikit rileks karena merasa ia tidak perlu menghadapi ini semua seorang diri.
  - c. Pendamping persalinan juga dapat ikut terlibat langsung dalam memberikan asuhan misalnya ikut membantu ibu dalam mengubah posisi sesuai dengan tingkat kenyamanannya masing - masing, membantu memberikan makan dan minum.
  - d. Pendamping persalinan juga dapat menjadi sumber pemberi semangat dan dorongan kepada ibu selama proses persalinan sampai dengan kelahiran bayi.
  - e. Dengan adanya pendamping persalinan ibu merasa lebih aman dan nyaman karena merasa lebih diperhatikan oleh orang yang mereka sayangi.

3. Pengaturan posisi persalinan pada persalinan kala II
  - a. Bahwa posisi telentang pada proses persalinan dapat mengakibatkan berkurangnya aliran darah ibu ke janin.
  - b. Posisi telentang dapat berbahaya bagi ibu dan janin , selain itu posisi telentang juga mengalami kontraksi lebih nyeri, lebih lama, trauma perineum yang lebih besar.
  - c. Posisi telentang/litotomi juga dapat menyebabkan kesulitan penurunan bagian bawah janin.
  - d. Posisi telentang bisa menyebabkan hipotensi karena bobot uterus dan isinya akan menekan aorta, vena kava inferior serta pembuluh-pembuluh lain dalam vena tersebut. Hipotensi ini bisa menyebabkan ibu pingsan dan seterusnya bisa mengarah ke anoreksia janin.
  - e. Posisi litotomi bisa menyebabkan kerusakan pada syaraf di kaki dan di punggung dan akan ada rasa sakit yang lebih banyak di daerah punggung pada masa post partum (nifas). Adapun posisi yang dianjurkan pada proses persalinan antara lain posisi setengah duduk, berbaring miring, berlutut dan merangkak.( Fitriana, 2018)
  
4. Menahan nafas pada saat mengeran

Berdasarkan penelitian tindakan untuk menahan nafas pada saat mengeran ini tidak dianjurkan karena:

  - a. Menahan nafas pada saat mengeran tidak menyebabkan kala II menjadi singkat.
  - b. Ibu yang mengeran dengan menahan nafas cenderung mengeran hanya sebentar.
  - c. Selain itu membiarkan ibu bersalin bernafas dan mengeran pada saat ibu merasakan dorongan akan lebih baik dan lebih singkat

5. Tindakan episiotomi
  - a. Episiotomi dapat menyebabkan perdarahan karena episiotomy yang dilakukan terlalu dini, yaitu pada saat kepala janin belum menekan perineum akan mengakibatkan perdarahan yang banyak bagi ibu. Ini merupakan “perdarahan yang tidak perlu”.
  - b. Episiotomi dapat menjadi pemacu terjadinya infeksi pada ibu. Karena luka episiotomi dapat menjadi pemicu terjadinya infeksi, apalagi jika status gizi dan kesehatan ibu kurang baik.
  - c. Episiotomi dapat menyebabkan rasa nyeri yang hebat pada ibu.
  - d. Episiotomi dapat menyebabkan laserasi vagina yang dapat meluas menjadi derajat tiga dan empat.
  - e. Luka episiotomi membutuhkan waktu sembuh yang lebih lama.

## **5.4 Asuhan Persalinan kala I**

Kala I adalah suatu kala dimana dimulai dari timbulnya his sampai pembukaan lengkap. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

1. Memberikan dukungan emosional.
2. Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
3. Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
4. Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara:
  - a. Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu.
  - b. Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
  - c. Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut.
  - d. Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain.

- e. Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- f. Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
- g. Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi – memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi. Oleh karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
- h. Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan – Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunnya kepala; menyebabkan ibu tidak nyaman; meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan; mengganggu penatalaksanaan distosia bahu; meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pasca persalinan.
- i. Pencegahan infeksi – Tujuan dari pencegahan infeksi adalah untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi; menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir.

## **5.5 Asuhan persalinan kala II**

Kala II adalah kala dimana dimulai dari pembukaan lengkap serviks sampai keluarnya bayi. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

1. Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
2. Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
  - a. Membantu ibu untuk berganti posisi.
  - b. Melakukan rangsangan taktil.
  - c. Memberikan makanandan minuman.
  - d. Menjadi teman bicara/pendengar yang baik.



- e. Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya
3. Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran – dengan:
    - a. Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
    - b. Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
    - c. Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.
  4. Membuat hati ibu merasa tenteram selama kala II persalinan – dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
  5. Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
  6. Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
  7. Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara:
    - a. Mengurangi perasaan tegang.
    - b. Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.
    - c. Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
    - d. Menjawab pertanyaan ibu.
    - e. Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya. (f) Memberitahu hasil pemeriksaan.
    - f. Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
    - g. Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.

## **5.6 Asuhan Persalinan kala III**

Kala III adalah kala dimana dimulai dari keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

1. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
2. Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
3. Pencegahan infeksi pada kala III.
4. Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
5. Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
6. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
7. Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

## **5.7 Asuhan Persalinan kala IV**

Kala IV adalah kala dimana 1-2 jam setelah lahirnya plasenta. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

1. Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal
2. Membantu ibu untuk berkemih.
3. Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.
4. Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
5. Mengajarkan ibu dan keluarganya ttg tanda-tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusuibayinya dan terjadi kontraksi hebat.
6. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
7. Pendampingan pada ibu selama kala IV.
8. Nutrisi dan dukungan emosional. ( Varney, H. (2010)

## **5.8 Kebutuhan Ibu Bersalin**

### **5.8.1 Kebutuhan Fisik Ibu Bersalin**

#### **1. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan**

*World Health Organization* (WHO) merekomendasikan bahwa dikarenakan kebutuhan energi yang begitu besar pada Ibu melahirkan dan untuk memastikan kesejahteraan ibu dan anak, tenaga kesehatan tidak boleh menghalangi keinginan Ibu yang melahirkan untuk makan atau minum selama persalinan (WHO, 1997 dalam William L, and Wilkins, 2010). Makanan yang Dianjurkan Selama Persalinan. Makanan yang disarankan dikonsumsi pada kelompok Ibu yang makan saat persalinan adalah roti, biskuit, sayuran dan buah-buahan, yogurt rendah lemak, sup, minuman isotonik dan jus buah-buahan (O'Sullivan *et al*, 2009). Menurut Elias (2009) Nutrisi dan hidrasi sangat penting selama proses persalinan untuk memastikan kecukupan energi dan mempertahankan keseimbangan normal cairan dan elektrolit bagi Ibu dan bayi. Cairan isotonik dan makanan ringan yang mempermudah pengosongan lambung cocok untuk awal persalinan. Jenis makanan dan cairan yang dianjurkan dikonsumsi pada Ibu bersalin adalah sebagai berikut (Champion dalam Elias, 2009). Makanan:

Apa saja yang harus diperhatikan jika Ibu ingin makan selama proses persalinan.

- a. Makan dalam porsi kecil atau mengemil setiap jam sekali saat ibu masih dalam tahap awal persalinan (KALA 1). Ibu disarankan makan beberapa kali dalam porsi kecil karena lebih mudah dicerna daripada hanya makan satu kali tapi porsi besar.
- b. Pilih makanan yang mudah dicerna, seperti crackers, agar-agar, atau sup. Saat persalinan proses pencernaan jadi lebih lambat sehingga ibu perlu menghindari makanan yang butuh waktu lama untuk dicerna.

- c. Selain mudah dicerna, pilih makanan yang berenergi. Buah, sup dan madu memberikan energi cepat. Untuk menyimpan cadangan energi, ibu bisa pilih gandum atau pasta.
- d. Hindari makanan yang banyak mengandung lemak, goreng-gorengan atau makanan yang menimbulkan gas.

Makanan yang dianjurkan:

- a. Roti atau roti panggang (rendah serat) yang rendah lemak baik diberi selai ataupun madu.
- b. Sarapan sereal rendah serat dengan rendah susu.
- c. Nasi tim.
- d. Biskuit
- e. Yogurt rendah lemak.
- f. Buah segar atau buah kaleng.

Minuman:

Selama proses persalinan jaga tubuh agar tidak kekurangan cairan. Dehidrasi bisa mengakibatkan ibu menjadi lemah, tidak berenergi dan bisa memperlambat persalinan.

Pilihan minumannya adalah:

- a. Minuman yogurt rendah lemak.
- b. Kaldu jernih.
- c. Air mineral.
- d. Minuman isotonik, mudah diserap dan memberikan energi yang dibutuhkan saat persalinan. Atau, Ibu bisa membuat sendiri dengan mencampurkan air putih dengan sedikit perasan lemon.
- e. Jus buah atau smoothie buah, campurkan dengan yogurt atau pisang ke dalam smoothie untuk menambah energi.

- f. Hindari minuman bersoda karena bisa membuat Ibu mual.

Ibu melahirkan harus dimotivasi untuk minum sesuai kebutuhan atau tingkat kehausannya. Jika asupan cairan Ibu tidak adekuat atau mengalami muntah, dia akan menjadi dehidrasi, terutama ketika melahirkan menjadikannya banyak berkeringat (Micklewright & Champion, 2002 dalam Thorpe et al, 2009). Salah satu gejala dehidrasi adalah kelelahan dan itu dapat mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan bagi Ibu untuk lebih termotivasi dan aktif selama persalinan. Jika Ibu dapat mengikuti kecenderungannya untuk minum, maka mereka tidak mungkin mengalami. ( Varney, H. (2010)

Pembatasan makan dan minum pada Ibu melahirkan memberikan rasa ketidaknyaman pada Ibu. Selain itu, kondisi gizi buruk berpengaruh terhadap lama persalinan dan tingkat kesakitan yang diakibatkannya, dan puasa tidak menjamin perut kosong atau berkurang keasamannya. Lima penelitian yang melibatkan 3130 Ibu bersalin. Pertama penelitian membandingkan Ibu dengan pembatasan makan dan minum dengan Ibu yang diberi kebebasan makan dan minum. Kedua penelitian membandingkan antara Ibu yang hanya minum dengan Ibu yang makan dan minum tertentu. Dua penelitian lagi membandingkan Ibu yang hanya minum air mineral dengan minuman karbohidrat. Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya kerugian atau dampak terhadap persalinan pada Ibu yang diberi kebebasan makan dan minum. Dengan demikian, Ibu melahirkan diberikan kebebasan untuk makan dan minum sesuai yang mereka kehendaki (Walyani (2016)

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi oleh bidan, untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau

minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan. Kandung kemih yang penuh, dapat mengakibatkan:

- a. Menghambat proses penurunan bagian terendah janin ke dalam rongga panggul, terutama apabila berada di atas spina isciadika
- b. Menurunkan efisiensi kontraksi uterus/his
- c. Meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali ibu karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus
- d. Meneteskan urin selama kontraksi yang kuat pada kala II
- e. Memperlambat kelahiran plasenta
- f. Mencetuskan perdarahan pasca persalinan, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus.

Apabila masih memungkinkan, anjurkan ibu untuk berkemih di kamar mandi, namun apabila sudah tidak memungkinkan, bidan dapat membantu ibu untuk berkemih dengan wadah penampung urin. Bidan tidak dianjurkan untuk melakukan kateterisasi kandung kemih secara rutin sebelum ataupun setelah kelahiran bayi dan placenta. Kateterisasi kandung kemih hanya dilakukan apabila terjadi retensi urin, dan ibu tidak mampu untuk berkemih secara mandiri. Kateterisasi akan meningkatkan resiko infeksi dan trauma atau perlukaan pada saluran kemih ibu. Sebelum memasuki proses persalinan, sebaiknya pastikan bahwa ibu sudah BAB. Rektum yang penuh dapat mengganggu dalam proses kelahiran janin. Namun apabila pada kala I fase aktif ibu mengatakan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala kala II. Apabila diperlukan sesuai indikasi, dapat dilakukan lavement pada saat ibu masih berada pada kala I fase latent.

## 2. Kebutuhan *Hygiene* (Kebersihan Personal)

Kebutuhan *hygiene* (kebersihan) ibu bersalin perlu diperhatikan bidan dalam memberikan asuhan pada ibu bersalin, karena personal hygiene yang baik dapat membuat ibu merasa aman dan relax, mengurangi kelelahan, mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, mempertahankan integritas pada jaringan dan memelihara kesejahteraan fisik dan psikis. Tindakan personal hygiene pada ibu bersalin yang dapat dilakukan bidan diantaranya: membersihkan daerah genitalia (vulva-vagina, anus), dan memfasilitasi ibu untuk menjaga kebersihan badan dengan mandi.( Sulistyawati (2012)

Mandi pada saat persalinan tidak dilarang. Pada sebagian budaya, mandi sebelum proses kelahiran bayi merupakan suatu hal yang harus dilakukan untuk mensucikan badan, karena proses kelahiran bayi merupakan suatu proses yang suci dan mengandung makna spiritual yang dalam. Secara ilmiah, selain dapat membersihkan seluruh bagian tubuh, mandi juga dapat meningkatkan sirkulasi darah, sehingga meningkatkan kenyamanan pada ibu, dan dapat mengurangi rasa sakit. Selama proses persalinan apabila memungkinkan ibu dapat diijinkan mandi di kamar mandi dengan pengawasan dari bidan.

Pada kala I fase aktif, dimana terjadi peningkatan bloodyshow dan ibu sudah tidak mampu untuk mobilisasi, maka bidan harus membantu ibu untuk menjaga kebersihan genitalianya untuk menghindari terjadinya infeksi intrapartum dan untuk meningkatkan kenyamanan ibu bersalin. Membersihkan daerah genitalia dapat dilakukan dengan melakukan vulva hygiene menggunakan kapas bersih yang telah dibasahi dengan air Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), hindari penggunaan air yang bercampur antiseptik maupun lissol. Bersihkan dari atas (vestibulum), ke bawah (arah anus).

Tindakan ini dilakukan apabila diperlukan, misal setelah ibu BAK, setelah ibu BAB, maupun setelah ketuban pecah spontan. (Sondakh, 2016)

### **3. Kebutuhan Istirahat**

Selama proses persalinan berlangsung, kebutuhan istirahat pada ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Istirahat selama proses persalinan (kala I, II, III maupun IV) yang dimaksud adalah bidan memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba relax tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak ada his (disela- sela his). Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur. Namun pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk.

## **5.9 Asuhan Persalinan Mengurangi Rasa Nyeri**

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi: peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. Rasa nyeri ini apabila tidak diatasi dengan tepat, dapat meningkatkan rasa khawatir, tegang, takut dan stres, yang pada akhirnya dapat menyebabkan terjadinya persalinan lama. Rasa nyeri selama persalinan akan berbeda antara satu dengan lainnya. Banyak faktor yang mempengaruhi persepsi rasa nyeri, diantaranya: jumlah kelahiran sebelumnya (pengalaman persalinan), budaya melahirkan, emosi, dukungan keluarga, persiapan persalinan, posisi saat melahirkan, presentasi janin, tingkat beta-endorphin, kontraksi rahim yang intens selama persalinan dan ambang nyeri alami. ( Sumarah, 2008)



Beberapa ibu melaporkan sensasi nyeri sebagai sesuatu yang menyakitkan. Meskipun tingkat nyeri bervariasi bagi setiap ibu bersalin, diperlukan teknik yang dapat membuat ibu merasa nyaman saat melahirkan. Tubuh memiliki metode mengontrol rasa nyeri persalinan dalam bentuk betaendorphin. Sebagai opiat alami, beta-endorphin memiliki sifat mirip petidin, morfin dan heroin serta telah terbukti bekerja pada reseptor yang sama di otak. Seperti oksitosin, beta-endorphin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis dan kadarnya tinggi saat berhubungan seks, kehamilan dan kelahiran serta menyusui. Hormon ini dapat menimbulkan perasaan senang dan euphoria pada saat melahirkan.

Berbagai cara menghilangkan nyeri diantaranya: teknik self-help, hidroterapi, pemberian entonox (gas dan udara) melalui masker, stimulasi menggunakan TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), pemberian analgesik sistemik atau regional. Stimulasi yang dapat dilakukan oleh bidan dalam mengurangi nyeri persalinan dapat berupa kontak fisik maupun pijatan. Pijatan dapat berupa pijatan/massage di daerah lombo-sacral, pijatan ganda pada pinggul, penekanan pada lutut, dan counterpressure. Cara lain yang dapat dilakukan bidan diantaranya adalah: memberikan kompres hangat dan dingin, mempersilahkan ibu untuk mandi atau berada di air (berendam). lakukan teknik self-help, terutama saat terjadi his/kontraksi. Untuk mendukung teknik ini, dapat juga dilakukan perubahan posisi: berjalan, berlutut, goyang ke depan/ belakang dengan bersandar pada suami atau balon besar. Dalam memberikan asuhan kebidanan, bidan dapat dibantu dan didukung oleh suami, anggota keluarga ataupun sahabat ibu. Usaha yang dilakukan bidan agar ibu tetap tenang dan santai selama proses persalinan berlangsung adalah dengan membiarkan ibu untuk mendengarkan musik, membimbing ibu untuk mengeluarkan suara saat merasakan

kontraksi, serta visualisasi dan pemusatan perhatian. Kontak fisik yang dilakukan pemberi asuhan/bidan dan pendamping persalinan memberi pengaruh besar bagi ibu. Kontak fisik berupa sentuhan, belaian maupun pijatan dapat memberikan rasa nyaman, yang pada akhirnya dapat mengurangi rasa nyeri saat persalinan. Bidan mengajak pendamping persalinan untuk terus memegang tangan. ibu, terutama saat kontraksi, menggosok punggung dan pinggang, menyeka wajahnya, mengelus rambutnya atau mungkin dengan mendekapnya. ( Yanti, S.ST, M.Keb. 2010)

## DAFTAR PUSTAKA

- Adriaansz, George. 2017. Asuhan Persalinan Normal. Jakarta. JNPK-KR.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. 2013. Komplikasi yang umum pada kehamilan. In: Pendit BU, Setia R, editor. Obstetri Williams, 23th ed. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Fitriana, Widy. 2018. Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif dalam Asuhan Kebidanan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Sondakh. 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Penerbit Erlangga.
- Sulistyawati. 2012. Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan. Jakarta: Salemba Medika.
- Varney, H. 2010. Buku Ajar Asuhan kebidanan. Jakarta: EGC.
- WHO. 2018. World Health Statistch. Geneva: World Health Organization
- Yanti, S.ST, M.Keb. 2010. Penuntun Belajar Kompetensi Asuhan Kebidanan Persalinan. Yogyakarta: Pustaka Rihama
- Sujiyatini, S.SiT, M.Keb, dkk. 2011. Asuhan Kebidanan II (Persalinan). Yogyakarta: Rohima Press
- Sumarah, dkk. "Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin)". Yogyakarta: Fitramaya; 2008.
- Walyani, E. S. 2015. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan. Yogyakarta: Pustaka.

# **BAB 6**

## **ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS**

*Oleh Mahdalena Prihatin Ningsih*

### **6.1 Pendahuluan**

Masa Nifas dimulai setelah placenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lamanya lebih kurang 6 minggu (Pusdiknakes, 2008).

Masa Nifas dimulai setelah partus selesai dan berakhir setelah lebih kurang 6 minggu, akan tetapi seluruh alat genitalia kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Pusdiknakes, 2008).

Merupakan masa kritis (Ibu dan Bayi) 60 % AKI akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50 % kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam post partum, masa Neonatus yakni masa kritis bagi kehidupan bayi, 2/3 kematian bayi terjadi dlm 4 minggu kehidupan pertama dan 60 % kematian BBL terjadi 7 hari setelah lahir. dengan pemantauan melekat serta asuhan pada ibu dan bayi masa nifas dapat mencegah beberapa kematian ini (Henderson, 2005).

### **6.2 TujuanAsuhanMasaNifas**

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun mental.
2. Melaksanakan screening yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk apabila terjadi komplikasi baik pada ibu maupun bayi.

3. Memberikan pendidikan kesehatan, perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat.
4. Memberikan pelayanan KB (Sarwono, 2002).

### **6.2.1 Peran Dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas**

Sebagai pelaksana bidan mempunyai tugas mandiri :

1. Memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan kebutuhan ibu nifas berdasarkan kewenangannya
2. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap Asuhan kebidanan yang diberikan
3. Melakukan bimbingan dan penyuluhan praperkawinan.
4. Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal dan komplikasi kehamilan.
5. memberikan perawatan prenatal atau sebelum persalinan, memeriksa kondisi fisik ibu selama masa kehamilan, saat persalinan dan setelah melahirkan, mendampingi ibu dan menangani secara langsung persalinan per vaginal, mengidentifikasi kemungkinan terjadinya komplikasi dari persalinan dan menolong persalinan normal
6. Mendokumentasikan hasil asuhan yang telah diberikan (Saleha, 2009).

Sebagai Tugas Kolaborasi Bidan Mempunyai tugas yaitu ;

1. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
2. Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi (Bahiyatun. 2009).

Sebagai Tugas Rujukan yaitu :

Bidan adalah merupakan suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal ke fasilitas yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi (Ambarwati, 2008).

### **6.2.2 Tahapan Masa Nifas**

1. Immediate Puerperium : keadaan yang terjadi segera setelah persalinaan sampai 24 jam sesudah persalinan.
2. Early Puerperium : Keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium, 1 – 7 hari postpartum yaitu masa dimana involusi uterus harus dipastikan dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat nutrisi dan cairan, ibu dapat menyusui dengan baik
3. Late Puerperium : Masa 1 minggu post partum sampai 6 minggu Post Partum, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna seluruh alat kandungan ibu apabila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Anggraini, Yetti. 2010).

Tahapan Masa Nifas yang perlu diperhatikan dalam pemberian asuhan kebidanan adalah :

1. Puerperium Dini : Kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan. dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari
2. Puerperium intermedial : Kepulihan menyeluruh dari alat genitalia dan kandungan ibu dan berlangsung (6 – 8 Minggu)
3. Remote Puerperium: Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sempurnanya seluruh alat kandungan bila selama hamil

dan waktu persalinan memiliki komplikasi. Waktu yang diperlukan bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun (Vivian dan Sunarsih Tri. 2011)



**Gambar 6.1.** Proses Bounding  
(Sumber : koleksi pribadi)

## **6.2 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas**

Kunjungan Pertama Nifas (Kf 1 : 6 -8 Jam Post Partum)

### **6.2.1 Mencegah Perdarahan karena atonia uteri**

1. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memonitor kekuatan uterus dalam berkontraksi, memonitor tanda-tanda vital ibu.
2. Merujuk jika perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga tentang cara mencegah perdarahan karena atonia uteri dengan memberikan pijatan ringan atau message pada area abdomen dekat fundus uteri
3. Pemberian ASI awal, setelah dilaksanakannya Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

4. Melakukan hubungan erat (*Bounding Attacmet*) antara ibu dan Bayi Baru Lahir (BBL)
  5. Menjaga bayi agar tetap sehat dan hangat dengan mencegah hipotermi dengan mengganti bedung yang basah.
  6. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus selalu dekat dan dapat memantau ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah melahirkan sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
  7. Memastikan ibu telah cukup makan yang bergizi, cukup cairan dan cukup istirahat dan tidur untuk pemulihan kondisi fisik dan mental ibu pasca bersalin.
- Pusdiknakes (2008),

Kunjungan Nifas Ke Dua (Kf 2 : Hari Ke 6 – 28 Hari Post Partum):

1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik dan kuat, fundus dibawah umbilikus pertengahan pusat dan sympisis dan tidak ada pengeluaran perdarahan abnormal, pengeluaran lochea Sanguilenta bewarna kuning kecoklatan (Rukiyah,dkk. 2011).
2. Menilai adanya tanda demam, infeksi atau adanya pengeluaran perdarahan abnormal yang berbau.
3. Memastikan ibu telah cukup makan makanan yang bergizi, cukup cairan dan cukup istirahat dan tidur.  
Memastikan ibu telah menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit seperti payudara bengkak dan merah, putting susu yang lecet terjadi bendungan ASI, dll (Pusdiknakes, 2008).
4. Memberikan konseling pada ibu tentang pemberian asuhan pada bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari sesuai dengan kebutuhan bayi baru lahir.



5. Mulainya dilakukan Konseling tentang perencanaan Keluarga Berencana (KB) dan pemilihan alat kontrasepsi lainnya pada ibu dan suami.(Suherni. 2007).
6. Mengajarkan ibu untuk melakukan senam nifas mulai dari gerakan latihan yang ringan sampai gerakan yang mampu ibu lakukan. (Pusdiknakes, 2008).



**Gambar 6.2.** Pencegahan Hipotermi  
(Sumber : koleksi pribadi)

#### KUNJUNGAN NIFAS KE TIGA (KF 3 : HARI Ke -29 – 42 HARI POST PARTUM) :

1. Melakukan *follow up* kembali terhadap penentuan pemilihan alat kontrasepsi dan menyediakan metode dan alat – alat kontrasepsi sesuai hasil kesepakatan pilihan ibu dan suami (Suherni. 2007)
2. Menganjurkan ibu agar tetap melaksanakan senam nifas untuk memperkuat otot-otot abdomen dan panggul.
3. Mengevaluasi keterampilan merawat, membesarkan dan menstimulasi perkembangan bayi dari waktu ke waktu.
4. Melaksanakan konseling pada ibu tentang persiapan bagaimana permulaan untuk melakukan hubungan seksual

Menganjurkan ibu untuk rencana *check up* bayi serta pelaksanaan imunisasi dan penimbangan tiap bulan di posyandu. (Pusdiknakes, 2008).



**Gambar 6.3.** Keterampilan ibu dan Stimulasi Bayi  
(Sumber : koleksi pribadi)



## DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati. 2008. Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Mitra Cendikia.
- Anggraini, Yetti. 2010. Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Bahiyatun. 2009. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas Normal. Jakarta: EGC.
- Henderson, Christine. 2005. Buku Ajar Konsep Kebidanan. Jakarta: EGC.
- Nanny Lia Dewi, Vivian dan Sunarsih Tri. 2011. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas. Jakarta: Salemba Medika.
- Pusdiknakes. 2008. Asuhan Kebidanan pada ibu Post Partum.
- Rukiyah,dkk. 2011. Asuhan Kebidanan Nifas. Jakarta: Trans Info Media Jakarta.
- Saleha. 2009. Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Jakarta: Salemba Medika.
- Suherni. 2007. Perawatan Masa Nifas. Yogyakarta: Fitramaya.
- Suherni. 2007. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas. Yogyakarta: Andi.

# **BAB 7**

## **ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS**

*Oleh Ardiana Batubara*

### **7.1 Pendahuluan**

Pengetahuan dasar tentang adaptasi dan fisiologi bayi baru lahir sangat penting sebagai dasar asuhan selanjutnya. Pemahaman yang menyeluruh tentang fungsi normal tubuh bayi sangat membantu bidan dalam merawat bayi baru lahir agar tetap sehat. Keterampilan terakhir yang diharapkan setelah topik ini adalah siswa mampu menjelaskan adaptasi bayi baru lahir.

Bab ini mencakup 3 topik yang akan dibahas dalam bab ini, yaitu: 1) adaptasi pada bayi baru lahir, 2) pencegahan infeksi, 3) rawat gabung.

Guna membantu proses belajar mandiri saudara, materi dalam bab ini dikemas dalam 4 (empat) topik, yaitu :

1. Topik1 : Konsep adaptasi neonatus
2. Topik2 : Konsep Dasar pencegahan infeksi pada neonatus.
3. Topik3 : Konsep dasar rawat gabung

Apa artinya belajar merawat bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah? Bayangkan apa yang akan Anda lakukan. Tentu sangat sulit untuk membicarakan hal-hal seperti masalah penyesuaian bayi baru lahir, apalagi masalah lain yang membutuhkan waktu, dan sifat persalinan bisa sangat sulit dipahami orang lain. Adaptasi baru lahir mendeskripsikan objek secara lengkap dan ringkas. Bidan memiliki kemampuan untuk mengawasi adaptasi bayi baru lahir dan dengan demikian dapat

diterapkan dalam perawatan bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah.

## **7.2 Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir**

Secara etimologi, adaptasi neonatus merupakan pengertian dasar adaptasi dan fisiologi neonatus dan sangat penting sebagai dasar perawatan bayi. Selain itu, pemahaman yang menyeluruh tentang fungsi normal tubuh bayi sangat membantu bidan dalam merawat bayi baru lahir agar tetap sehat. Selanjutnya, saya ingin Anda mempelajari lebih lanjut tentang deskripsi bahan ajar untuk bayi baru lahir.

### **7.2.1 Pengertian Adaptasi Bayi Baru Lahir**

1. Adalah periode adaptasi terhadap kehidupan keluar rahim
2. Periode ini dapat berlangsung hingga satu bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem tubuh bayi
3. Perubahan paling nyata dan tercepat terjadi pada sistem pernapasan dan peredaran darah, kemampuan mengatur suhu tubuh, dan kemampuan menyerap dan menggunakan glukosa.

### **7.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kehidupan di Luar Uterus**

Faktor-Faktor yang mempengaruhi adaptasi bayi baru lahir:

1. Riwayat antepartum ibu dan bayi baru lahir misalnya terpapar zat toksik, sikap ibu terhadap kehamilannya dan pengalaman pengasuhan bayi.
2. Riwayat intrapartum ibu dan bayi baru lahir, misalnya lama persalinan, tipe analgesik atau anastesi intrapartum
3. Kapasitas fisiologis bayi baru lahir untuk melakukan transisi dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin. Kemampuan petugas kesehatan dalam mengkaji dan merespon masalah dengan tepat pada saat terjadi.

### 7.2.3 Perubahan Sistem Pernafasan

1. Perkembangan Paru
  - a. Paru berasal dari benih yang tumbuh di rahim, yg bercabang-cabang dan beranting menjadi struktur pohon bronkus.
  - b. Proses ini berlanjut dari kelahiran hingga sekitar usia 8 tahun ketika jumlah bronkiol dan alveol sepenuhnya berkembang, walaupun janin memperlihatkan gerakan pernapasan pada trimester II dan III.  
Ketidakmatangan paru terutama akan mengurangi peluang kelangsungan hidup bayi baru lahir sebelum usia 24 minggu. Keadaan ini karena keterbatasan permukaan alveol, ketidakmatangan sistem kapiler paru dan tidak mencukupinya jumlah surfaktan
2. Awal Timbulnya Pernafasan  
Dua faktor yang berperan pada rangsangan napas pertama bayi :
  - a. Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernapasan di otak.
  - b. Tekanan dalam dada,yang terjadi melalui pengempisan paru selama persalinan, merangsang masuknya udara ke dalam paru secara mekanik.  
Interaksi antara sistem pernapasan, kardiovaskuler, dan susunan saraf pusat menimbulkan pernapasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan. Jadi sistem-sistem harus berfungsi secara normal.

#### **7.2.4 Perubahan Sistem Sirkulasi**

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk menyelenggarakan sirkulasi terbaik mendukung kehidupan luar rahim, harus terjadi :

1. Penutupan Foramen ovale jantung
2. Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta.

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah

1. Saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun
2. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan yang mengurangi volume dan tekanannya.

Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru utk menjalani proses oksigenasi ulang.

1. Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan .
2. Oksigen pada nafas pertama menghasilkan relaksasi dan pembukaan pembuluh darah paru (penurunan resistensi pembuluh darah paru). Ini meningkatkan aliran darah ke paru-paru dan meningkatkan volume darah di atrium kanan. Ketika tekanan atrium kanan meningkat dan tekanan atrium kiri menurun, foramen ovale secara fungsional menutup. Pernapasan meningkatkan kandungan oksigen dalam darah, menyebabkan duktus arteriosus menyempit dan menutup.
3. Vena umbilikus, duktus arteriosus dan arteri hipogastrika tali pusat menutup secara fungsi dalam beberapa menit setelah lahir dan tali pusat diklem.

4. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung dalam 2-3 bulan.

### **7.2.5 Sistem Thermoregulasi**

Bayi baru lahir masih belum matang dalam termoregulasi, sehingga mereka merasa tertekan oleh perubahan lingkungan. Lingkungan menjadi lebih sejuk begitu bayi memasuki ruang bersalin. Dingin menyebabkan cairan ketuban menguap dari kulit, mendinginkan darah bayi.

Pada lingkungan dingin, pembentukan suhu tubuh terjadi tanpa mekanisme menggigil. Ini adalah cara utama bayi yang kedinginan mendapatkan suhu tubuh. Pembangkitan suhu tanpa mekanisme dithering menggunakan lemak coklat untuk menghasilkan panas.

Lemak coklat yang disimpan dengan cepat habis oleh stres dingin. Semakin lama kehamilan Anda berlangsung, semakin banyak lemak coklat yang disimpan bayi Anda. Hipoglikemia, hipoksia, dan asidosis terjadi pada bayi yang kedinginan. Mencegah kehilangan panas adalah prioritas utama dan bidan harus meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir.

### **7.2.6 Sistem Gastro Intestinal**

Sebelum lahir janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflek gumoh dan batuk yang matang sudah mulai terbentuk dengan baik pada saat lahir.

Bayi yang sudah dewasa memiliki kemampuan yang terbatas untuk menelan dan menelan makanan, dan hubungan antara esofagus bagian bawah dan lambung tidak lengkap, membuat muntah menjadi lebih mudah, terutama pada bayi baru lahir dan bayi. Bayi cukup bulan dibatasi hingga kurang dari 30cc kapasitas lambung. Kapasitas perut meningkat seiring bertambahnya usia. Usus bayi masih belum matang dan tidak bisa melindungi diri dari zat berbahaya. Bayi baru lahir berisiko lebih



tinggi mengalami diare karena usus besar mereka kurang mampu menyimpan air dibandingkan orang dewasa.

### **7.2.7 Perubahan Sistem Imunologi**

1. Sistem imunitas bayi baru lahir, masih belum matang sehingga rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi.
2. Sistem imunitas yang matang menyebabkan kekebalan alami dan buatan. Kekebalan alami terdiri dari struktur tubuh yang mencegah dan meminimalkan infeksi
3. Beberapa contoh kekebalan alami :
  - a. Perlindungan oleh kulit membran mukosa
  - b. Fungsi saringan saluran napas
  - c. Pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus
  - d. Perlindungan kimia oleh asam lambung.
4. Kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel darah yang membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing.
5. Tetapi sel darah masih belum matang sehingga bayi belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Kekebalan akan muncul kemudian
6. Reaksi bayi terhadap antigen asing masih belum bisa dilakukan sampai awal kehidupan
7. Tugas utama bayi dan anak-anak awal membentuk kekebalan.
8. Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi
9. Reaksi bayi baru lahir terhadap infeksi masih sangat lemah dan tidak memadai. Pencegahan pajanan mikroba seperti praktik persalinan aman, menyusui ASI dini dan pengenalan serta pengobatan dini infeksi menjadi sangat penting.

### **7.2.8 Perubahan Sistem Ginjal**

Ginjal sangat penting selama masa janin, tetapi kapasitasnya kecil sampai setelah lahir. Urine bayi berbentuk cair, kekuningan, dan tidak berbau. Warna coklat bisa disebabkan oleh lendir bebas di selaput lendir, dan udara asam menghilang saat bayi banyak minum. Asam urat bisa membuat urin berwarna merah muda, tapi ini tidak kritis. Laju filtrasi glomerulus rendah dan reabsorpsi tubular terbatas. Bayi tidak dapat cukup mengencerkan urinnya dengan cairan, juga tidak dapat memprediksi konsentrasi zat terlarut tinggi dan rendah dalam darahnya. Urin dikeluarkan dengan mengosongkan kandung kemih secara refleks. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam setelah lahir, dengan frekuensi yang meningkat dan kandungan air yang tinggi.

## **7.3 Konsep Dasar Pencegahan Infeksi Pada Neonatus**

### **7.3.1 Pengertian Pencegahan Infeksi**

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi, jadi pencegahan harus menjadi pengobatan lini pertama. Pastikan pengasuh mengambil tindakan pencegahan untuk mencegah infeksi saat menangani bayi baru lahir.

### **7.3.2 Prinsip Umum Pencegahan Infeksi**

Dengan mengamati praktik pencegahan infeksi dibawah akan melindungi bayi, ibu dan pemberi perawatan Kesehatan dari infeksi. Hal itu juga akan membantu mencegah penyebaran infeksi :

1. Berikan perawatan rutin kepada bayi baru lahir
2. Pertimbangkan setiap orang (termasuk bayi dan staf) berpotensi menularkan infeksi
3. Cuci tangan atau gunakan pembersih tangan
4. Pakai pakaian pelindung dan sarung tangan
5. Gunakan Teknik aseptik

6. Pegang instrument tajam dengan hati-hati dan bersihkan dan jika perlu sterilkan atau desinfeksi instrument dan peralatan
7. Bersihkan unit perawatan khusus bayi baru lahir secara rutin dan buang sampah
8. Pisahkan bayi yang menderita infeksi untuk mencegah nosocomial

### **7.3.3 Tindakan Umum Pencegahan Infeksi**

Tindakan pencegahan pada bayi baru lahir, adalah sebagai berikut :

1. Mencuci tangan secara seksama sebelum dan setelah melakukan kontak dengan bayi
2. Memakai Sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan
3. Memastikan semua peralatan, termasuk klem gunting dan benang tai pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril. Jika menggunakan bola karet penghisap, pakai yang bersih dan baru. Jangan pernah menggunakan bola karet penghisap untuk lebih dari satu bayi.
4. Memastikan bahwa semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan untuk bayi, telah dalam keadaan bersih.
5. Memastikan bahwa timbangan, pita pengukur, thermometer, stetoskop, dan benda-benda lainnya yang akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan bersih ( Dekontaminasi dan cuci setiap kali setelah digunakan)
6. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri, terutama payudaranya dengan mandi setiap hari ( Putting susu tidak boleh disabun)
7. Membersihkan muka, pantat dan tali pusat bayi baru lahir dengan air bersih, hangat dan sabun setiap hari

8. Menjaga bayi dari orang-orang yang menderita infeksi dan memastikan orang yang memegang bayi sudah cuci tangan sebelumnya.

#### **7.3.4 Jenis-Jenis Pencegahan Infeksi Pada Neonatus**

1. Pencegahan Infeksi Tali Pusat

Tindakan ini dicapai melalui perawatan tali pusat. Ini berarti menjaga kebersihan luka dan tidak memaparkannya ke urin, feses bayi, atau tanah. Popok bayi digunakan di bawah tali pusat. Jika tali pusat kotor, cuci luka tali pusat dengan air bersih mengalir dan sabun, segera keringkan dengan kain kasa kering, dan bungkus dengan lapisan tipis kain kasa kering steril. Dilarang menggosok atau mengoleskan jamu, abu dapur, dll. pada luka tali pusat karena dapat menyebabkan infeksi dan tetanus, yang dapat menyebabkan kematian bayi baru lahir. Tanda-tanda infeksi tali pusat antara lain kulit merah berisi nanah di sekitar tali pusat dan bau busuk. Periksa tali pusat dan segera laporkan jika ada pendarahan, pembengkakan, kebocoran, kemerahan, atau bau yang tidak biasa pada tali pusat ke dokter.

2. Pencegahan Infeksi Pada Kulit

Beberapa cara yang diketahui untuk mencegah infeksi kulit dan infeksi lain pada bayi baru lahir adalah dengan meletakkan bayi di dada ibu dengan kontak kulit langsung antara ibu dan bayi. Mikroba dapat terkolonisasi dari ibu dan terinfeksi. Tidak adanya patogenitas dan adanya antibodi bayi yang diproduksi dan ada dalam ASI.

3. Pencegahan Infeksi pada Bayi Baru Lahir

Cara pencegahan infeksi mata pada bayi baru lahir adalah dengan merawat mata bayi baru lahir dengan terlebih dahulu mencuci tangan kemudian membersihkan mata bayi dengan sapu tangan bersih yang lembut yang dibasuh

kapas atau air hangat segera setelah lahir. Beri bayi obat tetes/salep (tetrasiklin 1%, eritromisin atau nitrason 0,5%, argenti 1%) untuk mencegah ophthalmia neonatal dalam waktu 1 jam setelah lahir dan tinggalkan obat di mata bayi, bersihkan, hindari area sekitar mata. . Cuci tangan Anda lagi setelah merawat mata bayi Anda. Pemberian salep mata yang tertunda, misalnya, ketika salep mata diberikan kepada bayi baru lahir dalam satu jam pertama kehidupan, merupakan penyebab utama kegagalan dalam upaya pencegahan infeksi mata neonatal.

#### 4. Imunisasi

Bayi harus divaksinasi BCG segera setelah lahir di daerah di mana risiko infeksi tuberkulosis tinggi. Dosis pertama Poliodrops direkomendasikan untuk bayi segera setelah lahir atau usia 2 minggu. Tujuan vaksinasi polio dini adalah untuk meningkatkan pencegahan dini. Vaksinasi hepatitis B yang sudah menjadi program nasional dilaksanakan secara bertahap. Vaksinasi hepatitis B dianjurkan untuk bayi segera setelah lahir jika risikonya tinggi.

## 7.4 Konsep Dasar Rawat Gabung

### 7.4.1 Pengertian Rawat Gabung

1. *Room-in* adalah sistem dimana ibu dan anak berbagi pengasuhan anak di area yang berdekatan sehingga ibu dapat menyusui anaknya kapan saja, di mana saja.
2. *Room-in* adalah metode pengasuhan anak di mana ibu dan bayi baru lahir disimpan bersama di kamar, kamar, atau lokasi yang sama selama 24 jam tanpa dipisahkan. Ini adalah saat yang tepat bagi ibu dan bayi untuk berinteraksi, memberikan kesempatan keduanya untuk menyusui.

### **7.4.2 Jenis Rawat Gabung**

Jenis Rawat Gabung adalah :

1. Rawat gabung continue : Bayi tetap berada disamping ibu selama 24 jam
2. Rawat gabung parsial : Ibu dan bayi bersama-sama hanya dalam beberapa jam seharinya  
Misalnya pagi bersama ibu sementara malam hari di kamar bayi

### **7.4.3 Tujuan Rawat Gabung**

1. Memberikan bantuan emosional :
  - a. Ibu dapat memberikan kasih sayang sepenuhnya pada bayi
  - b. Memberikan kesempatan pada ibu dan keluarga untuk mendapatkan pengalaman dalam merawat bayi
2. Penggunaan Asi :
  - a. Agar bayi dapat sesegera mungkin mendapat colostrum/Asi
  - b. Produksi ASI akan semakin banyak jika diberikan sesering mungkin.
3. Pencegahan Infeksi
  - a. Mencegah terjadinya infeksi silang
4. Pendidikan Kesehatan
  - a. Dapat dimanfaatkan untuk pendidikan kesehatan pada ibu
5. Memberikan stimulasi mental dini tumbuh kembang pada bayi

#### 7.4.4 Manfaat rawat Gabung

##### 1. Bagi ibu

###### a. Aspek Psikologi

- 1) Antara ibu dan bayi akan segera terjalin proses lekat (*early infant mother bonding*) dan lebih akrab akibat sentuhan badan antara ibu dan bayi
- 2) Dapat memberikan kesempatan pada ibu untuk belajar merawat bayinya.
- 3) Memberdayakan ibu untuk merawat bayinya dengan percaya diri. Seorang ibu dapat menyusui kapan pun bayinya membutuhkannya dan merasa puas karena dapat berfungsi dengan baik sebagai ibu dan memenuhi kebutuhan bayinya. Sang ibu juga merasa sangat dibutuhkan oleh bayinya sehingga tidak ada orang lain yang bisa menggantikannya. Ini mempromosikan produksi susu

###### b. Aspek Fisik

- 1) Involusi uteri akan terjadi dengan baik karena dengan menyusui akan terjadi kontraksi rahim yang baik
- 2) Ibu dapat merawat sendiri bayinya sehingga dapat mempercepat mobilisasi.

##### 2. Bagi Bayi

###### a. Aspek Psikologis

- 1) Kontak fisik antara ibu dan bayi lebih jauh mempengaruhi perkembangan psikologis bayi, karena suhu tubuh ibu merupakan rangsangan mental yang sangat dibutuhkan oleh bayi.
- 2) Bayi merasa aman dan terlindungi dan ini adalah dasar untuk membangun rasa percaya diri.

- b. Aspek Fisik
  - 1) Bayi segera mendapatkan colostrum atau ASI jolong yang dapat memberikan kekebalan/antibody
  - 2) Bayi segera mendapatkan makanan sesuai pertumbuhannya
  - 3) Kemungkinan terjadi infeksi nosokomial kecil
  - 4) Bahaya aspirasi akibat susu botol dapat berkurang
  - 5) Penyakit sariawan pada bayi dapat dihindari/dikurangi
  - 6) Alergi terhadap susu buatan berkurang
- 3. Bagi Keluarga
  - a. Aspek Psikologi  
Rawat gabung memberikan peluang bagi keluarga untuk memberikan support pada ibu untuk memberi ASI pada bayi
  - b. Aspek Ekonomi  
Lama perawatan lebih pendek karena ibu cepat pulih kembali dan bayi tidak menjadi sakit sehingga biaya perawatan sedikit
- 4. Bagi petugas
  - a. Aspek Psikologis  
Bayi jarang menangis sehingga petugas di ruang perawatan tenang dan dapat melakukan pekerjaan lainnya.
  - b. Aspek Fisik  
Pekerjaan petugas akan berkurang karena sebagian besar tugasnya diambil oleh ibu dan tidak perlu repot menyediakan dan memberikan susu buatan



### **7.4.5 Sasaran dan Syarat Rawat Gabung**

Sasaran dan syarat rawat gabung :

1. Bayi lahir spontan, baik presentasi kepala atau bokong
2. Jika lahir dengan tindakan maka rawat gabung dapat dilakukan setelah bayi cukup sehat,reflek hisap baik dan tidak ada tanda infeksi
3. Bayi yang lahir dengan anastesi umum,rawat gabung dilakukan setelah ibu dan bayi sadar penuh (bayi tidak ngantuk)
4. Bayi tidak asfiksia 5 menit pertama ( Nilai Apgar minimal 7)
5. Umur kehamilan 37 minggu atau lebih
6. Berat badan 2000-2500 gram atau lebih
7. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi intra partum
8. Bayi dan ibu sehat

### **7.4.6 Syarat Rawat gabung Ideal**

1. Bayi  
Ranjang bayi tersendiri yang mudah terjangkau dan dilihat oleh ibu.  
Bagi yang memerlukan tersedia rak bayi  
Ukuran tempat tidur anak 40 x 60 cm
2. Ibu  
Ukuran tempat tidur 90 x 200 cm, tinggi 90 cm
3. Ruang  
Ukuran ruang 1 tempat tidur 1,5 x 3m  
Ruang dekat dengan petugas (bagi yang masih memerlukan perawatan)
4. Sarana
  - a. Lemari Pakaian
  - b. Tempat mandi bayi dan perlengkapannya
  - c. Tempat cuci tangan ibu
  - d. Setiap kamar mempunyai kamar mandi ibu sendiri

- e. Ada sarana penghubung petunjuk/sarana perawatan payudara, bayi dan nifas, pemberian makanan bayi dengan bahasa yang sederhana
  - f. Perlengkapan perawatan bayi
5. Petugas
- a. Rasio petugas dengan pasien 1 : 6
  - b. Mempunyai kemampuan dan keterampilan dalam rawat gabung

#### **7.4.7 Kontra Indikasi Rawat Gabung**

Rawat gabung tidak dianjurkan pada keadaan :

1. Ibu dengan penyakit jantung derajat III
2. Ibu pasca eklamsi
3. Ibu dengan penyakit infeksi akut (TBC, Hepatitis, Terinfeksi HIV, Cytomegalovirus, Herpes Simplek, Karsinoma Payudara)
4. Bayi Kejang
5. Bayi sakit berat pada jantung
6. Bayi yang memerlukan pengawasan intensif
7. Bayi dengan cacat bawaan sehingga tidak bisa menyusui

#### **7.4.8 Keuntungan Kerugian Rawat gabung**

1. Keuntungan
  - a. Menggalakkan penggunaan Asi
  - b. Kontak emosi ibu dan bayi lebih dini dan lebih erat
  - c. Ibu segera dapat melaporkan keadaan-keadaan bayi yang aneh
  - d. Ibu dapat belajar merawat bayi
  - e. Mengurangi Ketergantungan ibu pada bidan
  - f. Membangkitkan kepercayaan diri yang lebih besar dalam merawat bayi
  - g. Berkurangnya infeksi silang

- h. Mengurangi beban perawatan terutama dalam pengawasan
2. Kerugian
- a. Ibu Kurang Istirahat
  - b. Dapat terjadi kesalahan dalam pemberian makanan karena pengaruh orang lain
  - c. Bayi bisa mendapatkan infeksi dari pengunjung
  - d. Pada pelaksanaan ada hambatan teknis/fasilitas

#### **7.4.9 Model Pengaturan Ruang Rawat Gabung**

Model pengaturan ruangan rawat gabung adalah :

1. Satu kamar dengan satu ibu dan anaknya sampai lima orang ibu dalam 1 kamar dengan bayi pada kamar lain bersebelahan dan bayi dapat diambil tanpa ibu harus meninggalkan tempat tidurnya.
2. Beberapa ibu dalam 1 kamar dan bayi dipisahkan dalam 1 ruangan yang kedap udara
3. Model dimana ibu dan bayi tidur di atas tempat tidur yang sama
4. Bayi ditempat tidur yang letaknya di samping ibu

## DAFTAR PUSTAKA

- Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatus Emergensi Dasar.  
Jakarta: Depkes RI.2007.
- Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial, Direktorat Jendral  
Bina Gizi Dan Anak. Jakarta: Kemenkes. RI.2012
- Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan  
Rujukan. Jakarta:Kemenkes RI. 2013
- Marmi, Rahardjo K. 2012, Asuhan neonatus, bayi balita dan  
anak prasekolah. Yogyakarta:Pustaka Pelajar
- Muslihatun, WN, dkk. 2011. Dokumentasi Kebidanan.  
Yogyakarta: Fitramaya Wildan
- M. Hidayat, A. 2011. Dokumentasi Kebidanan. Jakarta:  
Salemba Medika



# **BAB 8**

## **ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI**

*Oleh Maria Conchita Leyla Centis*

### **8.1 Definisi Bayi**

Bayi adalah anak yang berusia 0-12 bulan. Pada masa kanak-kanak, pertumbuhan dan perkembangan terjadi sangat cepat. Kebutuhan nutrisi bayi sangat penting karena kondisi bayi mencerminkan kondisi masa depan. Setiap bayi melewati fase pertumbuhan dan perkembangan sepanjang hidupnya. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses yang berkesinambungan, terus menerus dan pertumbuhan merupakan bagian dari proses perkembangan.

### **8.2 Kebutuhan Dasar Bayi**

#### **8.2.1 Asuh**

Kebutuhan ASUH adalah kebutuhan dasar yang mendukung pertumbuhan otak dan pertumbuhan jaringan dalam tubuh, seperti kebutuhan sandang, pangan, papan, kebersihan diri, vaksinasi dan istirahat (Kusparlina, 2020).

1. Stimulasi
  - a. Stimulasi visual: Bayi membutuhkan rangsangan visual untuk mengembangkan penglihatan mereka. Berikan mainan berwarna-warni, gambar, dan objek menarik di dekat mereka.
  - b. Stimulasi auditori: Bicaralah kepada bayi dengan suara yang lembut, bernyanyi, atau memainkan musik yang tenang. Ini membantu dalam perkembangan pendengaran mereka.

- c. Stimulasi fisik: Berikan kesempatan bagi bayi untuk bergerak, merangkak, atau bermain di lingkungan yang aman. Ini membantu perkembangan motorik mereka.

## 2. Nutrisi

- a. Air susu ibu (ASI): ASI adalah sumber nutrisi terbaik untuk bayi. ASI menyediakan semua nutrisi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan optimal. Jika ASI tidak tersedia, konsultasikan dengan dokter untuk memilih susu formula yang tepat.
- b. Pemberian makan yang tepat: Pada usia sekitar 6 bulan, bayi mulai membutuhkan makanan pendamping ASI (MPASI) untuk memenuhi kebutuhan nutrisi tambahan. Pilih makanan yang tepat untuk tahap perkembangan mereka dan perkenalkan secara bertahap.

## 3. Kesehatan dan Imunisasi

- a. Imunisasi: Penting untuk menjadwalkan imunisasi bayi sesuai jadwal yang ditentukan oleh dokter. Imunisasi membantu melindungi bayi dari penyakit menular.
- b. Perawatan kesehatan yang tepat: Rajinlah membawa bayi Anda ke dokter untuk pemeriksaan rutin dan mengikuti pedoman kesehatan yang direkomendasikan. Jika ada kekhawatiran tentang kesehatan bayi, segera berkonsultasi dengan dokter.

## 4. Perawatan dan Kebersihan

- a. Membersihkan bayi: Mandikan bayi secara teratur dengan air hangat dan menggunakan produk yang aman dan sesuai untuk kulit bayi.
- b. Ganti popok: Ganti popok bayi secara teratur untuk menjaga kebersihan dan mencegah ruam popok.
- c. Tidur yang cukup: Pastikan bayi mendapatkan tidur yang cukup sesuai dengan kebutuhan mereka. Tidur

yang baik penting untuk pertumbuhan dan perkembangan yang sehat.

### **8.2.2 Asih**

Kebutuhan ASIH adalah kebutuhan yang berkaitan dengan psikologis bayi meliputi kasih sayang, rasa nyaman, diperahatkan dan lain sebagainya(Oktaviani.J, 2018).

#### **1. Kasih Sayang dan Perhatian**

Ciuman, pelukan, belaian, dan bicara lembut sangat penting bagi bayi. Ini membantu bayi merasa dicintai, dihargai, dan terhubung secara emosional dengan orang dewasa di sekitarnya.

#### **2. Perasaan Dicintai**

Bayi perlu merasakan kasih sayang dan cinta dari orang tua atau pengasuh. Pemberian perhatian yang konsisten dan responsif membantu bayi merasa dicintai dan dihargai

#### **3. Responsif**

Penting bagi orang tua atau pengasuh untuk merespons kebutuhan bayi dengan cepat dan responsif. Bayi perlu merasa bahwa kebutuhan mereka akan diperhatikan dan ditanggapi dengan penuh perhatian

#### **4. Keamanan**

Bayi membutuhkan rasa aman dan nyaman. Mereka membutuhkan lingkungan yang stabil dan penuh perhatian dari orang tua atau pengasuh. Sentuhan lembut, suara yang menenangkan, dan perasaan kasih sayang membantu bayi merasa aman dan terlindungi

#### **5. Interaksi sosial**

Interaksi sosial dengan orang tua dan orang-orang di sekitarnya sangat penting bagi perkembangan bayi. Bayi belajar melalui interaksi sosial, seperti senyum, kontak mata, berbicara, dan bermain. Hal ini membantu mereka



mengembangkan keterampilan sosial dan emosional yang penting di masa depan.

### **8.2.3 Asah**

Kebutuhan ASAH berarti kebutuhan stimulasi. Stimulasi yang secara optimal dapat meningkatkan perkembangan intelektual anak. Untuk mempertajam kebutuhan yang berkaitan dengan perkembangan psikomotorik anak. Kebutuhan asah (kebutuhan stimulasi mental dini) merupakan awal dari proses pemajuan pembelajaran, pendidikan dan perkembangan anak sedini mungkin (Oktaviani.J, 2018).

#### **1. Stimulasi Sensorik**

Bayi membutuhkan rangsangan sensorik yang beragam untuk merangsang perkembangan indra mereka. Hal ini dapat dilakukan melalui sentuhan lembut, penggunaan mainan dengan berbagai tekstur, suara-suara yang menarik, warna-warni cerah, serta memberikan pengalaman sensorik yang berbeda seperti bermain dengan air atau pasir.

#### **2. Stimulasi Motorik**

Bayi perlu didorong untuk mengembangkan keterampilan motoriknya. Ini meliputi stimulasi gerakan tubuh, seperti meraih, merangkak, duduk, berdiri, dan berjalan. Memberikan kesempatan bagi bayi untuk bergerak bebas dalam lingkungan yang aman juga penting untuk perkembangan motorik mereka.

#### **3. Interaksi Sosial**

Bayi perlu berinteraksi dengan orang lain untuk mengembangkan keterampilan sosial dan emosional mereka. Berbicara, menyanyi, bermain, dan memberikan perhatian secara konsisten dan responsif pada bayi membantu mereka membangun ikatan sosial yang penting

#### **4. Pengembangan Bahasa**

Berbicara dengan bayi dan memperkenalkan mereka pada suara-suara dan kata-kata yang berbeda membantu dalam perkembangan bahasa mereka. Membacakan buku anak, bernyanyi, dan berbicara dengan bayi secara langsung adalah cara yang baik untuk merangsang kemampuan bahasa mereka

#### 5. Lingkungan yang Merangsang

Bayi perlu berada dalam lingkungan yang menstimulasi dan aman. Mainan yang sesuai usia, lingkungan yang bebas dari bahaya, serta memberikan kesempatan untuk mengeksplorasi dan belajar dari lingkungan sekitar mereka

## **8.3 Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi**

### **8.3.1 Pengertian Tumbuh Kembang**

Pertumbuhan adalah peningkatan ukuran dan jumlah sel dan jaringan antar sel. Pertumbuhan dapat diukur dengan mengukur berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar perut dan lingkar dada. Perkembangan adalah penambahan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks di bidang keterampilan motorik kasar, keterampilan motorik halus, bicara dan bahasa, serta sosial dan kemandirian (Soetjiningsih, 2018).

### **8.3.2 Ciri-Ciri Pertumbuhan dan Perkembangan**

Berikut ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan (Setia Nisa, 2022) :

1. Perkembangan menyebabkan perubahan, pertumbuhan dan perkembangan berjalan seiring. Semua pertumbuhan berjalan seiring dengan perkembangan
2. Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap awal menentukan apa yang terjadi kemudian. Tidak setiap anak dapat melewati tahap perkembangan sebelum melewati tahap sebelumnya
3. Pertumbuhan dan perkembangan memiliki kecepatan berbeda

4. Perkembangan berhubungan dengan pertumbuhan. Anak yang sehat, bertambah umur, bertambah berat dan tinggi badannya serta ke pandaianya. Jika pertumbuhan berlangsung cepat maka perkembangannya pun demikian terjadi peningkatan baik memori, daya nalar dan lain-lain.
5. Perkembangan mempunyai pola yang konstan
6. Perkembangan memiliki memiliki tahap yang berurutan

### **8.3.3 Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan**

Pada masa bayi, pertumbuhan dan perkembangan terjadi secara cepat. Umur 5 bulan berat badan anak 2x berat badan lahir dan umur 1 tahun sudah 3x berat badan lahir. Sedangkan untuk panjang badan pada 1 tahun sudah sudah satu setengah kali panjang badan saat lahir. Pertambahan lingkaran kepala juga pesat. Pada 6 bulan pertama, pertumbuhan lingkaran kepala sudah 50%. Oleh karena itu perlu pemberian gizi yang baik yaitu dengan memperhatikan prinsip menu seimbang. Sedangkan untuk tahap perkembangan dapat diuraikan (Direktorat Kesehatan Departemen Kesehatan Keluarga, 2016):

1. Bayi usia 0-3 bulan
  - a. Perkembangan fisik
    - 1) Pertumbuhan cepat: Bayi biasanya akan mengalami peningkatan berat badan dan pertumbuhan panjang yang cepat dalam beberapa bulan pertama.
    - 2) Pengembangan otot: Mereka mulai menguatkan otot-otot leher dan punggung mereka, memungkinkan mereka untuk mengangkat kepala dan memutar badan mereka.
    - 3) Perkembangan motorik: Pada akhir periode ini, bayi biasanya mulai menggerakkan tangannya dan kaki mereka secara lebih terkoordinasi,

- menggenggam benda, dan mungkin juga mulai menggeliat.
- b. Perkembangan kognitif
    - 1) Perhatian dan respons: Bayi mulai mengembangkan kemampuan untuk memusatkan perhatian mereka pada benda-benda dan wajah-wajah yang menarik. Mereka juga mulai merespons secara lebih aktif pada suara dan gerakan di sekitar mereka.
    - 2) Perkembangan sensorik: Panca indera bayi semakin berkembang, mereka mulai merespons rangsangan visual, seperti perbedaan warna dan bentuk, serta suara-suara dan sentuhan
  - c. Perkembangan sosial dan emosional
    - 1) Ikatan dengan orang tua: Bayi mulai mengembangkan ikatan emosional yang kuat dengan orang tua atau pengasuh mereka. Mereka mulai mengenali suara dan wajah orang tua dan merasa nyaman ketika berada di dekat mereka.
    - 2) Senyum sosial: Bayi biasanya mulai merespons dengan senyuman ketika mereka melihat wajah-wajah yang akrab, seperti wajah orang tua mereka. Ini adalah tanda awal perkembangan interaksi sosial yang lebih kompleks.
  - d. Perkembangan pola tidur dan makan
    - 1) Pola tidur: Bayi pada usia ini masih tidur sebagian besar waktu, dengan periode bangun yang singkat untuk makan dan berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya.
    - 2) Pola makan: Bayi umumnya mengonsumsi susu (ASI atau susu formula) sebagai makanan utama mereka. Pada usia ini, mereka masih

membutuhkan frekuensi makan yang sering, sekitar 8-12 kali sehari.

## 2. Bayi usia 3-6 bulan

### a. Perkembangan Fisik

- 1) Kepala tegak: Bayi pada usia ini biasanya dapat mempertahankan posisi kepala yang lebih tegak dan stabil saat mereka duduk dengan dukungan atau sedang dipegang.
- 2) Kontrol tubuh yang lebih baik: Mereka mulai mengembangkan kemampuan untuk mengendalikan gerakan tubuh mereka, memutar badan, menggerakkan tangan dan kaki secara lebih koordinatif.
- 3) Refleks menelan: Bayi umumnya mulai mengembangkan kemampuan untuk menelan makanan dengan lebih baik, sehingga mereka siap untuk memperkenalkan makanan padat pada usia sekitar 6 bulan

### b. Perkembangan Kognitif

- 1) Keterlibatan sosial: Bayi mulai menunjukkan minat yang lebih besar dalam berinteraksi dengan orang lain, seperti tersenyum, mengoceh, dan meniru ekspresi wajah orang lain.
- 2) Pengenalan objek: Mereka mulai mengembangkan kemampuan untuk mengenali objek di sekitar mereka dan dapat terlibat dalam permainan seperti mencoba menggenggam mainan

### c. Perkembangan Sosial dan Emosional

- 1) Gembira dan ceria: Bayi pada usia ini sering menunjukkan ekspresi kegembiraan dan keceriaan, seperti tertawa dan mengoceh dengan

- gembira saat berinteraksi dengan orang tua atau pengasuh mereka.
- 2) Perasaan nyaman: Mereka semakin nyaman berada di dekat orang tua dan mengembangkan ikatan yang lebih dalam dengan mereka. Mereka juga mulai merasakan kenyamanan dengan orang asing yang akrab
- d. Perkembangan Pola Tidur dan Makan
- 1) Pola tidur yang lebih teratur: Bayi pada usia ini cenderung memiliki pola tidur yang lebih teratur, dengan tidur yang lebih panjang di malam hari dan beberapa tidur siang.
  - 2) Pengenalan makanan padat: Pada usia sekitar 6 bulan, bayi mungkin sudah siap untuk memperkenalkan makanan padat ke dalam pola makan mereka. Biasanya dimulai dengan makanan bayi yang lembut dan mudah dicerna seperti bubur
3. Bayi usia 6-9 bulan
- a. Perkembangan Fisik
- 1) Gerakan yang lebih terkoordinasi: Bayi mulai mengembangkan keterampilan motorik yang lebih baik, seperti merangkak, berputar, duduk tanpa dukungan, atau berdiri dengan dukungan.
  - 2) Penguasaan penggunaan tangan: Mereka mulai belajar menggunakan tangan mereka dengan lebih terampil dan dapat menggenggam benda dengan jari-jari mereka.
  - 3) Pertumbuhan gigi: Pada usia ini, gigi pertama bayi dapat mulai muncul. Biasanya, gigi pertama yang tumbuh adalah gigi seri di bagian depan mulut
- b. Perkembangan Kognitif
- 1) Eksplorasi objek: Bayi mulai mengeksplorasi objek dengan lebih aktif, mengambilnya,

menjatuhkannya, dan mencoba memahami fungsinya.

- 2) Kemampuan memahami penyebab dan akibat: Mereka mulai memahami hubungan sebab-akibat sederhana, seperti mengetahui bahwa memencet tombol dapat menghasilkan suara atau gerakan pada mainan.

c. Perkembangan Sosial dan Emosional

- 1) Keterikatan pada orang tua: Bayi semakin terikat pada orang tua atau pengasuh mereka dan lebih sadar akan kehadiran mereka. Mereka menunjukkan kegembiraan dan kepuasan ketika berinteraksi dengan orang tua.
- 2) Kesadaran sosial: Bayi mulai memperhatikan reaksi orang lain dan belajar membaca ekspresi wajah dan bahasa tubuh orang lain. Mereka juga mulai meniru perilaku dan suara yang mereka lihat dan dengar.

d. Perkembangan Pola Tidur dan Makan

- 1) Pola tidur yang lebih teratur: Bayi pada usia ini biasanya memiliki pola tidur yang lebih teratur dengan tidur malam yang lebih panjang dan beberapa tidur siang.
- 2) Makanan padat: Pada usia ini, bayi biasanya sudah mulai memperkenalkan makanan padat ke dalam pola makan mereka. Mereka mungkin mulai mencoba makanan dengan tekstur yang lebih kasar dan beragam, seperti potongan-potongan makanan yang lunak

4. Bayi usia 9-12 bulan

a. Perkembangan Fisik

- 1) Kemajuan motorik: Bayi pada usia ini mungkin sudah bisa merangkak dengan lancar, berdiri

dengan bantuan, atau bahkan berjalan dengan dukungan. Beberapa bayi mungkin sudah mulai belajar berjalan sendiri.

- 2) Pengendalian motorik halus: Mereka semakin terampil dalam menggunakan tangan mereka, seperti mencubit, meraih, dan memegang benda-benda dengan jari-jari mereka.
  - 3) Kemandirian makan: Bayi pada usia ini mungkin mulai mencoba makan sendiri menggunakan jari-jari mereka dan menggunakan gelas atau sendok berlatih
- b. Perkembangan Kognitif
- 1) Permainan imitasi: Bayi mulai meniru perilaku orang dewasa, seperti menggerakkan telepon mainan ke telinga mereka atau memberi makan boneka.
  - 2) Pemahaman kata-kata sederhana: Mereka mungkin mulai memahami kata-kata sederhana seperti "tidur", "makan", atau nama anggota keluarga mereka
- c. Perkembangan Sosial dan Emosional
- 1) Keterikatan dengan orang lain: Bayi semakin mengembangkan ikatan yang kuat dengan orang tua dan anggota keluarga mereka. Mereka menunjukkan kegembiraan ketika berinteraksi dengan orang yang mereka kenal.
  - 2) Keingintahuan sosial: Mereka mulai menunjukkan minat yang lebih besar pada interaksi sosial dengan anak-anak dan orang dewasa lainnya. Mereka mungkin menunjukkan kegembiraan dan senyum saat bermain dengan orang lain



d. Perkembangan Pola Tidur dan Makan

- 1) Pola tidur yang lebih teratur: Bayi pada usia ini cenderung memiliki pola tidur yang lebih teratur, dengan tidur malam yang lebih panjang dan tidur siang yang lebih terorganisir.
- 2) Makanan padat yang lebih beragam: Bayi pada usia ini biasanya telah memperluas ragam makanan yang mereka konsumsi. Mereka mungkin mencoba makanan dengan tekstur yang lebih kasar, seperti potongan makanan dewasa yang lunak atau makanan yang dihancurkan.

### **8.3.4 Stimulasi Tumbuh Kembang**

Stimulasi adalah kegiatan yang ditujukan untuk merangsang keterampilan dasar anak usia 0-6 tahun dengan harapan tumbuh kembang anak mengikuti perkembangannya. Keluarga terutama orang tua sangat berkepentingan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak. Ketika anak-anak tidak distimulasi atau dipelihara secara memadai, gangguan atau ketidaknormalan pada perkembangan anak terjadi dan gangguan yang dirasakan dapat bertahan (Direktorat Kesehatan Departemen Kesehatan Keluarga, 2016).

Keterampilan dasar anak yang perlu didorong antara lain keterampilan motorik kasar, keterampilan motorik halus, keterampilan berbicara dan berbahasa, serta kemampuan bersosialisasi dan mandiri. Berikut beberapa prinsip dasar yang perlu diperhatikan dalam memberikan stimulasi :

1. Stimulasi didasarkan pada cinta dan kasih sayang
2. Selalu tunjukkan sikap dan perilaku yang baik karena anak meniru perilaku orang-orang di sekitarnya
3. Berikan rangsangan sesuai dengan kelompok usia balita

4. Rangsang anak dengan mengajaknya bermain, bernyanyi, berganti pakaian dan bersenang-senang tanpa paksaan dan tanpa hukuman
5. Lakukan rangsangan secara bertahap dan berkelanjutan berdasarkan usia anak, terhadap 4 aspek kemampuan dasar anak
6. Pakai alat bantu/permainan yang sederhana, aman dan ada disekitar anak
7. Berikan kesempatan yang sama pada anak laik-laki dan perempuan
8. Anak selalu diberi pujian, bila perlu diberi hadiah atas keberhasilan

Instrumen yang digunakan untuk menilai perkembangan anak adalah dengan menggunakan KPSP (Kuesioner Pra Skrining Perkembangan). Berikut stimulasi perkembangan pada bayi (Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga, 2016) :

1. Usia 0-3 bulan
  - a. Kontak fisik dan sentuhan: Memberikan sentuhan lembut dan pelukan kepada bayi Anda dapat membantu membangun ikatan emosional yang kuat. Menyentuh kulit bayi, memijat lembut, atau menggendong bayi dalam posisi yang nyaman dapat memberikan rasa keamanan dan kenyamanan.
  - b. Kontak mata: Membuat kontak mata dengan bayi Anda adalah cara efektif untuk berinteraksi dan membantu mengembangkan ikatan emosional. Cobalah untuk memperhatikan bayi saat mereka bangun dan mengoceh, dan berikan senyuman dan ekspresi wajah yang positif.
  - c. Suara dan bicara: Berbicara dengan bayi Anda secara teratur membantu mereka mengenali suara dan memperkaya perkembangan bahasa mereka. Gunakan

intonasi yang lembut, bernyanyi, dan menjelaskan apa yang Anda lakukan saat merawat mereka.

- d. Mainan dan benda-benda berwarna kontras: Bayi pada usia ini mulai mengembangkan penglihatan mereka, dan benda-benda berwarna kontras seperti mainan, buku bergambar, atau poster dengan pola-pola sederhana dapat menarik perhatian mereka. Tempatkan mainan tersebut dalam jangkauan penglihatan mereka.
- e. Gerakan dan rangsangan fisik: Memberikan bayi kesempatan untuk bergerak dan merasakan rangsangan fisik adalah penting untuk perkembangan motorik mereka. Letakkan bayi di permadani yang aman untuk bermain dan melakukan gerakan seperti memutar tubuh, mengayunkan tangan, atau mengepakkan kaki mereka.
- f. Nyanyikan lagu-lagu dan putar musik: Musik dapat memiliki efek menenangkan pada bayi dan membantu dalam perkembangan pendengaran mereka. Cobalah menyanyikan lagu-lagu anak-anak atau memutar musik dengan irama yang lembut.
- g. Perhatian dan respons: Menanggapi bayi Anda dengan penuh perhatian ketika mereka mengoceh, tersenyum, atau membuat suara lainnya adalah cara yang efektif untuk merangsang interaksi sosial dan perkembangan kognitif mereka.

## 2. Usia 3-6 bulan

- a. Mainan yang berbeda: Berikan bayi Anda berbagai macam mainan yang aman, seperti mainan berbentuk gigitan, mainan berbunyi, mainan empuk, atau mainan yang bisa digenggam. Mainan ini akan membantu bayi mengembangkan keterampilan motorik dan

mempelajari konsep seperti tekstur, suara, dan gerakan.

- b. Latihan motorik: Bantu bayi Anda mengembangkan keterampilan motoriknya dengan memberikan waktu bermain di tempat tidur atau permadani. Biarkan bayi meraih mainan, merangkak, berputar, dan bergerak bebas. Pastikan lingkungan aman dan awasi bayi selama bermain.
- c. Bicara dan bernyanyi: Lanjutkan untuk berbicara dan bernyanyi dengan bayi Anda. Perbanyak penggunaan kata-kata sederhana dan intonasi yang lembut. Bicara tentang benda-benda di sekitar atau jelaskan apa yang Anda lakukan saat merawat mereka. Bernyanyi juga membantu memperkaya pendengaran mereka dan merangsang perkembangan bahasa.
- d. Buku bergambar: Bacakan buku bergambar yang berwarna-warni dan menarik perhatian bayi. Pilih buku dengan gambar yang sederhana dan jelas untuk membantu bayi mengembangkan penglihatan dan minat mereka pada bacaan.
- e. Permainan imitasi: Ajak bayi Anda bermain permainan imitasi seperti memperagakan gerakan tangan, mengoceh dengan suara yang berbeda, atau menunjukkan ekspresi wajah yang lucu. Bayi pada usia ini sangat tertarik pada wajah dan suara manusia.
- f. Musik dan lagu: Teruslah memperkenalkan bayi Anda pada musik dan lagu. Putar musik dengan irama yang lembut dan nyanyikan lagu anak-anak. Bayi pada usia ini mulai menangkap irama dan ritme musik.
- g. Kontak fisik: Terus berikan sentuhan fisik yang lembut kepada bayi Anda. Pijat lembut bagian tubuh mereka, seperti tangan, kaki, dan punggung, untuk membantu

mereka merasa nyaman dan terhubung secara emosional.

### 3. Usia 6-9 bulan

#### a. Latihan motorik:

- 1) Bantu bayi Anda dalam belajar duduk dengan dukungan. Tempatkan bantal di sekitar mereka untuk memberikan stabilitas.
- 2) Berikan bayi Anda waktu bermain di lantai dengan mainan yang menarik di depannya. Ini akan mendorong mereka untuk merangkak atau bergerak secara mandiri.
- 3) Ajak bayi bermain balok atau gelas tumpah untuk membantu mengembangkan keterampilan meraih dan memegang benda.

#### b. Eksplorasi makanan:

- 1) Pada usia ini, bayi mungkin telah memulai makan makanan padat. Berikan makanan dengan tekstur yang lebih beragam, seperti potongan buah dan sayuran lembut atau sereal bayi yang larut dalam air.
- 2) Biarkan bayi meraba dan menjelajahi makanan mereka dengan tangan mereka sendiri. Ini membantu mengembangkan keterampilan makan dan koordinasi tangan-mulut.

#### c. Permainan imitasi:

- 1) Ajak bayi bermain permainan imitasi, seperti memperagakan bermain telepon, memainkan boneka, atau memberi makan boneka.
- 2) Gunakan ekspresi wajah dan intonasi yang berbeda saat berinteraksi dengan bayi Anda. Mereka akan meniru perilaku dan suara yang mereka lihat dan dengar.

d. Buku dan cerita:

- 1) Bacakan buku dengan gambar yang berwarna-warni dan menarik. Pilih buku dengan cerita sederhana atau cerita yang melibatkan suara-suara binatang.
- 2) Ajak bayi Anda untuk membalik halaman buku atau menyentuh gambar-gambar di dalamnya. Ini membantu dalam pengembangan penglihatan dan keterampilan motorik halus mereka.

e. Musik dan gerakan:

Putar musik dengan irama yang berbeda dan bermainlah bersama dengan bayi Anda. Biarkan mereka merasakan ritme dan melibatkan mereka dalam gerakan simpel seperti menggoyangkan tubuh atau menggerakkan tangan mereka.

f. Aktivitas fisik:

- 1) Beri waktu bayi untuk bermain di luar ruangan jika memungkinkan. Ini memungkinkan mereka untuk menjelajahi alam dan mengalami stimulasi sensorik yang berbeda.
- 2) Ajak bayi untuk berjalan-jalan menggunakan baby walker atau bermain dengan bola mainan yang mereka dapat dorong atau lempar.

4. Usia 9-12 bulan

a. Latihan motorik:

- 1) Bantu bayi Anda berlatih berjalan. Dukung mereka dengan tangan atau gunakan alat bantu seperti walker yang aman dan sesuai standar keselamatan.
- 2) Biarkan bayi bermain dengan bola, mainan dorong, atau mainan yang memperkuat keterampilan berjalan dan mengejar.

- b. Permainan sensorik:
  - 1) Berikan bayi Anda mainan dengan berbagai tekstur, seperti mainan berbulu, mainan bergerigi, atau mainan yang bergetar. Ini membantu merangsang indera sentuh mereka.
  - 2) Gunakan benda-benda sehari-hari, seperti sisir, spons, atau kain berbeda, untuk membiarkan bayi merasakan berbagai tekstur dan memperluas pengalaman sensorik mereka.
- c. Bermain dengan benda-benda:
  - 1) Biarkan bayi merasakan berbagai benda dengan tangan mereka. Berikan benda-benda yang aman, seperti gelas plastik, sendok kayu, atau bola-mainan yang memperkuat keterampilan koordinasi tangan-mata mereka.
  - 2) Bantu bayi Anda memasukkan benda ke dalam wadah atau kotak. Ini melatih keterampilan motorik halus dan pemecahan masalah.
- d. Buku dan cerita:
  - 1) Terus bacakan buku dengan gambar yang menarik dan cerita yang sederhana. Biarkan bayi membalik halaman sendiri dan menunjuk gambar-gambar di dalam buku.
  - 2) Gunakan suara-suara atau intonasi yang berbeda saat membacakan cerita. Ini membantu bayi memperkaya pemahaman bahasa dan pengembangan kognitif mereka.
- e. Permainan imitasi:

Biarkan bayi bermain permainan imitasi, seperti memberi makan boneka atau bermain telepon-mainan. Ini membantu mereka memahami konsep peran dan mengembangkan imajinasi sosial mereka.

- f. Musik dan gerakan:  
Putar musik dengan irama yang berbeda dan ajak bayi Anda untuk menari atau mengayun mengikuti irama. Biarkan mereka memegang alat musik sederhana seperti marakas atau bel bermain untuk merasakan efek suara.
- g. Interaksi sosial:
- 1) Berinteraksi secara aktif dengan bayi Anda. Mainkan permainan seperti peek-a-boo atau menyembunyikan mainan di balik selimut untuk merangsang keterampilan sosial dan kognitif mereka.
  - 2) Berbicara dengan bayi Anda secara jelas dan menggunakan kata-kata sederhana. Ajak mereka untuk menirukan suara atau gerakan yang Anda lakukan.

## 8.4 Nutrisi Bayi

Proses pertumbuhan dan perkembangan bayi erat kaitan dengan kebutuhan gizi pada bayi. Semakin baik gizi, proses pertumbuhan dan perkembangan akan berjalan dengan baik. Di Indonesia masalah gizi pada anak bayi balita banyak terjadi salah satunya adalah masalah stunting yang cukup rame dibicarakan. Berikut angka kecukupan gizi untuk bayi.

**Tabel 8.1.** Angka Kecukupan Gizi (AKG)

Kelompok Umur	Berat Badan (Kg)	Tinggi Badan (Cm)	Energi (Kcal)	Protein (g)	Lemak (g)			Karbhidrat (g)	Serat (g)	Air (ml)
					Total	Omega 3	Omega 6			
0-5 bulan	6	60	550	9	31	0.5	4.4	59	0	700
6-11 bulan	9	72	800	15	35	0.5	4.4	105	11	900

Sumber: (Centis, Kusmiyati and Suwondo, 2022)



### **8.4.1 Kebutuhan Nutrisi Bayi Usia 0-6 bulan**

Bayi usia 0-6 bulan diberikan ASI saja tanpa ada tambahan makanan lain (An-Nisa, Souvriyanti and Firan Ari, 2023). Dalam pemberian ASI harus diperhatikan dengan baik, meliputi (Handayani, Setiyani and Sa'adab, 2018) :

1. Berikan ASI Kolostrum (ASI pertama berwarna kekuningan)
2. Bayi disusui secara *on demand*
3. Jika bayi tidur lebih dari 2 jam, bangunkan bayi untuk mendapatkan ASI
4. Susui bayi sampai payudara terasa kosong, bergantian dengan payudara sebelah
5. Dalam proses menyusui ibu harus rileks, agar produksi ASI meningkat.

### **8.4.2 Kebutuhan Nutrisi Bayi Usia 6-8 bulan**

Bayi usia 6-8 bulan sudah diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI), dan ASI tetap diberikan sampai bayi berusia 2 4 bulan. Pada usia 6-8 bulan organ pencernaan bayi sudah mulai matang, tetapi bentuk MP-ASI harus disesuaikan, bentuk yang dianjurkan adalah lumat, makanan yang sangat halus. Jenis makanan yang diberikan kepada bayi harus bervariasi agar melatih bayi dapat menerima semua jenis makanan begitupun juga dengan jenis gizi yang didapat. MP-ASI memiliki banyak jenis baik olahan rumah ataupun yang instan (Abdussama *et al.*, 2023). Hasil penelitian menunjukkan bahwa MP-ASI instan lebih mempengaruhi peningkatan berat badan jika dibandingkan dengan MP-ASI olahan rumah. Hal ini karena kadang kala MP-ASI olahan rumah kurang diterima oleh bayi. Selain itu juga pada saat proses pengolahan banyak Zat gizi yang hilang atau berkurang (R. and Mariyani, 2022). MP-ASI bayi harus mengandung banyak gizi seperti energi, protein, zat besi, Zinc, kalsium, Vitamin A, Vitamin C dan asam folat.

### **8.4.3 Kebutuhan Nutrisi Bayi Usia 9-12 bulan**

Pada bayi usia 9-12 bulan, jenis MPA-ASI bukan lagi lumat tetapi makanan lembik. Makanan yang dicincang halus atau disaring kasar, ditingkatkan semakin kasar sampai makanan dapat dipegang/diambil dengan tangan (Dr. Susetyowati, DCN, 2016). Jenis makanan adalah makanan keluarga yang dimodifikasi berbumbu ringan dan tidak pedas, sedikit lembek atau lunak dan untuk makanan selingan buah, biskuit, puding, bubur (Karina Nur Ramadhanintyas, 2022).

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdussama, R. *et al.* 2023. 'Pattern of Complementary Feeding for Breastfeeding to Children Under Two Years of Malnutrition in the work area of the Saiti Health Center)', 02.
- An-Nisa, H., Souvriyanti, E. and Firan Ari. 2023. 'Pengaruh Pemberian ASI Eksklusif dan ASI Non Eksklusif Terhadap Perkembangan Bayi 0-12 Bulan di Rumah Sakit Yarsi Jakarta dan Tinjauannya Menurut Pandangan Islam', 3(1), pp. 73–83.
- Centis, M.C.L., Kusmiyati, Y. and Suwondo, A. 2022. *Peran Akupresur Ki3, SP 6, ST 36, ST 25 Untuk Meningkatkan Berat Badan, Tinggi Badan, Dan Perkembangan Motorik Pada Baduta Stunting*. Penerbit Pustaka Rumah C1nta.
- Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga. 2016. 'Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak', *Bakti Husada*, p. 59.
- Dr. Susetyowati, DCN, M.K. 2016. *Ilmu Gizi Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Handayani, T.E., Setiyani, A. and Sa'adab, N. 2018. 'Modul Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Balita', *Poltekkes Kemenkes Surabaya*, p. 296.
- Karina Nur Ramadhanintyas. 2022. 'Penyuluhan Pentingnya Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA)', *Genitri Jurnal Pengabdian Masyarakat Bidang Kesehatan*, 1(1), pp. 38–43. Available at: <https://doi.org/10.36049/genitri.v1i1.55>.
- Kusparlina, E.P. 2020. 'Pemenuhan Kebutuhan Dasar Balita berhubungan dengan Perkembangan Balita Berstatus Bawah Garis Merah', 11(3), pp. 131–134.
- Oktaviani. J. 2018. *Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi*, Universitas Muhammadiyah Semarang.

- R., Q. and Mariyani, M. 2022. 'Perbandingan Kenaikan Berat Badan Bayi Pada Mp-Asi Instant Dan Mp-Asi Rumahan', *Hearty*, 11(1), p. 56. Available at: <https://doi.org/10.32832/hearty.v11i1.8481>.
- Setia Nisa. 2022. *ASNEO: Asuhan Kebidanan pada Neonatus, Bayi, balita dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Bintang Semesta Media.
- Soetjiningsih. 2018. *Tumbuh Kembang Anak*.



# **BAB 9**

## **ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN RESIKO TINGGI**

*Oleh Kinanatul Qomariyah*

### **9.1 Tanda Bahaya Kehamilan**

Tanda- tanda bahaya dalam kehamilan merupakan suatu pertanda terjadinya masalah serius yang terjadi pada ibu hamil dan janinnya (Lontaan, 2015). Tanda bahaya kehamilan adalah tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Pudiknakes,2003 ).

Tanda bahaya kehamilan adalah suatu kehamilan yang memiliki suatu tanda bahaya atau resiko lebih besar daripada biasanya (baik pada ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Macam – macam tanda bahaya kehamilan pada trimester 1 diantaranya: mual muntah berlebihan, sakit kepala yang hebat dan menetap, penglihatan yang kabur, kelopak mata pucat dan demam tinggi. Pada trimester 2 tanda bahaya kehamilan diantaranya adalah perdarahan pervaginam, nyeri abdomen yang hebat dan kurangnya pergerakan janin. Pada trimester 3 tanda bahaya diantaranya adalah bengkak pada wajah, kaki, dan tangan, keluar air ketuban seelum waktunya, serta perdarahan pervaginam (Tiran,2007).

## **9.2 Tujuan Mengetahui Tanda Bahaya dalam Kehamilan**

- 1) Mengenali tanda – tanda yang mengancam bagi ibu hamil dan janin sejak dini
- 2) Dapat mengambil tindakan yang tepat yaitu menghubungi tenaga kesehatan terdekat apabila mengetahui tanda bahaya kehamilan untuk mendapat perawatann segera.

## **9.3 Penyakit Yang mempengaruhi Kehamilan**

### **1. Penyakit Jantung Dalam Kehamilan**

#### **a. Pengertian penyakit jantung**

Penyakit jantung merupakan penyebab utama kematian pada wanita berusia 25 – 44 tahun berdasarkan *Centers For Disease Control and Prevention*. Selama kehamilan, terjadi peningkatan kerja jantung hingga 50% ini menunjukkan bahwa hampir separuh dari peningkatan ini berlangsung selama delapan minggu, artinya terjadi maksimal pada pertengahan kehamilan. Ibu hamil dengan penyakit jantung yang berat mungkin dapat memperlihatkan tanda gagal jantung sebelum memasuki pertengahan masa kehamilan (Cunningham dkk., 2013).

Dalam keadaan normal, kesehatan wanita hamil tidak terganggu, namun pada kondisi ini memperburuk keadaan. Selama hamil, volume darah ibu akan meningkat secara progresif pada kehamilan 6- 8 minggu dan akan mencapai maksimum pada kehamilan 32 – 34 minggu kehamilan. Peningkatan volume darah meliputi volume plasma sejak usia kehamilan 6-8 minggu sampai dengan usia 32 minggu maksimal 4.700 – 5.200 ml sekitar 45 %, sel darah merah sekitar 20 -30 %, volume sirkulasi sekitar 45 %, dan sel darah putih serta volume darah pada akhir tekanan diastolik trimester II dan awal trimester III. Volume plasma meningkat 40 -50 %, sedangkan sel darah

merah meningkat 15 – 20 % yang menyebabkan terjadinya anemia fisiologis. Sebagian besar peningkatan volume darah ini menyebabkan meningkatnya kapasitas rahim, mammae, ginjal, otot polos, dan sistem vaskular kulit serta tidak memberi beban sirkulasi pada wanita hamil yang sehat.

Peningkatan volume darah ini meningkatkan cardiac output hingga 40% saat beristirahat, dan peningkatan ini akan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 20 minggu. Pada pertengahan hingga masa akhir kehamilan, cardiac output dipengaruhi oleh posisi tubuh akibat pembesaran uterus yang mengurangi *venous return* dari ekstremitas tubuh.

b. Gejala dan Tanda Penyakit Jantung Pada Kehamilan

Gejala penyakit jantung dapat muncul pertama kali karena perubahan hemodinamik selama kehamilan. Sebaliknya gejala pusing, sesak nafas, edema perifer bahkan sinkop sering terjadi pada kehamilan normal.

Ibu hamil dengan penyakit jantung relatif sulit diidentifikasi karena adanya perubahan fisiologis yang akan mengaburkan tanda – tanda penyakit jantung. Seorang ibu hamil yang sebelumnya mempunyai penyakit jantung bawaan, dengan adanya perubahan fisiologis selama kehamilan, dalam diagnosis penyakit jantung terkadang tidak akan terlihat, sebaliknya gambaran klinis kardiopulmoner pada kehamilan normal dapat menunjukkan gambaran seperti gangguan jantung.

Beberapa keluhan yang dapat mengidentifikasi atau mengarah pada asumsi gangguan jantung diantaranya:

- 1) Palpitasi
- 2) Detak jantung bertambah cepat
- 3) Lelah berlebihan



- 4) Terdapat pembengkakan pada tangan dan lengan akibat bertambahnya jumlah cairan dan garam yang tersimpan dalam tubuh
- 5) Seing BAK pada malam hari
- 6) Sesak nafas saat bekerja
- 7) Terjadi peningkatan frekuensi nafas
- 8) Edema pada tungkai
- 9) Sesak pada posisi setengah duduk

c. Klasifikasi Klinis Penyakit Jantung

- 1) Kelas I (tidak terganggu/tidak ada pembatasan aktivitas fisik) pasien jantung tidak menunjukkan gejala insufisiensi jantung atau mengalami nyeri angina.
- 2) Kelas II (pembatasan ringan aktivitas fisik)  
Pasien merasa nyaman saat beristirahat, tetapi merasa tidak nyaman saat melakukan aktivitas fisik, seperti kelelahan, palpasi, dispnea atau nyeri angina.
- 3) Kelas III (pembatasan nyata aktivitas fisik)  
Pasien pada kondisi ini merasa nyaman saat beristirahat, tetapi bisa juga kelelahan ketika beraktivitas ringan dari pada sebelumnya sehingga menyebabkan kelelahan, dada berdebar, dispnea, nyeri angina.
- 4) Kelas IV (terganggu berat/ketidakmampuan melakukan aktivitas fisik)  
ketika pasien dalam kondisi ini melakukan aktivitas fisik, maka rasa tidak nyaman akan meningkat, bahkan gejala insufisiensi jantung atau angina dapat timbul bahkan saat sedang istirahat.

d. Anamnesis

Anamnesis penyakit jantung dilakukan dengan mengkaji riwayat kesehatan pasien dengan indikator klinis seperti dispnea atau ortopnea progresif, batuk pada malam hari, hemoptitis, sinkop, dan nyeri dada. Ibu hamil adalah penderita penyakit jantung, baik sejak masa kehamilan maupun dalam kehamilan sebelumnya. Pernah demam reumatik juga menjadi gejala yang penting.

e. Diagnosis

Ibu hamil dengan penyakit jantung dapat dideteksi dengan cara mengamati beberapa kriteria gejala penyakit jantung. Salah satu dari keempat kriteria ini sudah cukup digunakan sebagai dasar diagnosis penyakit jantung dalam kehamilan yaitu adanya bising diastolik, presistolik, atau bising yang terjadi terus menerus terdapat pembesaran jantung yang jelas, terdapat bising jantung yang nyaring dan disertai *thrill* dan aritmia yang hebat.

Ibu hamil yang tidak menunjukkan salah satu dari keempat kriteria gejala diatas jarang menderita penyakit jantung. Penyakit jantung yang berat biasanya mudah dikenali, tetapi diagnosis penyakit jantung dalam kehamilan harus dilakukan dengan pertimbangan dokter ahli.

Pemeriksaan elektrokardiografi dapat digunakan untuk mendeteksi adanya gangguan seperti irama jantung dan sistem konduksi jantung. Pemeriksaan EKG sangat aman dan dapat membantu menjawab pertanyaan yang spesifik. Sementara itu pemeriksaan ekokardiografi dapat digunakan untuk melihat struktur dan fungsi pembuluh darah, serta merekam denyut jantung. Pemeriksaan ekokardiografi

termasuk dopler sangat aman dan tanpa risiko terhadap ibu dan janin. USG berfungsi memantau kesejahteraan janin dalam kandungan ibu, sedangkan elektrolit serum dapat digunakan untuk menilai kalium sebagai petunjuk terapi cairan dan elektrolit.

f. Penatalaksanaan

Hampir sebagian besar ibu hamil, yang menderita penyakit jantung kelas I dan II dapat melanjutkan kehamilannya tanpa morbiditas. Penanganan ibu hamil yang menderitanya penyakit jantung sebaiknya dilakukan dengan bekerja sama antara dokter kandungan dan dokter ahli penyakit dalam. Menurut American College of Obstetricians and Gynecologist, terdapat empat konsep penatalaksanaan penyakit jantung pada ibu hamil yang perlu ditekankan yaitu :

- (1) Peningkatan 50% volume darah dan curah jantung pada awal trimester III
- (2) Fluktuasi lebih lanjut volume darah dan curah jantung pada masa peripartum
- (3) Penurunan resistensi vaskular sistemik yang mencapai titik terendah pada trimester ke 2 kemudian meningkat hingga 20% dibawah normal pada kehamilan tahap lanjut
- (4) Hiperkoagulasi terutama pada ibu yang memerlukan antikoagulasi tutunan koumarin pada keadaan tidak hamil

Penatalaksanaan bagi ibu hamil di antaranya:

- (1) Memberikan informasi dan pengertian kepada ibu hamil untuk melakukan konsultasi dengan dokter kandungan secara rutin sesuai dengan

jadwal yang ditentukan dengan tujuan melaksanakan pengawasan antenatal.

- (2) Melakukan kerja sama dengan dokter ahli penyakit dalam untuk menangani penyakit jantung.
- (3) Mencegah kenaikan berat badan dan retensi air yang berlebihan
- (4) Memberikan pengobatan jika timbul hipertensi atau hipotensi karena akan memberatkan kerja jantung.
- (5) Melakukan perawatan, pengawasan dan pengobatan secara intensif apabila ibu hamil mengalami keluhan seperti sesak nafas, infeksi saluran pernafasan, dan sianosis
- (6) Menyusun skema kunjungan antenatal seperti setiap dua minggu menjelang kehamilan 28 minggu dan satu kali setiap minggu setelah usia kehamilan 28 minggu.
- (7) Memberikan informasi, pengertian dan anjuran bahwa ibu hamil dengan penyakit jantung harus istirahat yang cukup, tidur yang cukup, diet rendah garam, dan membatasi jumlah asupan cairan.
- (8) Menyarankan ibu hamil dengan penyakit jantung untuk di rawat 1 - 2 minggu sebelum taksiran persalinan untuk dilakukan pengawasan yang intensif.
- (9) Memberikan pengobatan yang didasarkan pada kelas penyakit:
  - a) Kelas I: tidak memerlukan pengobatan tambahan
  - b) Kelas II: tidak memerlukan pengobatan tambahan akan tetapi cukup mengurangi

kerja fisik pada usia kehamilan 28 – 36 minggu

- c) Kelas III: memerlukan digitalisasi atau oabt lainnya, serta sebaiknya dirawat di rumah sakit sejak kehamilan 28 – 30 minggu
- d) Kelas IV: harus dirawat di rumah sakit dan diberikan pengobatan yang bekerjasama dengan kardiolog.

## 2. Hipertensi dalam Kehamilan

Hipertensi merupakan suatu kondisi tekanan darah abnormal di dalam arteri. Hipertensitingkat 1 diketahui jika tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg atau diastolik lebih dar 90 mmHg. Dengan kata lain hipertensi di diagnosa secara empiris apabila pengukuran tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg atau tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg. Hipertensi merupakan suatu kondisi yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer kesehatan, hal ini merupakan masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi yaitu 25,8% sesuai dengan data Riskasdes 2013.

**Tabel 9.1.** klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa

Klasifikasi Tekanan Darah	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Prehipertensi	120 - 139	80 - 89
Hipertensi Tingkat 1	140 -159	90 - 99
Hipertensi Tingkat 2	≥ 160	≥ 100

a. Hipertensi Esensial

Hipertensi esensial adalah penyakit hipertensi yang tidak diketahui (diopatik) penyebabnya. Hipertensi esensial disebabkan oleh beberapa faktor, terutama interaksi karena faktor risiko tertentu seperti gaya hidup, kurang bergerak dan pola makan. Hipertensi esensial terjadi pada sekita 90% dari keseluruhan penderita hipertensi.

Hipertensi esensial dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung (melalui autoantibodi). Kerusakan organ yang umum ditemui adalah jantung (hiprtofi ventrikel kiri, infark miokard atau angina, gagal jantung) otak (stroke, transcient ischemic attack) penyakit gagal ginjal kronis, penyakit arteri perifer dan retinopati, akibatnya kerusakan organ ini dapat memperburuk prognosis. Apabila hipertensi sudah menyebabkan komplikasi seperti penyakit jantung dapat meningkatkan tingkat morbiditas dan mortalitas.

b. Anamnesis

- (1) Lama menderita tekanan darah tinggi dan derajat tekanan darah
- (2) Indikasi adanya hipertensi sekunder (misalnya seperti penyakit gagal ginjal kronis)
- (3) Faktor risiko kardiovaskular
- (4) Gejala kerusakan organ target
  - (a) Otak dan mata : sakit kepala, vertigo, gangguan penglihatan, transcient ischemic attack, defisit sensorik dan motorik
  - (b) Jaltung : palpitasi, nyeri dada, sesak dada dan sembab kaki

- (c) Ginjal : sering merasa haus, poli uri, nokturi, hematuria
- (d) Arteri perifer : ekstremitas dingin, klaudikasio intermiten
- (5) Pengobatan hipertensi sebelumnya
- (6) Faktor gaya hidup, keluarga (genetik) dan lingkungan
- (7) Pemeriksaan fisik, meliputi tekanan darah, penyakit penyerta, kerusakan organ target akibat kemungkinan adanya hipertensi sekunder
- (8) Pengukuran tekanan darah dengan cara sebagai berikut: pasien diminta duduk di kursi setelah 5 menit istirahat, kaki diletakkan di lantai, lengan diangkat setinggi jantung, pengukuran dilakukan 2 kali dengan sela waktu 1 – 5 menit.
- (9) Pemeriksaan penunjang yang meliputi tes darah, urine (Hb, leukosit, trombosit, hematokrit) gula darah puasa, kolesterol total LDL, HDL, trigliserida, asam urat, ureum, kreatinin, kalium, urin rutin dan elektrokardiografi.

c. Gejala

Pada umumnya, ibu hamil yang mebgidap penyakit hipertensi esensial tidak mengeluhkan gejala selain hipertensi itu sendiri. Terdapat dua istilah dalam hipertensi yaitu hipertensi jinak dan ganas. Hipertensi esensial jinak dijumpai apabila tekanan darah sekitar 140/90 sampai 160/100 mmHg. Hipertensi jinak ini jarang berubah menjadi ganas secara mendadak sampai mencapai tekanan darah sistolik 200 mmHg atau lebih dari itu (Yulaikha, 2009). Apabila penyakit ini terus berlanjut danberlangsung lama gejala – gejala lain mulai

muncul seperti kelainan jantung, arteriosklerosis, perdarahan otak dan penyakit ginjal.

Gejala lain mengenai penyakit hipertensi esensial menurut (Yuliakha, 2009) diantaranya:

- (1) Kondisi ibu hamil yang mengidap penyakit hipertensi esensial biasanya normal sampai aterm
- (2) Pada ibu hamil dengan usia kehamilan setelah 30 minggu sejumlah 30% ibu hamil akan menunjukkan kenaikan tekanan darah tanpa gejala
- (3) Sekitar 20% ibu hamil akan menunjukkan tekanan darah yang mencolok, yang dapat disertai proteinuria dan edema dengan keluhan sakit kepala, nyeri epigastrium, mual muntah dan gangguan penglihatan.

d. **Diagnosis**

Diagnosis hipertensi esensial ditegakkan jika tekanan darah pasien adalah 140/90 mmHg atau lebih, sebelum ibu hamil atau menunjukkan kenaikan tekanan darah sebelum kehamilan mencapai 20 minggu tanpa disertai gejala pre eklamsia, glomerulonefritis, atau pielonefritis.

e. **Penatalaksanaan**

- (1) Ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin dan jika perlu dapat berkonsultasi kepada dokter ahli
- (2) Ibu hamil dianjurkan untuk cukup istirahat dan tidur pada malam hari dengan waktu 8 -10 jam dan tidur pada waktu siang hari dengan waktu 2 jam. Ibu hamil sebaiknya mengurangi aktivitas pekerjaan rumah tangga dan menghindari situasi yang dapat menyebabkan stress.



- (3) Dilakukan pencegahan terhadap kenaikan berat badan agresif. Diet tinggi protein, rendah hidrat arang, rendah lemak, dan rendah garam sangat dianjurkan
- (4) Dilakukan pengawasan pada pertumbuhan janin secara teliti dan cermat.
- (5) Dilakukan pemeriksaan dan pengawasan khusus apabila diperlukan, seperti pemeriksaan elektrokardiografi fetal, ukuran biparietal (USG) penentuan kadar estriol, amnioskopi, pH darah janin.

f. Pengobatan

Pengobatan dilakukan dengan tujuan:

- (1) Mencapai target tekanan darah kurang dari 140/90 mmHg dan untuk pasien berisiko tinggi ( DM, penyakit ginjal proteinuri) kurang dari 130/80 mmHg
- (2) Menurunkan morbiditas dan mortalitas penyakit kardiovaskular
- (3) Menghambat laju penyakit ginjal peroteinuria.
- (4) Mengobati faktor risiko atau kondisi penyakit lainnya.
  - 1) Pengobatan Non Farmakologis
    - (a) Menghentikan merokok
    - (b) Menurunkan berat badan yang berlebih
    - (c) Menurunkan konsumsi alkohol berlebih
    - (d) Latihan fisik
    - (e) Menurunkan asupan garam
    - (f) Meningkatkan konsumsi buah dan sayur
    - (g) Menurunkan asupan lemak.
  - 2) Pengobatan Farmakologis
    - (a) Golongan diuretik : thiazid, aldosteron antagonis (Aldoant)

- (b) Beta Bloker (BB)
- (c) Calcium channel bloker (CCB, Ca antagonis)
- (d) Angiotensin Converting Enzym Inhibitor (ACEI)
- (e) Angiotensin II receptor bloker (ARB)

Terapi di mulai secara bertahap, dan target tekanan darah dicapai secara progresif dalam beberapa minggu. Dianjurkan menggunakan obat jangka panjang (24 jam) dengan pemberian sekali sehari. Pemberian obat kombinasi tergantung tekanan darah awal dan tidaknya komplikasi.

Pengobatan yang diberikan kepada ibu hamil dengan hipertensi esensial adalah antihipertensi dan obat penenang. Obat – obat penurun tekanan darah perlu diberikan jika tekanan darah mencapai 160/100 mmHg atau lebih, seperti heksametonium bromid, veratrum viride serpasil, largaktil. Obat penenang juga perlu diberikan kepada pasien ibu hamil dengan hipertensi esensial, seperti diazepam, prometazin atau fenoferbital, selain itu pendekatan psikologis juga dapat membantu menenangkan kondisi psikis ibu hamil.

g. Pemantauan

- (1) Pasien yang akan menjalani pengobatan harus datang kembali untuk dilaksanakan evaluasi lanjutan dan pengaturan dosis obat sampai target tercapai.
- (2) Jika dalam enam bulan target tidak tercapai, pasien harus diberikan rujukan ke spesialis
- (3) Pengobatan hipertensi ini umumnya dikonsumsi selama hidup.

h. Hipertensi Karena Kehamilan

Ibu hamil dengan hipertensi adalah ibu hamil yang tekanan darahnya mencapai 140/90 mmHg atau lebih yang terjadi saat kehamilan. Pengukuran tekanan darah dilakukan dua kali setelah pasien istirahat beberapa menit dengan menggunakan fase V korotkoff untuk menentukan tekanan diastolik. Sphygmomanometer adalah gold standard untuk memeriksa tekanan darah. Dalam hal ini gejala edema tidak digunakan sebagai kriteria untuk menentukan diagnosis karena edema terjadi pada banyak wanita hamil normal sehingga tidak dapat digunakan sebagai faktor pembeda.

Salh satu cara yang dapat dilakukan unruk mengetahui kemungkinan adanya penyakit hipertensi dalam kehamilan dengan melakukan deteksi dini pada wanita yang diketahui memiliki faktor risiko tersebut. Cara bini merupakan upaya yang dilakukan untuk mengurangi masalah kesehatan yang dialami ibu hamil dengan hipertensi tersebut (Reeder, dkk 2011) masalah kesehatan yang mungkin terjadi pada ibu hamil dengan hipertensi adalah nyeri, perubahan perfusi jaringan, risiko cedera, kelebihan volume cairan, dan lain- lain. Rencana tindakan yang dapat dilakukan pada ibu hamil yang menunjukkan gejala awal hipertensi adalah pemantauan nadi dan tekanan darah, berkolaborasi dalam memberikan obat anti hipertensi, menganjurkan ibu melakukan tirah baring dengan posisi miring kiri (Mitayani, 2011).

i. Klasifikasi

Penyakit hipertensi yang dapat mempersulit kehamilan diklasifikasikan menjadi empat jenis menurut kelompok

kerja NHBPEP (National High Blood Pressure Education Program) (Cuningham,dkk 2013). Sebagai berikut:

- (1) Hipertensi gestasional dahulu di sebut dengan hipertensi terinduksi kehamilan, jika tidak muncul sindrom pre eklamsia, dan menghilang pada 12 minggu setelah melahirkan, diagnosis diganti menjadi hipertensi transisional. Hipertensi gestasional juga disebut sebagai hipertensi sesaat.
- (2) Sindrom preeklamsia dan eklamsia
- (3) Sindrom preeklamsia yang bertumpang pada hipertensi kronis
- (4) Hipertensi kronis

Berdasarkan pengalaman klinis, hipertensi dalam kehamilan, terutama sindrom pre eklamsia adalah proses yang sangat dinamis (Chalid, 2016). Mendiagnosis ibu hamil sebagai “ Pre Eklamsia ringan” tidak banyak membantu. Hal ini karena preeklamsia merupakan penyakit progresif yang berkembang pada tingkat yang berbeda pada setiap ibu hamil yang berbeda. Perawatan yang tepat sering memerlukan evauasi ulang mengenai kemungkinan tingkat bertanya penyakit dan perubahan tindakan yang lebih aktif.

j. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan dalam kasus hipertensi sebagai komplikasi kehamilan adalah proteinuria. Proteinuria merupakan penanda okjektif yang menunjukkan terjadinya kebocoran endotel yang luas, yang merupakan suatu ciri khas sindrom pre eklamsia, (cuningham, 2013).

k. Faktor risiko

Hipertensi dalam kehamilan berkaitan erat dengan faktor risiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan tersebut, berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar ibu hamil yang mengalami hipertensi yaitu pada umur kurang dari 20 tahun (56,5%) primipara (52,7%) dan ibu hamil yang memiliki riwayat hipertensi (pre eklamsia - eklamsia) (55,6%) (Radjamuda & Montalalu, 2014).

Faktor risiko terjadinya hipertensi dalam kehamilan juga sejalan dengan penelitian puspitasari, dkk 2015, bahwa 15 dari 94 (16,%) ibu dengan usia 35 tahun ke atas mengalami hipertensi dalam kehamilan, sedangkan sebanyak 16 dari 132 (12,1%) ibu primigravida mengalami hipertensi dalam kehamilan.

Prawirohardja 2013 mengungkapkan bahwa beberapa faktor risiko penyebab hipertensi dalam kehamilan diantaranya primigravida, primipara, umur, penyakit ginjal, riwayat hipertensi sebelum kehamilan, hiperplasentosis dan kegemukan.

l. Komplikasi

- (1) Kejang dapat meningkatkan kemungkinan mortalitas maternal sebanyak 10 kali lipat. Penyebab kematian maternal karena eklamsia adalah henti jantung. Edema pulmo dan syok serta perdarahan serebral dan gagal ginjal.
- (2) Kejang juga dapat meningkatkan kemungkinan kematian janin sebanyak 40 kali lipat yang disebabkan oleh hipoksia, asidosis, dan solusio plasenta.
- (3) Dapat terjadi kebutaan atau paralisis karena lepasnya retina atau akibat perdarahan intrakranial.

- (4) Terjadinya perdarahan post partum
- (5) Adanya toksik delirium
- (6) Terjadinya luka karena kejang, seperti laserasi bibir atau lidah dan fraktur vertebrata.
- (7) Terjadi aspirasi pneumonia

m. Pencegahan Hipertensi dalam Kehamilan

Pencegahan hipertensi dalam kehamilan meliputi upaya medis dan non medis. Upaya non medis dapat di tempuh dengan cara memberikan edukasi, mendeteksi dini pranatal, dan mengatur diet. Pemberian edukasi meliputi penyuluhan untuk kehamilan berikutnya. Ibu yang mengalami hipertensi selama kehamilan harus dievaluasi pada masa setelah melahirkan dan diberi penyuluhan tentang kehamilan mendatang dan risiko kardiovaskular yang berpotensi terjadi masa kehamilan selanjutnya. Ibu yaang mebgalami preeklamsia – eklamsia lebih rentan mengalami penyulit hipertensi pada kehamilan berikutnya.

Mendeteksi kehamilan secara dini juga merupakan upaya pencegahan hipertensi dalam kehamilan. Selama kehamilan pemeriksaan dijadwalkan 2 kali pada trimester pertama. 1 kali trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga. Dengan adanya pemeriksaan rutin ini dapat dilakukan deteksi dini hipertensi dalam kehamilan.

Salah satu upaya prioritas untuk mencegah hipertensi sebagai penyulit kehamilan adalah membatasi asupan garam. Diet tinggi kalsium dan pemberian kapsul dengan kandungan minyak ikan dapat menurunkan tekanan darah secara signifikan dan mencegah hipertensi dalam kehamilan.

### 3. Anemia

#### a. Pengertian

Anemia merupakan penyakit kekurangan sel darah merah. Apabila jumlah sel darah merah berkurang, asupan oksigen dan aliran darah menuju otak juga semakin berkurang (Sutanto, dkk 2017). Selain itu sel darah merah juga mengandung hemoglobin yang berfungsi membaa oksigen ke seluruh jaringan tubuh (Proverawati, 2017). Apabila hal tersebut terjadi seseorang dapat merasakan pusing bahkan pingsan.

Bagi kelompok wanita usia reproduksi, anemia merupakan suatu permasalahan kesehatan terbesar di dunia (Astriana, 2017). Dampak anemia di antaranya kelelahan, badan terasa lemah dan penurunan produktivitas kerja. Sementara itu penyebab anemia pada ibu hamil adalah kekurangan zat besi, asam folat dan perdarahan akut (Astriana, 2017).

Faktor risiko kejadian anemia paling utama adalah: umur, umur ibu hamil berhubungan erat dengan alat – alat reproduksi wanita. Umur reproduksi yang ideal adalah 20 – 35 tahun. Ibu hamil yang berusia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun dapat berisiko mengalami anemia. Hal ini karena pada usia kurang dari 20 tahun secara biologis emosi ibu hamil belum stabil sehingga kurang memperhatikan pemenuhan kebutuhan zat gizi bagi dirinya selama kehamilan. Disisi lain ibu hamil yang berusia lebih dari 35 tahun daya tahan tubuhnya semakin menurun dan rentan terhadap penyakit.

Anemia pada kehamilan sangat berbahaya bagi ibu dan janinnya. Dampak anemia pada ibu hamil adalah abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, rentan terjadi infeksi,

perdarahan antepartum, ketuban pecah dini, saat persalinan dapat terjadi gangguan kontraksi, kala 1 persalinan berlangsung lama, pada masa nifas terjadi subinvolusi uteri yang menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium serta berkurangnya produksi ASI (Ariyanti dkk dalam Astriana, 2017).

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin (Hb) < 11 gr% pada trimester I dan III sedangkan pada trimester II kadar hemoglobin < 10,5%. Anemia kehamilan disebut “*potential danger to mother and child*” karena itulah anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan (Manuaba, 2010).

b. Tanda dan Gejala

Anemia adalah bentuk mekanisme kompensasi tubuh terhadap penurunan kadar hemoglobin. Gejala ini muncul pada setiap kasus anemia setelah penurunan hemoglobin sampai kadar tertentu (Hb < 7 gr/dl). Sindrom anemia antara lain rasa lemah, lesu, cepat lelah, telinga berdenging, mata berkunang – kunang, kaki terasa dingin, dan sesak nafa. Pada pemeriksaan pasien tampak pucat yang terlihat dari konjungtiva, mukosa mulut, telapak tangan dan jaringan bawah kuku.

Pada ibu hamil gejala yang paling mudah terlihat adalah cepat merasa lelah, sering merasa pusing, mata berkunang – kunang, adanya luka pada lidah, nafsu makan berkurang, konsentrasi berkurang atau bahkan hilang, nafas pendek, dan keluhan mual dan muntah yang lebih hebat pada usia kehamilan muda.



Selain itu tanda anemia pada ibu hamil dapat diamati dari peningkatan kecepatan denyut jantung karena tubuh berusaha memberi oksigen lebih banyak ke jaringan, peningkatan kecepatan pernafasan karena tubuh berusaha menyediakan lebih banyak oksigen pada darah, kepala terasa pusing akibat kurangnya pasokan darah ke otak, pasien merasa lelah karena meningkatnya oksigenasi berbagai organ, kulit terlihat pucat karena berkurangnya oksigenasi, mual akibat penurunan aliran darah pada saluran cerna dan susunan saraf pusat, serta penurunan kualitas rambut dan kulit (soebroto, 2009).

c. Klasifikasi

Menurut Manuaba 2010 anemia dalam kehamilan terbagi menjadi :

- (1) Tidak anemia Hb 11gr%
- (2) Anemia ringan Hb 9 – 10 gr%
- (3) Anemia Sedang Hb 7-8 gr%
- (4) Anemia berat hb < 7 gr%

Anemia dalam kehamilan terbagi atas anemia defisiensi besi, anemia megaloblastik, anemia hipoplastik anemia hemolitik, dan anemia lainnya (Prawirohardjo, 2013).

(1) Anemia defisiensi besi

Anemia ini paling banyak dijumpai pada kehamilan. Anemia defisiensi besi berarti anemia akibat kekurangan zat besi. Kekurangan ini disebabkan kurangnya pasokan unsur besi dalam makanan, gangguan reabsorpsi, terlampaui banyak zat besi yang keluar dari badan (misalnya perdarahan). Tanda dan gejala anemia tipe ini adalah rambut rapuh dan halus , kuku tipis, rata dan mudah patah, lidah tampak pucat, licin dan mengkilat berwarna

merah daging, pecah pecah yang disertai kemerahan di sudut mulut.

(2) Anemia Megaloblastik

Dalam kehamilan, anemia jenis ini disebabkan oleh defisiensi asam folat. Gejala yang tampak adalah malnutrisi, glosotis berat, diare dan kehilangan nafsu makan

(3) Anemia Hemolitik

Anemia hemolitik disebabkan oleh penghancuran sel darah merah yang berlangsung lebih cepat daripada pembuatannya. Ibu dengan anemia hemolitik biasanya sulit hamil, jika hamil biasanya akan terjadi anemia berat.

(4) Anemia Lainnya

Seorang wanita yang menderita suatu jenis anemia, baik anemia turunan, anemia karena malaria, cacing tambang, penyakit ginjal menahun, penyakit hati, dan sebagainya, jika hamil, dapat berpotensi menimbulkan anemia yang berat. Dalam hal ini anemia berat akan berpengaruh negatif terhadap ibu dan janinnya.

d. Diagnosis

- (1) Pada anamnesis diperoleh keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang, dan jeluhan sering mual dan muntah terutama pada kehamilan muda
- (2) Pada pemeriksaan fisik, penderita terlihat lemah dan kurang bergairah
- (3) Pada inspeksi muka, konjungtiva, bibir, lidah dan kuku terlihat pucat
- (4) Pada pemeriksaan palpasi kemungkinan diperoleh splenomegali dan takikardi.
- (5) Pada pemeriksaan auskultasi terdengar bising jantung.

e. Komplikasi

Winkjosasto 2009, mengemukakan bahwa anemia dalam kehamilan berdampak negatif pada ibu hamil, baik bagi kehamilannya, persalinan, nifas maupun masa selanjutnya. Berbagai penyulit akibat anemia diantaranya terjadi abortus, persalinan prematur, persalinan yang lama karena terjadi insersia uteri, perdarahan post partum karena atonia uteri, syok, infeksi intrapartum, dan infeksi post partum, sementara itu anemia yang sangat berat dengan Hb kurang dari 4 g/100 ml dapat menyebabkan dekompensasi kordis. Selain itu anemia pada kehamilan juga berhubungan dengan meningkatnya angka kesakitan ibu pada saat melahirkan (Soebroto, 2009).

f. Penatalaksanaan dan Pencegahan

Ibu hamil dengan anemia dapat diberikan suplemen Fe dosis rendah 30 mg pada trimester III, sedangkan pada ibu hamil dengan anemia defisiensi besi dapat diberikan suplemen sulfat 325 mg sebanyak 1-2 kali dalam sehari. Anemia yang disebabkan oleh defisiensi asam folat, dapat diberikan asam folat 1 mg/hari atau vitamin B12 dengan dosis 100-200 mcg/hari (Budiarti, 2009).

Pencegahan dapat dilakukan dengan mengatur pola makan yaitu dengan mengombinasikan dengan mengatur serta mengkonsumsi buah dan sayuran yang mengandung vitamin C (seperti tomat, jeruk, jambu) mengandung zat besi (sayuran berwarna hijau tua seperti bayam). Kopi dan teh adalah jenis minuman yang dapat menghambat penyerapan zat besi sehingga dianjurkan untuk tidak dikonsumsi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Astriana, Willy. 2017. *Kejadian Amnesia pada Ibu Hamil Ditinjau dari Paritas dan Usia*. Jurnal Ilmu Kesehatan,2 (2): 123-130. Yogyakarta: STIKES Aisyah.
- Budiarti, A.2009.*Fisiologi dan Patologis pada Kehamilan*. Yogyakarta: NuhaMedika.
- Chalid, Misuri Ztadjuddin. 2016. *Paradigma Baru Hipertensi dalam kehamilan: Manajemen Aktif di fasilitas Layanan Primer*. Paper, Diseminarkan di Konferensi Pertemuan Ilmiah Berkala XIX, Makassar Indonesia
- Cunningham, F.Gary, Kneeth J.L.,Steven L.B.,Jhon C.H.,Dwight J. R.,& Catherine Y.S.2013. *Obstetric Williams Edisi 23 Volume 1*.Alih Bahasa: Brahm U. Pendit dkk.Editor bahasa Indonesia Yoavita dkk. Judul Asli *William Obstetrics*,Jakarta:EGC.
- Manuaba,I.A.C.,Ida B.G.F.M, dan Ida B.G.M. 2010.*Ilmu Kebidanan,Penyakit kandungan, dan KB ntuk Pendidikan Bidan Edisi Kedua*. Jakarta:EGC
- Mtayani. 2011.*Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prawirohardjo, Sarwono,2013. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka sarwono Prawirohardjo.
- Radjamuda dan Montalalu. 2014. Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada Ibu hamil di Poliklinik Obs-Gin rumah Sakit Jiwa Prof.Dr.V.L.Ratumbuysang Kota Manado.*Journal Ilmiah Bidan2*(1)
- Reeder, dkk. 2011. *Keperawatan Maaternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga: Volume 2* edisi 18. Jakarta:EGC
- Soebroto, Ikhsan,2009.*Cara Mudah Menghadapi problem Anemia*. Yogyakarta:Bangkit

Wiknjosastro, H. 2009. *Ilmu Kebidanan, Edisi Keempat*. Cetakan Kedua. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

# **BAB 10**

## **ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN RISIKO TINGGI**

*Oleh Bintang Petralina*

### **10.1 Pendahuluan**

Persalinan Risiko Tinggi tidak terlepas dari masa kehamilan seorang perempuan yang berisiko tinggi juga. Kehamilan resiko tinggi akan berdampak pada komplikasi selama masa hamil dan dapat berlanjut selama masa persalinan bahkan sampai ke masa nifas. Deteksi dini kehamilan berisiko sebaiknya dilakukan pada ibu hamil guna meminimalisir gangguan pada masa persalinan.

Kondisi kesehatan perempuan di Indonesia termasuk Kesehatan bayi masih berada dalam keadaan yang cukup memprihatinkan, dapat dilihat dengan masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). Kematian ibu diperkirakan terjadi kurang lebih wanita meninggal sekitar 810 setiap hari diakibatkan berbagai sebab yang dapat dicegah pada masa kehamilan dan persalinan. Kematian ibu di Indonesia cukup tinggi, yaitu lebih dari tujuh ribuan kasus di tahun 2021 atau angka kematian ibu ini mencapai 228 per 100 ribu kelahiran hidup. (kusnandar 2022).

Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), AKI periode 1991-2007 mengalami penurunan dari 390 menjadi 228 per 100.000 KH. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 menyatakan AKI di Indonesia adalah 305/100.000 KH. Artinya perjam diperkirakan ada 2 ibu yang meninggal disebabkan adanya komplikasi dari hamil, bersalin dan masa nifas dan Provinsi penyumbang Ibu meninggal 50% berasal Jawa Barat,

Jawa Timur, Jawa Tengah, Banten, Sumatera dan Aceh., bersalin dan masa nifas (Kementerian kesehatan RI, 2018)

Penyebab utama kematian langsung paling banyak terjadi dikarenakan gangguan hipertensi dalam kehamilan (33,1%) dan pendarahan obstetric saat masa nifas (27,3%) yang sebenarnya dapat dideteksi saat ANC (SRS, 2016). Ditemukan kejadian kematian ibu di Rumah Sakit sebanyak 78%, di Rumah 15,6% di perjalanan menuju RS/Fasyankes 4,1%, dan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya 2,5% (SRS, 2016)

Kasus ibu dan bayi yang meninggal sangat tinggi . bukan hanya merupakan indikator kesenjangan akses pelayanan kesehatan tetapi juga diskriminasi antara yang miskin dan kaya maka hal ini dianggap sebagai indikator kesejahteraan bangsa. Kematian ibu dan bayi memperlihatkan bahwa faktor status kesehatan perempuan masa pra konsepsi dan saat hamil mempunyai pengaruh terhadap proses ibu dalam melewati proses melahirkan apakah berjalan sesuai harapan atau tidak.

Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan serta banyaknya program untuk peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang dibuat oleh Pemerintah, salah satunya peningkatan pelayanan Antenatal yang menjadi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Ini merupakan usaha yang dilakukan Pemerintah agar kasus kematian Ibu dan bayi dapat diturunkan. Target kerja pemerintah daerah di tingkat Kabupaten/Kota untuk bidang Kesehatan diwajibkan pencapaian pelayanan ANC sebesar 100% (Permenkes No 4 Tahun 2019). Pelayanan Kehamilan/ANC ditujukan untuk menyiapkan calon perempuan/ibu dapat mempersiapkan dirinya untuk proses kehamilan , persalinan , dan nifas serta menyiapkan lingkungan yang sehat sehingga dapat terhindari dari infeksi. Tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan ANC berkualitas yaitu Dokter dan bidan mampu melakukan skrining/ deteksi dini, membuat diagnosis, penatalaksanaan kasus serta mampu mengambil keputusan untuk merujuk .ini merupakan bentuk

kontribusi yang dilakukan dalam upaya menurunkan kasus kematian dari maternal serta neonatal.

*World Health Organization* (WHO) Tahun 2016 merekomendasikan pelayanan ANC ditujukan agar ibu hamil mempunyai gambaran yang positif tentang pengalaman selama hamil serta bersalin (*positive pregnancy experience*) untuk semua ibu dengan tujuan agar angka kesakitan / morbiditas dan angka kematian ibu dan anak disebut juga 2016 WHO ANC Model. Kata kunci dari 2016 WHO ANC memberikan suatu pelayanan kesehatan medis, memberikan informasi yang akurat, relevan serta tepat waktu dan pemberian dukungan secara emosional. Pemberi layanan ini adalah Model ini adalah pemberian layanan medis, pemberian informasi yang relevan dan tepat waktu serta pemberian dukungan emosional. Pemberi layanan dilakukan oleh petugas kesehatan kompeten secara klinis yang memiliki skill/ketrampilan interpersonal yang baik pada semua perempuan yang sedang hamil, selama proses melewati kehamilan bersalin. Adapun yang direkomendasi WHO yaitu :ibu yang sedang hamil melakukan kunjungan ANC normal paling sedikit / minimal 8x. Kemudian dilakukan adaptasi dengan profesi lain serta program yang terkait maka didapatkan kesepakatan untuk di Indonesia, Kunjungan ANC minimal / paling sedikit dilakukan enam (6) kali dengan dokter paling sedikit / minimal dua (2) kali, untuk dilakukan deteksi dini faktor resiko / komplikasi hamil pada Trimester pertama (1) dan deteksi dini faktor resiko pada Trimester tiga (3).

Bidan adalah seorang perempuan, sebagai tenaga Kesehatan terdepan, ikut berperan aktif dalam menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi dan membantu persiapan generasi masa depan sebagai penerus bangsa tentunya berkualitas. Pemberian pelayanan kebidanan yang berkualitas, menjaga mutu, paripurna serta berkesinambungan untuk ibu dan anak.



Pelayanan kebidanan yang dilakukan seorang bidan sesuai diatur dalam UU dan peraturan Menteri kesehatan diantaranya pemberi layanan kesehatan pada pra konsepsi, kehamilan , persalinan, nifas, menyusui, masa antara , bayi baru lahir, bayi. Anak balita dan anak pra sekolah, asuhan pasca keguguran, layanan kespro untuk perempuan, dan pelayanan KB /keluarga berencana fokusnya pada aspek pencegahan yakni pendidikan kesehatan dan konseling, promosi persalinan normal, dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan perempuan, serta melakukan skrinning/deteksi dini, pertolongan pertama pada masalah kegawatdaruratan, menstabilisasi kegawatdaruratan maternal neonatal dan merujuk yang aman.

Dalam memberikan layanan kebidanan, seorang bidan harus mempertahankan mutu layanan dalam system pelayanan Kesehatan. Bidan memberikan layanannya secara mandiri, kolaborasi dan / atau rujukan secara kompeten sesuai kewenangan dan dilandasi falsafah kebidanan , etika dan kode etik dalam standar profesi serta standar operasional yang ada di setiap fasilitas Kesehatan tempat bidan bekerja

## **10.2 Persalinan Resiko Tinggi**

### **10.2.1 Defenisi**

Persalinan Risiko Tinggi merupakan persalinan yang menyimpang dari kondisi normal dan dapat berdampak buruk terhadap ibu dan bayi yang dilahirkan.

Persalinan yang tidak normal ini perlu diantisipasi dengan melihat Riwayat persalinan terdahulu melalui penggalan data kepada ibu yang akan bersalin maupun kepada suami/keluarga pendamping persalinan.

Anamnesa yang ditanyakan pada Riwayat ibu bersalin yang lalu diantaranya:

1. Apakah ibu pernah melahirkan kurang bulan atau prematur

2. Apakah ibu pernah melahirkan dimana berat bayi lahir rendah
3. Apakah ibu pernah melahirkan bayi meninggal
4. Apakah ibu pernah mengalami persalinan dengan induksi
5. Apakah ibu pernah mengalami persalinan dengan plasenta manual
6. Apakah ibu pernah mengalami perdarahan setelah melahirkan atau perdarahan pasca partus
7. Apakah ibu pernah mengalami persalinan dengan tindakan (ekstraksi forceps, ekstraksi vakum, letak sungsang, ekstraksi versi, dan operasi seksio sesarea).

Hal lain yang perlu ditanyakan selama masa kehamilan adakah ibu pernah mengalami tanda-tanda bahaya yang termuat dalam buku KIA sebagai berikut:


	<p>Muntah terus menerus berlebihan serta ibu tidak ada nafsu makan</p>
	<p>Demam Tinggi tanpa memandang daerah endemis atau tidak</p>

	<p>Pembengkakan terlihat di Kaki, tangan dan wajah disertai Tekanan darah tinggi</p>
	<p>Perdarahan pada masa hamil muda maupun hamil tua</p>
	<p>Sebelum waktunya Air Ketuban pecah</p>
	<p>Pergerakan Janin berkurang</p>

Sumber: Buku KIA 2020

Apabila seorang ibu hamil pada masa kehamilannya mengalami salah satu tanda bahaya tersebut, akan berdampak terhadap persalinan, sehingga tanda bahaya di atas merupakan faktor penyebab terjadinya persalinan risiko tinggi. Disamping tanda bahaya kehamilan di atas, kita juga perlu mengantisipasi masalah-masalah yang dialami ibu selama kehamilan yang akan berdampak juga terhadap persalinan. Yaitu:

	<p>Gejala Penyakit Malaria, yakni demam, menggigil, berkeringat. Khususnya di daerah endemis malaria</p>
	<p>Batuk yang cukup lama lewat /lebih dari dua (2) minggu</p>
	<p>Diare yang terjadi berulang-ulang</p>
	<p>Nyeri di dada/ Jantung Berdebar-debar</p>

	<p>Sulit Tidur dan Cemas Berlebihan</p>
---	---

Sumber Buku KIA 2020

Masalah-masalah pada masa hamil ini jika dibiarkan terus menerus akan mempengaruhi proses persalinan, misalnya ibu yang mengalami sulit tidur dan kecemasan berlebihan akan menjadi stress yang mempengaruhi tubuh, sehingga bisa menimbulkan persalinan berjalan lama dikarenakan ibu tidak kooperatif. Bahkan jika hal ini dibiarkan berkelanjutan bisa berdampak juga sampai ke masa nifas ibu bisa mengalami depresi post partum

### 10.2.2 Kondisi Risiko Tinggi Pada Persalinan

Persalinan Adalah proses dimana janin, plasenta dan selaputnya keluar dari rahim/uterus ibu. Persalinan yang diharapkan hampir seluruh perempuan adalah melahirkan secara normal. Dimana persalinan normal adalah suatu proses melahirkan dengan usia kehamilan aterm /cukup bulan, melalui jalan lahir, dengan tenaga ibu sendiri tanpa adanya komplikasi.

Awal persalinan ditandai dengan adanya mules yang teratur, dan sering, bertambah kuat disertai, dengan pengeluaran blood sleem / lendir bercampur darah melalui vagina , atau bahkan ditandai dengan pecahnya ketuban.

Jika ketiga tanda ini terjadi pada kehamilan cukup bulan maupun kurang bulan maka ibu hamil diharapkan segera ke petugas Kesehatan karena ibu sudah memasuki masa yang disebut inpartu.

Persalinan Dengan Risiko Tinggi diklasifikasikan menjadi dua yakni ditinjau dari sisi ibu dan dari sisi Janin. Kondisi risiko ini memerlukan perhatian serius dari penolong persalinan karena merupakan penentu tinggi rendahnya kematian ibu dan janin dan juga morbiditas. Risiko tinggi pada persalinan antara lain:

1. Risiko tinggi persalinan oleh ibu
  - a. Air ketuban pecah sebelum waktunya
  - b. Inersia Uteri
  - c. Persalinan lama dilihat dari partograph yang sudah melampaui garis waspada
  - d. Ruptura uteri ditemukan Bandl's ring
  - e. Distosia karena jalan lahir (panggul sempit, adanya tumor)
  - f. Perdarahan semasa kehamilan (plasenta previa, solusio plasenta, ruptur sinus marginalis, ruptur vasa previa)
  - g. Retensio plasenta- plasenta rest.
2. Risiko tinggi persalinan oleh janin
  - a. Bersalin dengan letak janin yang tidak biasanya seperti : sungsang, kelainan posisi kepala dan letak lintang
  - b. Distosia karena, distosia bahu bayi, atau bayi yang besar
  - c. Berat badan bayi tidak sesuai usia kehamilan atau Dismaturitas
  - d. Macrosomia/ Bayi besar
  - e. Infeksi yang terjadi pada uterus/ intrauteri
  - f. Gawat janin/ Fetal Distress
  - g. Terbentuknya Caput succedaneum yang berukuran besar

Disamping hal tersebut diatas psikologis ibu dalam proses persalinan juga akan mempengaruhi risiko persalinan tersebut. Dampak psikologis antara lain:




1. Pemikiran yang mengganggu yang biasanya dimiliki seorang perempuan yang sedang hamil seperti rasa kekhawatiran, ketakutan, serta kecemasan merupakan berkembangnya reaksi kecemasan terhadap cerita yang didapatkan baik dari saudara, keluarga, teman maupun media. Kecemasan umumnya ketakutan ibu mengalami perdarahan, ketakutan nanti bayinya lahir cacat, ketakutan akan timbul adanya masalah lain pada hamilnya, ketakutan akan nyeri pada proses bersalin serta ketakutan jika dilakukan penjahitan dan saat bersalin takut adanya komplikasi. Jika nanti menyebabkan nyawa melayang /mati, serta rasa kekhawatiran nantinya tidak mampu dalam perawatan anak yang dilahirkan dalam keadaan sehat.. Rasa kecemasan yang berlebihan ini dapat menimbulkan masalah seperti terjadinya partus lama pada proses persalinan dimana ibu tidak tenang, tidak kooperatif sehingga berpengaruh pada his
2. Sikap ambivalen secara teori digambarkan dengan adanya suatu konflik perasaan secara terus menerus, seperti rasa mengasihi mencintai serta adanya ketidaksukaan pada orang lain atau saat kondisi . Walaupun sikap dari ambivalen merupakan reaksi dari seseorang yang normal, namun saat berada ditahap fase masa nifas dapat menimbulkan permasalahan lain lagi. Etiologi ambivalensi pada perempuan yang sedang hamil seperti : adanya kondisi dari fisik, perempuan tersebut, mempunyai Riwayat kehamilan yang lalu kurang baik, Wanita yang bekerja , pengalaman hamil yang buruk, wanita karier, tanggung jawab baru, rasa kekhawatiran tidak mampu jadi seorang ibu, kemampuannya menjadi ibu, status ekonomi /uang serta sikap dapat menerima serta dukungan keluarga inti

3. Stress. Faktor *predisposing* disebabkan oleh berbagai hal yang biasanya terjadi pada kehamilan trimester I, hal ini bisa berdampak negatif dan positif. Etiologi Stress dapat dibagi 2 yaitu instrinsik dan ekstrinsik. Stres Instrinsik muncul disebabkan oleh pengaruh perubahan fisik dan fisiologis pada tubuh Wanita hamil sedangkan stres ekstrinsik muncul dari faktor luar yaitu : kesendirian, adanya yang hilang dalam hidup missal kematian, mengalami penyakit tertentu pada masa reproduksi.

Disamping berbagai resiko tinggi yang telah dijabarkan diatas, penolong persalinan juga harus waspada dan bertindak cepat dalam kondisi kegawatdaruratan jika ditemukan hal-hal tanda bahaya dalam proses persalinan dibawah ini:

	Perdarahan melalui jalan lahir
	Ibu kejang
	Tali pusat /tangan bayi menumbung



	<p>Air Ketuban Hijau</p>
	<p>Adanya kekhawatiran, bingung dan cemas akan mengalami rasa nyeri yang sangat kuat</p>
	<p>Lemas kehabisan tenaga tidak kuat mengejan</p>

Sumber: buku KIA 2020

Berdasarkan hal diatas maka pada persalinan normal aspek yang paling penting dalam prosesnya adalah koperatifnya ibu bersalin dengan patuh terhadap arahan penolong persalinan dan adanya dukungan suami beserta keluarga.

### 10.3 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Risiko Tinggi

Asuhan Kebidanan merupakan keseluruhan aktifitas/kegiatan yang berasal dari suatu proses dalam mengambil sebuah keputusan serta kegiatan tindakan yang dilaksanakan Bidan berdasarkan wewenang serta ruang lingkup praktik berdasarkan pada ilmu dan kiat Kebidanan.

Bidan diharapkan tidak hanya berkontribusi dalam mengurangi komplikasi, kegawatdaruratan, kesakitan, kematian ibu serta bayi baru lahir. Lewat pendekatan asuhan kebidanan difokuskan pada mencegah, promosi kesehatan yang menyeluruh/holistik, diberikan secara kreatif serta fleksibel, suportif, peduli; membimbing, memonitor serta pendidikan yang berpusat pada perempuan, dilakukan secara berkesinambungan, berdasarkan keinginan, tidak otoriter dan menghargai pilihan perempuan. Bidan berupaya dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi, proses secara fisiologis dihargai, perlu dukungan serta dipertahankan. Jika muncul komplikasi, dapat digunakan teknologi yang tepat guna serta merujuk secara efektif, guna menyakinkan kesejahteraan ibu dan janin. Penempatan ibu / perempuan sebagai partner dilakukan dalam praktik kebidanan secara menyeluruh/holistic kondisi ibu dilihat secara fisik, psikologi emosional, sosial, budaya, keyakinan/spiritual dan riwayat kebidanannya. Bidan mempunyai otonomi penuh dalam melakukan praktik dan melakukan bersama tenaga kesehatan lainnya

Asuhan kebidanan mempromosikan, melindungi dan mendukung hak asasi, kespro serta seksual perempuan, dengan menghargai keberagaman agama, ras serta budaya. Dilakukan berdasarkan kerjasama /mitra bersama perempuan, bersifat menyeluruh /holistik serta contiyue mengakui cara perempuan berfikir dalam memahami sesuatu, pengalaman dalam hubungan sosialnya, spiritual ,emosional, psikologis, budaya serta fisik perempuan

Asuhan kebidanan didasari dengan penerapan etika, secara prinsipnya, adil, setara, serta menghormati martabat sesama manusia. Memahami hak guna menentukan nasibnya sendiri, pemenuhan rasa hormat secara berkelanjutan dan tidak otoriter. Demikian juga emansipatoris dalam memberikan perlindungan, peningkatan kesehatan serta status perempuannya secara social, memupuk keyakinan dan percaya diri perempuan dalam

menghadapi persalinan. Asuhan kebidanan diberikan dengan memperhatikan etika dan dilakukan secara kompeten, disampaikan serta dan dilakukan melalui hasil pendidikan secara formal serta Pendidikan lanjut, berdasarkan hasil peneliti yang menerapkan evidence based.

Asuhan yang dilakukan bidan dalam kondisi persalinan risiko tinggi maupun persalinan dengan masalah dan kegawat daruratan :

1. Melakukan pengkajian data baik subjektif, objektif dan penunjang
2. Menegakkan diagnose kebidanan
3. Memintakan informed counsent
4. Secara tim melakukan Tindakan sesuai kompetensi dan kewenangan
5. Melakukan interprofessional colaborasi
6. Tata laksana awal dan rujukan
7. Memberikan asuhan dengan sepenuh hati (*Respectfull Midwifery Care*), antisipasif dan fleksibel sesuai kebutuhan perempuan, bayi, keluarga dan masyarakat dengan menjalin hubungan baik antara Bidan dan perempuan.

Pada masa kehamilan bidan juga tetap memberikan asuhan pada ibu untuk persipan persalinan guna mengantisipasi segala kemungkinan yang tidak di inginkan terjadi, misalnya pada proses persalinan salah satu tanda risiko persalinan terjadi ketuban pecah sebelum waktunya, maka ibu dan keluarga tidak perlu terlalu khawatir akan persiapannya. Persiapan melahirkan yang disampaikan oleh bidan pada keluarga dan ibu diantaranya:

	<p>Ibu dan suami/keluarga agar selalui mengingat tanggal perkiraan persalinan. Suami/keluarga untuk mendampingi ibu pada saat persalinan</p>
	<p>Siapkan calon pendonor lebih dari 1 orang golongan darahnya sama dengan ibu hamil jika nanti diperlukan</p>
	<p>Siapkan tabungan/dana cadangan untuk persalinan. Pastikan kartu JKN masih berlaku</p>
	<p>Suami, keluarga dan masyarakat menyiapkan kendaraan yang sewaktu-waktu bisa diperlukan</p>
	<p>Merencanakan persalinan akan ditolong oleh bidan atau dokter di fasilitas Kesehatan</p>

	<p>Stiker P4K ditempel</p>
	<p>Siapkan KTP, Kartu keluarga, kebutuhan ibu dan kebutuhan bayinya</p>
	<p>Rencanakan ikut KB setelah bersalin</p>

Sumber Buku KIA 2023

Berbagai hasil penelitian telah membuktikan bahwa persalinan pervaginam lebih aman dari pada persalinan perabdominal, oleh sebab itu seluruh persalinan di fasilitas Kesehatan diupayakan melalui jalan lahir oleh tenaga Kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Kesehatan keluarga. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan 2017. Modul Pelatihan Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Bagi Dokter Umum, Bidan Dan Perawatdi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
- Direktorat Kesehatan keluarga. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan 2020. Modul Pelatihan blanded Learning Bagi Bidan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
- Ditjen BUK, Kemenkes, 2012, Buku Pedoman Sistem Rujukan Nasional
- Ditjen BUK, Kemenkes 2012, Buku Pedoman RS PONEK
- Ditjen BUK, Kemenkes 2012, Buku Pedoman Puskesmas PONED
- Ikatan Bidan Indonesia 2021, Modul Midwifery Update
- JNPK-KR, 2019, Pedoman Pelatihan PONEK.
- Kementerian Kesehatan 2018, Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.
- Kementerian Kesehatan, 2020 Buku Kesehatan Ibu dan Anak
- Kementerian Kesehatan, 2014 Modul Pemantauan Pertumbuhan,
- Kemenkes 2007, Buku Pedoman Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal
- Natoatmodjo Soekidjo, 2007. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni, Jakarta : Rineka Cipta
- WHO-Kemenkes 2013, Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan
- Undang-Undang No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 No. 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia No. 6325);

- SDKI. 2017. "Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017," in. Jakarta.
- Kusnandar V. 2022. Angka Kematian Ibu Mencapai 7 ribu pada tahun 2021, terbesar karena covid 19. Databooks.katadata.co.id
- Kemenkes RI. 2021. *Profil Kesehatan Indo-nesia, Pusdatin.Kemenkes.Go.Id*
- Kesehatan, K. 2018. "Laporan\_Nasional\_RKD2018\_FINAL.pdf," *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, p. 198

# **BAB 11**

## **KELUARGA BERENCANA**

*Oleh Dina Ayuning Tyas*

### **11.1 Konsep Keluarga Berencana**

KB adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran. KB merupakan tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran.

Tujuan Keluarga Berencana meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Di samping itu KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sasaran dari program KB, 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 kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.



## **11.2 Ruang Lingkup Keluarga Berencana**

Ruang lingkup program KB, meliputi:

1. Komunikasi informasi dan edukasi
2. Konseling
3. Pelayanan infertilitas
4. Pendidikan seks
5. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
6. Konsultasi genetic

## **11.3 Manfaat Usaha Kb Dipandang Dari Segi Kesehatan**

Peningkatan dan perluasan pelayanan KB merupakan salah satu usaha untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang semakin tinggi akibat kehamilan yang dialami wanita.

## **11.4 Akseptor Keluarga Berencana**

Akseptor KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran. Adapun jenis - jenis akseptor KB, yaitu:

1. Akseptor Aktif  
Akseptor aktif adalah kseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara / alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.
2. Akseptor aktif Kembali  
Akseptor aktif kembali adalah pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 (tiga) bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti / istirahat kurang lebih 3 (tiga) bulan berturut- turut dan bukan karena hamil.

3. Akseptor KB Baru  
Akseptor KB baru adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat / obat kontrasepsi atau pasangan usia subur yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.
4. Akseptor KB dini  
Akseptor KB dini merupakan para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.
5. Akseptor KB langsung  
Akseptor KB langsung merupakan para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus
6. Akseptor KB dropout  
Akseptor KB dropout adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan (BKKBN, 2007).

### **11.5 Pasangan Usia Subur**

Pasangan usia subur yaitu pasangan suami istri yang istrinya berumur 25 - 35 tahun atau pasangan suami istri yang istrinya berumur kurang dari 15 tahun dan sudah haid atau istri berumur lebih dari 50 tahun tetapi masih haid (datang bulan).

### **11.6 Kontrasepsi**

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari konsepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Untuk itu, berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua-duanya memiliki kesuburan normal

namun tidak menghendaki kehamilan. Kontrasepsi adalah usaha - usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha itu dapat bersifat sementara dapat bersifat permanen. Adapun akseptor KB menurut sasarannya, meliputi:

### **1. Fase Menunda Kehamilan**

Masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR.

### **2. Fase Mengatur/Menjarangkan Kehamilan**

Periode usia istri antara 20 - 30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2 - 4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

### **3. Fase Mengakhiri Kesuburan**

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontap, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB.

Adapun syarat - syarat kontrasepsi, yaitu:

1. Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
2. Efek samping yang merugikan tidak ada.
3. Kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
4. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan
5. Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol ketat selama pemakaian.
6. Cara penggunaannya sederhana
7. Harganya murah supaya dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
8. Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

### **11.7 Mutu Pelayanan KB**

Akses terhadap pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu merupakan suatu unsu penting dalam upaya mencapai pelayanan Kesehatan Reproduksi sebagaimana tercantum dalam program aksi dari *International Conference on Population and Development*, Kairo 1994. Secara khusus dalam hal ini termasuk hak setiap orang untuk memperoleh informasi dan akses terhadap berbagai metode kontrasepsi yang aman, efektif, terjangkau, dan akseptabel. Sementara itu, peran dan tanggung jawab pria dalam Keluarga Berencana perlu ditingkatkan, agar dapat mendukung kontrasepsi oleh istrinya, meningkatkan komunikasi di antara suami istri, meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi pria, meningkatkan upaya pencegahan IMS, dan lain-lain. Pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu meliputi hal-hal antara lain:

1. Pelayanan perlu disesuaikan dengan kebutuhan klien
2. Klien harus dilayani secara profesional dan memenuhi standar pelayanan
3. Kerahasiaan dan privasi perlu dipertahankan
4. Upayakan agar klien tidak menunggu terlalu lama untuk dilayani

5. Petugas harus memberi informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia
6. Petugas harus menjelaskan kepada klien tentang kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi
7. Fasilitas pelayanan harus memenuhi persyaratan yang ditentukan
8. Fasilitas pelayanan tersedia pada waktu yang ditentukan dan nyaman bagi klien
9. Bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup
10. Terdapat mekanisme supervisi yang dinamis dalam rangka membantu menyelesaikan masalah yang mungkin timbul dalam pelayanan
11. Ada mekanisme umpan balik yang relatif dari klien

Dalam upaya meningkatkan keberhasilan program Keluarga Berencana diperlukan petugas terlatih yang:

1. Mampu memberikan informasi kepada klien dengan sabar, penuh pengertian, dan peka
2. Mempunyai pengetahuan, sikap positif, dan ketrampilan teknis untuk member pelayanan dalam bidang kesehatan reproduksi
3. Memenuhi standar pelayanan yang sudah ditentukan
4. Mempunyai kemampuan mengenal masalah
5. Mempunyai kemampuan mengambil langkah-langkah yang tepat dalam mengatasi masalah tersebut, termasuk kapan dan kemana merujuk jika diperlukan
6. Mempunyai kemampuan penilaian klinis yang baik
7. Mempunyai kemampuan memberi saran-saran untuk perbaikan program
8. Mempunyai pemantauan dan supervisi berkala

9. Pelayanan program Keluarga Berencana yang bermutu membutuhkan
10. Pelatihan staf dalam bidang konseling, pemberian informasi dan ketrampilan teknis
11. Informasi yang lengkap dan akurat untuk klien agar mereka dapat memilih sendiri metode kontrasepsi yang akan digunakan
12. Suasana lingkungan kerja di fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan yang bermutu, khususnya dalam kemampuan teknis dan interaksi interpersonal antara petugas dan klien
13. Petugas dan klien mempunyai visi yang sama tentang pelayanan yang bermutu

**Tabel 11.1.** Peran Petugas dalam Pelayanan Keluarga Berencana

Metode KB	Petugas			
	Dokter	Bidan	Perawat	PLKB
Pil Kombinasi	√	√	√	√
Pil Progestin	√	√	√	√
Suntikan Progestin	√	√	K	K
Suntikan Kombinasi	√	√	K	K
Implan	√	√	K	K
Tubektomi	√	K	K	K
Vasektomi	√	K	K	K
Kondom	√	√	√	√
AKDR	√	√	K	K
Kalender	√	√	√	√
Metode Amenore	√	√	√	√

Metode KB	Petugas			
	Dokter	Bidan	Perawat	PLKB
Laktasi				
Abstinensi	√	√	√	√

Keterangan :

K : Hanya konseling dan merujuk

√ : Memberi pelayanan

**Tabel 11.2.** Peran Fasilitas Kesehatan dalam Pelayanan Keluarga Berencana

Metode KB	Petugas			
	RS	Puskesmas TT	Puskesmas	Posyandu
Pil Kombinasi	√	√	√	√
Pil Progestin	√	√	√	K
Suntikan Progestin	√	√	√	√
Suntikan Kombinasi	√	√	√	√
Implan	√	√	√	K
Tubektomi	√	K	K	K
Vasektomi	√	√	√	K
Kondom	√	√	√	√
AKDR	√	√	√	K
Kalender	√	√	√	√
Metode Amenore Laktasi	√	√	√	√
Abstinensi	√	√	√	√

Keterangan :

K : Hanya konseling dan merujuk

√ : Memberi pelayanan

Urutan prioritas	Fase menunda kehamilan	Fase menjarangkan kehamilan (anak < 2)	Fase tidak hamil lagi (anak > 3)
1	Pil	AKDR	Steril
2	AKDR	Suntikan	AKDR
3	Kondom	Minipil	Implan
4	Implan	Pil	Suntikan
5	Suntikan	Implan	Kondom
6		Kondom	Pil

**Gambar 11.1.** Pilihan metode kontrasepsi berdasarkan tujuan pemakaiannya

### TINGKAT EFEKTIFITAS METODE KONTRASEPSI

Metode Kontrasepsi	Kehamilan per 100 perempuan dalam 12 bulan pertama pemakaian		Metode Kontrasepsi	Kehamilan per 100 perempuan dalam 12 bulan pertama pemakaian	
	Dipakai secara tepat dan konsisten	Dipakai secara biasa		Dipakai secara tepat dan konsisten	Dipakai secara biasa
Implan	0,05	0,05	Kondom pria	2	15
Vasektomi	0,1	0,15	Metoda penilaian ovulasi	3	
AKDR LNG	0,2	0,2	Metoda Simptotermal	4	
Tubektomi	0,5	0,5	Metode Kalender	5	
AKDR TCu 380A	0,6	0,8	Diafragma dengan spermisida	6	18
Metode amenore laktasi (6 bulan)	0,9	2	Kondom wanita	5	21
Suntikan kombinasi sebulan sekali	0,05	3	Metoda alamiah lainnya		25
Suntikan progestin	0,3	3	Senggama terputus	4	27
Pil kombinasi	0,3	8	Spermisida	18	29
Pil Progestin	0,3	8	Tudung serviks	26 ; 9	32 ; 16
Koyo kombinasi	0,3	8	Tidak menggunakan kontrasepsi	85	85
Cincin vagina kombinasi	0,3	8			

0 - 0,9	1 - 9	10 - 25	26 - 32
Sangat Efektif	Efektif	Cukup Efektif	Kurang Efektif

**Gambar 11.2.** Tingkat efektifitas metode kontrasepsi



### 11.7.1 Pendekatan KB Berbasis Hak

Strategi ini menggunakan pendekatan berbasis hak, yang artinya langkah-langkah strategis yang dijelaskan di dalam dokumen ini bertujuan untuk memastikan terpenuhinya prinsip-prinsip hak asasi manusia sehingga masyarakat mendapatkan pelayanan dan informasi keluarga berencana dan kesehatan reproduksi yang dibutuhkannya untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan aman. Strategi berbasis hak ini berlandaskan pada prinsip hak asasi manusia yang meliputi:

1. Hak terhadap akses ke informasi KB dan pelayanan dengan standar tertinggi
2. Keadilan dalam akses
3. Pendekatan sistem kesehatan yang dapat diterapkan di sektor pemerintah dan swasta:
  - a. Integrasi KB dalam kontinum pelayanan kesehatan reproduksi
  - b. Standar etika dan profesional dalam memberikan pelayanan keluarga berencana
4. Perencanaan program berbasis bukti
5. Transparansi dan akuntabilitas
6. Pelayanan yang sensitif gender
7. Sensitivitas budaya
8. Kemitraan

Empat tujuan strategis dalam Strategi KB Berbasis Hak meliputi:

**Tujuan strategis 1:** Tersedianya Sistem penyediaan pelayanan KB merata dan berkualitas di sektor pemerintah dan swasta untuk menjamin agar setiap warga negara dapat memenuhi tujuan reproduksi mereka.

**Tujuan strategis 2:** Meningkatnya permintaan atas metode kontrasepsi modern yang terpenuhi dengan penggunaan yang berkelanjutan.

**Tujuan strategis 3:** Meningkatkan bimbingan dan pengelolaan di seluruh jenjang pelayanan serta lingkungan yang mendukung untuk program KB yang efektif, adil, dan berkelanjutan pada sektor publik dan swasta untuk memungkinkan semua pihak memenuhi tujuan-tujuan reproduksi mereka

**Tujuan strategis 4:** Berkembang dan diaplikasikannya inovasi dan bukti untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas program, dan berbagi pengalaman melalui kerjasama Selatan-Selatan.

Tujuan-tujuan strategis di atas disusun dengan mengacu kepada arah kebijakan RPJMN. Kegiatan, output dan dampak strategi KB yang berbasis hak mengintegrasikan prinsip hak asasi manusia dan pendekatan berbasis kesehatan masyarakat yang sangat berpengaruh dalam keberhasilan mencapai tujuan demografis. Hubungan antara RPJMN dan strategi Keluarga Berencana berbasis hak dapat di lihat pada Gambar 19.3



**Gambar 11.3.** Hubungan antara RPJMN dan strategi KB berbasis hak

### **11.7.2 Isu Terkait Dengan Sumber Daya Manusia Dalam Program Keluarga Berencana**

Kajian yang dilakukan oleh UNFPA pada tahun 2012 (UNFPA, 2012) menunjukkan banyak tantangan yang dihadapi pemerintah kabupaten/kota dalam melaksanakan program keluarga berencana. Tantangan-tantangan tersebut meliputi tidak tersedianya para petugas lapangan keluarga berencana (PLKB/PKB), kurangnya kapasitas pengelola program, dan terbatasnya pendanaan untuk program keluarga berencana. Rendahnya kapasitas pengelola program keluarga berencana di tingkat kabupaten/kota telah diidentifikasi sebagai tantangan utama, bahkan untuk kabupaten/kota yang memiliki Badan Kependudukan Keluarga Berencana Daerah yang berfungsi penuh dan independen. Disamping itu, masalah penting lain yang dihadapi oleh kabupaten/kota adalah ketersediaan PLKB/PKB. Seorang PLKB/PKB sedianya bertanggung jawab untuk mengelola sebanyak-banyaknya 2 desa. Namun, saat ini perbandingan PLKB/PKB dengan jumlah desa yang ditanganinya sangat bervariasi dengan rasio yang sangat rendah di sebagian besar kabupaten/kota, terutama di wilayah timur Indonesia, dimana rata-rata 1 orang PLKB/PKB melayani 3,6 desa.

Kemampuan dan kapasitas Organisasi Perangkat Daerah KB (OPD KB) untuk memberikan advokasi kepada para pembuat keputusan anggaran di kabupaten/kota, seperti Walikota/ Bupati, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda), dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) juga masih terbatas, sebagaimana dilaporkan dalam hasil kajian. Tingginya pergantian staf dan perpindahan posisi kerja ke tempat yang berbeda, latar belakang pendidikan yang tidak sesuai, dan kurangnya pengalaman kerja dalam program keluarga berencana merupakan sebagian dari temuan-temuan utama yang berulang kali ditemukan di banyak kabupaten/kota. Hal ini berkontribusi pada rendahnya alokasi dana untuk program keluarga berencana.

Isu penting lainnya adalah ketersediaan petugas kesehatan seperti bidan di lapangan. Bidan adalah penyedia pelayanan keluarga berencana utama di Indonesia. Meskipun jumlah dan distribusi bidan dilaporkan lebih baik dibandingkan dengan dengan petugas kesehatan lainnya seperti dokter umum dan dokter spesialis, namun distribusi bidan juga masih tidak merata dan terkonsentrasi di kotakota besar. Rasio petugas kesehatan menurut jumlah penduduk dapat dilihat pada Gambar 11.4 di bawah ini.

Tenaga Kesehatan	Rasio per 100.000 penduduk
Dokter Umum	45
Perawat	180
Bidan	120

## 11.8 Rasio tenaga kesehatan menurut jumlah penduduk tahun 2016

### 11.8.1 Jaminan Ketersediaan Kontrasepsi

Kajian yang dilaksanakan oleh BKKBN dan UNFPA di tahun 2013 menunjukkan beberapa isu dan tantangan dalam manajemen logistik kontrasepsi sebagai berikut:

1. Metodologi perencanaan kebutuhan alokon yang berdasarkan target dan bukan berdasarkan pemakaian yang sebenarnya menyebabkan terjadinya overestimasi pada perhitungan cakupan program keluarga berencana.
2. Masalah distribusi alokon ke titik-titik tempat pelayanan. Kajian menemukan stock-out tinggi (42%) di titik-titik tempat pelayanan.
3. Dalam konteks gudang dan penanganan komoditas keluarga berencana, banyak gudang yang masih belum memenuhi standard.

4. Terbatasnya kapasitas gudang serta kurangnya pengalaman dan ketrampilan staf logistik merupakan hal yang berkontribusi terhadap temuan di atas.

### **11.8.2 Jenis-jenis Metode KB Hormonal**

#### **1. Pil KB Kombinasi**

- a. Mekanisme: Pil kombinasi menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma, dan mengganggu pergerakan tuba sehingga transportasi telur terganggu. Pil ini diminum setiap hari.
- b. Efektivitas: Bila digunakan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
- c. Efek samping:\* Perubahan pola haid (haid jadi sedikit atau semakin pendek, haid tidak teratur, haid jarang, atau tidak haid), sakit kepala, pusing, mual, nyeri payudara, perubahan berat badan, perubahan suasana perasaan, jerawat (dapat membaik atau memburuk, tapi biasanya membaik), dan peningkatan tekanan darah.
- d. Mengapa beberapa orang menyukainya: Pemakaiannya dikendalikan oleh perempuan, dapat dihentikan kapanpun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan, dan tidak mengganggu hubungan seksual.
- e. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Relatif mahal dan harus digunakan tiap hari.  
\*) Beberapa efek samping tidak berbahaya dan akan menghilang setelah pemakaian beberapa bulan, misalnya haid tidak teratur

## 2. Pil Hormon Progestin

- a. Mekanisme: Minipil menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu. Pil diminum setiap hari.
- b. Efektivitas: Bila digunakan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
- c. Keuntungan khusus bagi kesehatan: Tidak ada.
- d. Risiko bagi kesehatan: Tidak ada.
- e. Efek samping: Perubahan pola haid (menunda haid lebih lama pada ibu menyusui, haid tidak teratur, haid memanjang atau sering, haid jarang, atau tidak haid), sakit kepala, pusing, perubahan suasana perasaan, nyeri payudara, nyeri perut, dan mual.
- f. Mengapa beberapa orang menyukainya: Dapat diminum saat menyusui, pemakaiannya dikendalikan oleh perempuan, dapat dihentikan kapanpun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan, dan tidak mengganggu hubungan seksual.
- g. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Harus diminum tiap hari.

## 3. Pil KB Darurat (*Emergency Contraceptive Pills*)

Kontrasepsi darurat digunakan dalam 5 hari pasca senggama yang tidak terlindung dengan kontrasepsi yang tepat dan konsisten. Semakin cepat minum pil kontrasepsi darurat, semakin efektif. Kontrasepsi darurat banyak digunakan pada korban perkosaan dan hubungan seksual tidak terproteksi.

Penggunaan kontrasepsi darurat tidak konsisten dan tidak tepat dilakukan pada:

- a. Kondom terlepas atau bocor
- b. Pasangan yang tidak menggunakan kontrasepsi alamiah dengan tepat (misalnya gagal abstinens, gagal menggunakan metoda lain saat masa subur).
- c. Terlanjur ejakulasi pada metoda senggama terputus.
- d. Klien lupa minum 3 pil kombinasi atau lebih, atau terlambat mulai papan pil baru 3 hari atau lebih.
- e. AKDR terlepas
- f. Klien terlambat 2 minggu lebih untuk suntikan progesteron 3 bulanan atau terlambat 7 hari atau lebih untuk metoda suntikan kombinasi bulanan.

#### **4. KB Suntik Kombinasi**

- a. Mekanisme: Suntikan kombinasi menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, atrofi pada endometrium sehingga implantasi terganggu, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Suntikan ini diberikan sekali tiap bulan.
- b. Efektivitas: Bila digunakan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.
- c. Efek samping: Perubahan pola haid (haid jadi sedikit atau semakin pendek, haid tidak teratur, haid memanjang, haid jarang, atau tidak haid), sakit kepala, pusing, nyeri payudara, kenaikan berat badan.
- d. Mengapa beberapa orang menyukainya: Tidak perlu diminum setiap hari, ibu dapat mengguakanya tanpa diketahui siapapun, suntikan dapat dihentikan kapan saja, baik untuk menjarangkan kehamilan.

- e. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Penggunaannya tergantung kepada tenaga kesehatan.

## 5. Suntikan Progestin

- a. Mekanisme: Suntikan progestin mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Suntikan diberikan 3 bulan sekali (DMPA)
- b. Efektivitas: Bila digunakan dengan benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun. Kesuburan tidak langsung kembali setelah berhenti, biasanya dalam waktu beberapa bulan.
- c. Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mengurangi risiko kanker endometrium dan fibroid uterus. Dapat mengurangi risiko penyakit radang paggul simptomatik dan anemia defisiensi besi. Mengurangi gejala endometriosis dan krisis sel sabit pada ibu dengan anemia sel sabit.
- d. Risiko bagi kesehatan: Tidak ada.
- e. Efek samping: Perubahan pola haid (haid tidak teratur atau memanjang dalam 3 bulan pertama, haid jarang, tidak teratur atau tidak haid dalam 1 tahun), sakit kepala, pusing, kenaikan berat badan, perut kembung atau tidak nyaman, perubahan suasana perasaan, dan penurunan hasrat seksual.
- f. Mengapa beberapa orang menyukainya: Tidak perlu diminum setiap hari, tidak mengganggu hubungan seksual, ibu dapat menggunakannya tanpa diketahui siapapun, menghilangkan haid, dan membantu meningkatkan berat badan.
- g. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Penggunaannya tergantung kepada tenaga kesehatan.



## 6. Implan

- a. Mekanisme: Kontrasepsi implan menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi, dan mengurangi transportasi sperma. Implan dimasukkan di bawah kulit dan dapat bertahan hingga 3-7 tahun, tergantung jenisnya.
- b. Efektivitas: Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
- c. Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mengurangi risiko penyakit radang paggul simtomatik. Dapat mengurangi risiko anemia defisiensi besi.
- d. Risiko bagi kesehatan: Tidak ada.
- e. Efek samping: Perubahan pola haid (pada beberapa bulan pertama: haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur lebih dari 8 hari, haid jarang, atau tidak haid; setelah setahun: haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur, dan haid jarang), sakit kepala, pusing, perubahan suasana perasaan, perubahan berat badan, jerawat (dapat membaik atau memburuk), nyeri payudara, nyeri perut, dan mual.
- f. Mengapa beberapa orang menyukainya: Tidak perlu melakukan apapun lagi untuk waktu yang lama setelah pemasangan, efektif mencegah kehamilan, dan tidak mengganggu hubungan seksual.
- g. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Perlu prosedur bedah yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih.

### 11.8.3 Jenis-jenis KB Non Hormonal

#### 1. Tubektomi

- a. Mekanisme: Menutup tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

- b. Efektivitas: Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 dalam 1 tahun.
- c. Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mengurangi risiko penyakit radang panggul. Dapat mengurangi risiko kanker endometrium.
- d. Risiko bagi kesehatan: Komplikasi bedah dan anestesi.
- e. Efek samping: Tidak ada.
- f. Mengapa beberapa orang menyukainya: Menghentikan kesuburan secara permanen.
- g. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Perlu prosedur bedah yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih.

## **2. Vasektomi**

- a. Mekanisme: Menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.
- b. Efektivitas: Bila pria dapat memeriksakan semennya segera setelah vasektomi, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 dalam 1 tahun.
- c. Keuntungan khusus bagi kesehatan: Tidak ada.
- d. Risiko bagi kesehatan: Nyeri testis atau skrotum (jarang), infeksi di lokasi operasi (sangat jarang), dan hematoma (jarang). Vasektomi tidak memengaruhi hasrat seksual, fungsi seksual pria, ataupun maskulinitasnya.
- e. Efek samping: Tidak ada.
- f. Mengapa beberapa orang menyukainya: Menghentikan kesuburan secara permanen, prosedur bedahnya aman dan nyaman, efek samping lebih sedikit dibanding metode-metode yang digunakan wanita, pria ikut

mengambil peran, dan meningkatkan kenikmatan serta frekuensi seks.

- g. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Perlu prosedur bedah yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih.

### **3. Kondom**

- a. Mekanisme: Kondom 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.
- b. Efektivitas: Bila digunakan dengan benar, risiko kehamilan adalah 2 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
- c. Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mencegah penularan penyakit menular seksual dan konsekuensinya (misal: kanker serviks).
- d. Risiko bagi kesehatan: Dapat memicu reaksi alergi pada orang-orang dengan alergi lateks.
- e. Efek samping: Tidak ada.
- f. Mengapa beberapa orang menyukainya: Tidak ada efek samping hormonal, mudah didapat, dapat digunakan sebagai metode sementara atau cadangan (backup) sebelum menggunakan metode lain, dapat mencegah penularan penyakit menular seksual.
- g. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Keberhasilan sangat dipengaruhi cara penggunaan, harus disiapkan sebelum berhubungan seksual.

### **4. Senggama Terputus (Coitus Interruptus)**

- a. Mekanisme: Metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi

- b. Efektivitas: Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan adalah 4 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
- c. Keuntungan khusus bagi kesehatan: Tidak ada.
- d. Risiko bagi kesehatan: Tidak ada.
- e. Efek samping: Tidak ada.
- f. Mengapa beberapa orang menyukainya: Tidak ada efek samping, tidak perlu biaya dan prosedur khusus, membantu ibu mengerti tubuhnya, dan sesuai bagi pasangan yang menganut agama atau kepercayaan tertentu.
- g. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Kurang efektif.

## **5. Lactational Amenorrhea Method**

- a. Mekansime: Kontrasepsi MAL mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif untuk menekan ovulasi. Metode ini memiliki tiga syarat yang harus dipenuhi:
  - 1) Ibu belum mengalami haid
  - 2) Bayi disusui secara eksklusif dan sering, sepanjang siang dan malam
  - 3) Bayi berusia kurang dari 6 bulan
- b. Efektivitas: Risiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan.
- c. Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi.
- d. Efek samping: Tidak ada

## 6. Diafragma

- a. Mekanisme: Diafragma adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang dimasukkan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks sehingga sperma tidak dapat mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii).Dapat pula digunakan dengan spermisida.
- b. Efektivitas: Bila digunakan dengan benar bersama spermisida, risiko kehamilan adalah 6 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
- c. Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mencegah penularan penyakit menular seksual dan kanker serviks.
- d. Risiko bagi kesehatan: Infeksi saluran kemih, vaginosis bakterial, kandidiasis, sindroma syok toksik.
- e. Efek samping: Iritasi vagina dan penis, lesi di vagina.
- f. Mengapa beberapa orang menyukainya: Tidak ada efek samping hormonal, pemakaiannya dikendalikan oleh perempuan, dan dapat dipasang sebelum berhubungan seksual.
- g. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Memerlukan pemeriksaan dalam untuk menentukan ukuran yang tepat, keberhasilan tergantung cara pemakaian.

## 7. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

- a. Mekanisme: Dalam Rahim AKDR dimasukkan ke dalam uterus. AKDR menghambat (AKDR) kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu, mencegah implantasi telur dalam uterus.

- b. Efektivitas: Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun. Efektivitas dapat bertahan lama, hingga 12 tahun.
- c. Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mengurangi risiko kanker endometrium.
- d. Risiko bagi kesehatan: Dapat menyebabkan anemia bila cadangan besi ibu rendah sebelum pemasangan dan AKDR menyebabkan haid yang lebih banyak. Dapat menyebabkan penyakit radang panggul bila ibu sudah terinfeksi klamidia atau gonorea sebelum pemasangan.
- e. Efek samping: Perubahan pola haid terutama dalam 3-6 bulan pertama (haid memanjang dan banyak, haid tidak teratur, dan nyeri haid).
- f. Mengapa beberapa orang menyukainya: Efektif mencegah kehamilan, dapat digunakan untuk waktu yang lama, tidak ada biaya tambahan setelah pemasangan, tidak mempengaruhi menyusui, dan dapat langsung dipasang setelah persalinan atau keguguran.
- g. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Perlu prosedur pemasangan yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih

## **8. AKDR dengan Progestin**

- a. Mekanisme: Progestin AKDR dengan progestin membuat endometrium mengalami transformasi yang ireguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi; mencegah terjadinya pembuahan dengan memblokir bersatunya ovum dengan sperma; mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba falopii; dan menginaktifkan sperma
- b. Efektivitas: Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.

- c. Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mengurangi risiko anemia defisiensi besi. Dapat mengurangi risiko penyakit radang panggul. Mengurangi nyeri haid dan gejala endometriosis.
- d. Risiko bagi kesehatan: Tidak ada.
- e. Efek samping: Perubahan pola haid (haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur, haid jarang, haid memanjang, atau tidak haid), jerawat, sakit kepala, pusing, nyeri payudara, mual, kenaikan berat badan, perubahan suasana perasaan, dan kista ovarium.
- f. Mengapa beberapa orang menyukainya: Efektif mencegah kehamilan, dapat digunakan untuk waktu yang lama, tidak ada biaya tambahan setelah pemasangan.
- g. Mengapa beberapa orang tidak menyukainya: Perlu prosedur pemasangan yang harus dilakukan tenaga kesehatan terlatih.

## DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, Biran; Baharudin, M; Soekir, S. 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Edisi Kedua*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- BKKBN; Kemenkes RI; Bappenas; UNFPA; Embassy of Canada. 2017. *Strategi Pelaksanaan Program Keluarga Berencana Berbasis Hak untuk Percepatan Akses terhadap Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi yang Terintegrasi dalam Mencapai Tujuan Pembangunan Indonesia*. Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2013. *Situasi Keluarga Berencana di Indonesia*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI; WHO. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Kemenkes RI. 2014. *Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.





# **BAB 12**

## **ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN**

*Oleh Kamidah*

### **12.1 Pendahuluan**

Melahirkan dan kelahiran adalah peristiwa alami yang terjadi dalam kehidupan seseorang. Saat seorang bayi dilahirkan, momen ini memiliki makna sosial yang penting bagi ibu dan keluarganya. Peran utama ibu adalah melahirkan bayinya, sementara keluarga berperan dalam memberikan bantuan dan dukungan selama proses persalinan. Peran bidan menjadi sangat penting dalam memberikan bantuan dan dukungan kepada ibu agar seluruh rangkaian proses persalinan berlangsung dengan aman, baik bagi ibu maupun bayi yang baru lahir. Tujuan dari perawatan persalinan adalah untuk menyelenggarakan persalinan yang bersih dan aman bagi setiap ibu yang melahirkan serta memastikan kelangsungan hidup yang sehat bagi ibu dan bayi yang dilahirkan. Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan pengetahuan dan keterampilan yang kompeten dalam menolong persalinan dari seorang bidan. Persalinan terdiri dari empat tahap, yaitu tahap I, tahap II, tahap III, dan tahap IV. Pada bagian ini, akan dibahas tentang tindakan kebidanan yang dilakukan pada setiap tahap persalinan, dimulai dari proses pengkajian untuk memastikan diagnosa inpartu.

## 12.2 Pengumpulan Data

Ketika ibu datang dan merasa akan melahirkan, komponen riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik perlu di kumpulkan, hal ini bertujuan untuk memastikan apakah ibu benar masuk dalam persalinan, data tersebut meliputi:

### 12.2.1 Anamnese

1. Identitas (nama, umur)
2. Keluhan yang dirasakan oleh ibu yang berkaitan dengan tanda gejala persalinan yaitu kontraksi dan pengeluaran pervagina (*bloody show*).
3. Tanyakan tentang waktu mulai timbulnya his, frekuensi dalam 10 menit, lamanya dan perbedaan intensitas his saat berbaring dan saat berjalan.
4. Tanyakan gerakan janin saat ini,
5. Pengeluaran cairan ketuban apakah ada/tidak.
6. Apakah ada pengeluaran darah
7. Riwayat kehamilan sekarang : tanyakan kapan Hari Pertama Haid yang Terakhir (HPHT), hal ini untuk mengetahui waktu perkiraan dalam persalinan berdasarkan rumus Neagle yaitu hari +7, bulan -3. Riwayat lain yang perlu ditanyakan adalah berapa kali ibu hamil dan berapa kali melahirkan. Adakah komplikasi saat hamil ini seperti perdarahan.
8. Riwayat persalinan: jenis persalinan terdahulu, penolong, berat badan bayi saat lahir, kesulitan atau komplikasi persalinan
9. Kapan terakhir makan dan minum.
10. Kapan terakhir BAB dan BAK.

### 12.2.2 Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum
2. Tanda vital (tekanan darah, suhu tubuh, denyut nadi)
3. Tinggi Badan dan Berat badan

4. Denyut jantung janin (kuat atau lemah, frekuensi, punktum maksimum)
5. Pola kontraksi ( kuat/lemah, frekuensi, lama, intervalnya)
6. Gerakan janin.
7. Ukur Tinggi Fundus Uteri dan perkirakan berat badan janin
8. Lakukan palpasi uterus periksa letak janin, presentasi, dan pastikan janin tunggal/gemeli  
Periksa apakah kepala atau bagian terendah janin sudah masuk panggul/belum.
9. Periksa apakah ada oedem pada wajah dan ekstremitas bawah
10. Periksa dalam (*vaginal toucher*)  
Nilai kondisi portio/servik bagaimana konsistensinya, pendatarannya, pembukaannya. Nilai apakah selaput ketuban apakah masih utuh, nilai presentasi janin, posisi, kondisi tulang-tulang janin/sutura pada presentasi kepala, penurunan bagian terendah janin.

### **12.3 Menilai dan Menegakan Diagnosa**

Berdasarkan data yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasi untuk menentukan diagnosis persalinan, apakah ibu masuk dalam persalinan atau belum.

Diagnosis Inpartu ditegakan berdasarkan data adanya pembukaan servik, adanya kontraksi, pengeluaran lendir darah.

Contoh Diagnosa:

1. Ny. A Inpartu kala I fase latent
2. Ny. A Inpartu kala I fase aktif
3. Ny. A Inpartu kala II
4. Ny. A Inpartu kala III
5. Ny. A Inpartu kala IV

## **12.4 Asuhan Kebidanan**

Jika diagnosa inpartu sudah ditegakan maka langkah selanjutnya adalah memberikan asuhan kebidanan sesuai diagnosa yang telah dibuat. Berikut rencana asuhan kebidanan yang diberikan sesuai kondisi ibu dalam setiap kala

### **12.4.1 Asuhan Kebidanan Kala I**

Persalinan kala I dibagi menjadi 2 yaitu Fase latent dan fase aktif : diagnosa kala I fase latent ditegakan jika pembukaan servik/portio kurang dari 4 cm, dan persalinan fase aktif jika pembukaan 4-10. Rencana tindakan/asuhan untuk kala I baik fase latent maupun fase aktif adalah sama, perbedaannya pada tempat pendokumentasiannya. Jika fase latent dicatat dalam lembaran khusus atau bisa dibuku KIA ibu. Sedangkan pada fase aktif pendokumentasian dilakukan di partograf. Berikut tindakan pada persalinan kala I:

Nilai kondisi ibu dan bayi, meliputi:

1. Denyut Jantung Janin setiap 30 menit
2. Kontraksi/His (nilai frekuensi, lamanya kontraksi) setiap 30 menit
3. Nadi setiap 30 menit
4. Ukur Tekanan darah setiap 4 jam
5. Ukur suhu tubuh setiap 2 jam
6. Pembukaan servik, pendataran servik, penurunan bagian terendah janin,dan molage setiap 4 jam
7. Produksi urine setiap 2-4 jam
8. Penkes tentang aktifitas ibu (berjalan-jalan, istirahat, duduk, berbaring,menghindari tidur terlentang karena beban uterus akan menekan vena kava inferior sehingga sirkulasi darah placenta ke janin terganggu yang dapat menyebabkan janin hipoksia)
9. Bimbing ibu untuk rileks saat timbul kontraksi (nafas panjang, dzikir dll)

10. Management nyeri ( pijatan/usapan dipunggung, diperut, nafas panjang dll)
11. Penuhi kebutuhan cairan dan nutrisi
12. Penuhi kebutuhan eliminasi (BAK/BAB)
13. Jaga kebersihan ibu
14. Dampingi ibu ( bisa keluarganya) atau orang terdekat ibu
15. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi
16. Siapkan peralatan dan obat.

### **Perlengkapan, bahan dan obat untuk asuhan persalinan**

Pastikan peralatan dan bahan serta obat tersedia dalam keadaan berfungsi baik: bersih, DTT, atau steril, serta obat tidak kedaluwarsa.

1. Partus set dalam bak instrumen berisi :
  - a. Klem/kocher 2 buah
  - b. Gunting tali pusat
  - c. Benang tali pusat/klem tali pusat
  - d. Kateter nelaton
  - e. Gunting episiotomi
  - f. Setengah kocher
  - g. Hand scoon 2 pasang
  - h. Kassa secukupnya
  - i. Kapas dtt
  - j. Spuit 3 ml dengan jarum im
  - k. De lee
2. Heating set
  - a. Spuit 10 ml
  - b. Pincet
  - c. Nalpoder
  - d. Jarum jahit 2-3 buah (ukuran 9 dan 11)
  - e. Benang cromatic (ukurana 2.0 atau 3.0)

f. Hand scoon

3. Bahan lain

- a. Kain bersih, handuk (bisa minta dari keluarganya)
- b. Waslap
- c. Pakai ganti ibu (celana dalam, pembalut, baju ganti)
- d. Tensi meter
- e. Termometer
- f. Stetoskop
- g. Jam
- h. Dopples/fetoskop
- i. Partograf
- j. Apd
- k. Tempat sampah (sampah medis, non medis, sampah tajam)
- l. Wadah larutan clorin 0,5%

4. Perlengkapan resusitasi

- a. Balon resusitasi atau sungkup nomor 0 dan 1
- b. Lampu sorot
- c. Tempat resusitasi

5. Obat-obatan

- a. Oksitosin 10 unit (8 ampul)
- b. Lidokain 1% tanpa efineprin (20 ml)
- c. Cairan infus RL atau NaCl (3 botol)
- d. Infus set
- e. Abocant No. 16-18 G
- f. Metil ergometrin (2 ampul)
- g. MgSO<sub>4</sub> 40% 25 gr (2 vial)
- h. S spuit 2,5-3 ml (6 buah), spuit 5 ml (2buah), spuit 10 ml (1 buah)
- i. Vit K1 (1 ampul)

- j. Salep mata tetracyclin 1%

#### **12.4.2 Asuhan Kebidanan Kala II**

Tanda dan gejala seorang wanita memasuki kala II:

1. Ibu merasa ingin meneran pada saat terjadinya kontraksi
2. Ibu merasakan tekanan pada rektum dan atau vagina meningkat atau merasa ingin buang air besar
3. Saat ada kontraksi perineum tampak menonjol
4. Anus, vulva vagina dan sfingter ani membuka pada saat kontraksi
5. Terkadang tampak kepala janin di vulva saat ada kontraksi
6. Peningkatan pengeluaran lendir darah

Tanda kala II pada pemeriksaan dalam:

1. Portio tidak teraba atau pembukaan servik lengkap
2. Tampak bagian kepala janin di introitus vagina

Berdasarkan data –data tanda gejala kala II, maka dapat ditegakan diagnosa Inpartu Kala II, dan bidan menyusun rencana asuhan kebidanan kala II.

1. Informasikan pada ibu, bahwa ibu sudah memasuki persalinan kala II
2. Jika selaput ketuban belum pecah, maka lakukan pemechan ketuban
3. Atur posisi ibu saat meneran
  - a. Bantu ibu memperoleh posisi yang paling nyaman baginya (posisi duduk, setengah duduk, jongkok, berdiri, merangkak, atau berbaring miring ke kiri )
  - b. Jangan perbolehkan ibu melahirkan pada posisi berbaring terlentang /supine ( karena uterus dan isinya akan menekan vena cava inferior sehingga aliran darah plasenta menurun dan mengakibatkan hipoksia janin )



- c. Letakan kain bersih sebagai alas saat melahirkan bayi
- 4. Ajari ibu cara meneran
  - a. Saat ada kontraksi, anjurkan ibu meneran sesuai dorongan alamiahnya dan jangan menahan napas saat meneran
  - b. Saat tidak ada kontraksi anjurkan ibu untuk beristirahat
  - c. Beri asupan nutrisi atau minum saat ibu istirahat (waktu diantara kontraksi)
  - d. Upayakan kenyamanan pada ibu misalnya dengan meminta pendamping menyeka keringat ibu
  - e. Berikan asuhan sayang ibu dan bayi.  
(lakukan tindakan-tindakan yang direkomendasikan misalnya jangan mendorong fundus uteri untuk membantu kelahiran bayi, hal ini meningkatkan resiko distoksia bahu dan rupture uteri )
  - f. Nilai denyut jantung janin setiap 5-10 menit
  - g. Rujuk ibu jika bayi tidak lahir, pada primi gravida dirujuk jika sudah lebih dari 120 menit dan pada multi gravida jika sudah dipimpin selama 60 menit.
- 5. Lakukan Pencegahan Laserasi
  - a. Laserasi atau robekan pada vagina atau perineum dapat terjadi ketika kelahiran kepala dan atau bahu janin
  - b. Robekan pada jalan lahir meningkat apabila bayi lahir terlalu cepat , maka penolong dapat mengendalikan kelahiran bayi.
  - c. Lakukan manuver tangan yang tepat untuk mengendalikan kelahiran bayi dan membantu mencegah robekan jalan lahir.
  - d. Tindakan episiotomi secara rutin tidak direkomendasikan.

Episiotomi atau pelebaran jalan lahir dapat dilakukan atas indikasi untuk mempercepat persalinan pada kondisi:

- 1) Fetal distress atau gawat janin dengan tanda DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali menit, denyut jantung melemah dan atau tidak beraturan.
- 2) Ada penyulit persalinan pervaginam (letak sungsang, distosia bahu, persalinan dengan tindakan seperti forceps, vakum)
- 3) Terdapat jaringan parut pada perineum yang menghambat kemajuan persalinan

6. Melahirkan Kepala Bayi

- a. Meletakkan tangan kanan pada perineum dan alasi tangan dengan kain yang bersih dan kering untuk mencegah agar perineum tidak robek saat kepala bayi melakukan ekstensi.
- b. Letakkan tangan kiri pada kepala bayi bagian atas, berikan tekanan yang lembut pada kepala bayi agar kepala tidak melakukan defleksi terlalu cepat (biarkan kepala bayi keluar secara bertahap dibawah control tangan tersebut)
- c. Jika air ketuban mengandung mekonium maka lakukan penghisapan secara hati-hati pada mulut dan hidung bayi segera setelah kepala lahir (sebelum bahu lahir karena bayi akan menarik napas pertama setelah bahu dan dada dilahirkan)
- d. Jangan melakukan penghisapan secara rutin pada mulut dan hidung bayi (sebagian bayi sehat tidak memerlukannya)

7. Periksa Tali Pusat pada Leher

- a. Setelah kepala lahir maka minta ibu untuk berhenti meneran dan anjurkan untuk bernafas cepat

- b. Raba leher bayi periksa apakah ada/tidak lilitan tali pusat
- c. Jika ada lilitan dan lilitan longgar maka lepaskan melewati kepala bayi
- d. Jika lilitan erat maka klem di dua tempat dan potong tali pusat diantara kedua klem tersebut

#### 8. Melahirkan Bahu

- a. Setelah kepala bayi lahir dan memeriksa tali pusat, tunggu rotasi eksternal kepala bayi
- b. Letakkan satu tangan pada masing-masing sisi kepala bayi dan beritahukan ibu untuk meneran pada kontraksi berikutnya
- c. Lakukan tarikan perlahan kearah bawah dan luar secara lembut hingga bahu anterior tampak dibawah arkus pubis
- d. Angkat kepala bayi kearah atas dan luar untuk melahirkan bahu posterior
- e. Antisipasi adanya kemungkinan distokia bahu pada setiap persalinan.

#### 9. Melahirkan Tubuh Bayi

- a. Saat bahu posterior lahir, selipkan tangan pada bagian bawah (posterior) dan biarkan bagian tangan bayi lahir, kendalikan kelahiran siku dan tangan dengan jari-jari.
- b. Gunakan tangan bagian depan (anterior) untuk melahirkan bahu anterior dan mengendalikan kelahiran siku dan tangan
- c. Pegang tubuh bayi dengan kedua tangan untuk mengendalikan kelahiran seluruh badan bayi
- d. Setelah tubuh bayi lahir, posisikan bayi sedikit ekstensi kepala lebih rendah dari tubuh sekitar 15 derajat, hal ini bertujuan agar jika terdapat lendir dalam saluran pernafasan akan mudah di hisap atau dikeluarkan.

Nilai dengan cepat meliputi apakah bayi menangis atau tidak, gerakan bayi apakah aktif/tidak, dan warna kulit apakah kemerahan. Jika ya berarti bayi sehat.

- e. Baringkan bayi diatas kain/handuk diperut ibu sehingga kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya
- f. Jika dari hasil penilaian bayi jawabannya tidak maka segera potong tali pusat dan lakukan resusitasi pada bayi

#### 10. Meringkan dan Merangsang Bayi

- a. Segera keringkan tubuh bayi dengan kain/handuk, keringkan mulai dari kepala badan, punggung, dan kaki. Jangan mengeringkan pada bagian telapak tangan bayi karena bau cairan yang ada pada telapak tangan akan menjadi petunjuk bayi untuk mencari puting susu saat dilakukan IMD
- b. Rangsang punggung bayi jika bernapas kurang baik atau tepuk-tepuk telapak kaki bayi.
- c. Ganti kain/handuk dengan kain/handuk yang baru/kering dan selimuti tubuh bayi untuk mencegah hipotermi.
- d. Pastikan bagian kepala bayi tertutup dengan baik

#### 11. Memotong Tali Pusat

- a. Klem tali pusat (dengan dua buah klem) pada jarak 3 cm dari pangkal pusat bayi (jarak 2 klem 2 cm)
- b. Potong tali pusat diantara kedua klem sambil melindungi bayi dari gunting dengan tangan kiri lalu ikat ujung tali pusat dengan klem plastik/benang.
- c. Perhatikan kebersihan saat memotong tali pusat(ganti sarung tangan jika sudah kotor, gunakan gunting/pisau steril/DTT)

- d. Periksa tali pusat tiap 15 menit, untuk menilai apakah ada perdarahan tali pusat, jika terjadi perdarahan, lakukan pengikatan ulang yang lebih kuat
- e. Jangan mengoleskan obat atau ramuan apapun ke ujung tali pusat. Mengusap alcohol atau povidon iodine masih diperkenankan asal tidak menyebabkan tali pusat basah/lembab.
- f. Biarkan tali pusat dalam keadaan terbuka (ujung tali pusat yang tidak tertutup akan mengering dan puput lebih cepat)

Lakukan inisiasi menyusui dini (IMD), buka pakaian atas ibu, letakan bayi tengkurap diatas dada dan perut ibu, letakan kedua tangan bayi pada payu dara ibu, posisikan kaki bayi seperti katak untuk memudahkan bayi bergerak untuk menyusui. Tutup tubuh bayi dan pakaikan topi untuk mencegah bayi kedinginan. Minta ibu untuk mengawasi atau memegang bayinya.

### **12.4.3 Asuhan Kebidanan Kala III**

Tahap III persalinan, yang juga dikenal sebagai tahap uri, dimulai setelah bayi dilahirkan dan berakhir saat plasenta keluar. Baik pada ibu yang sedang mengalami kehamilan pertama (primigravida) maupun yang telah melahirkan sebelumnya (multigravida), waktu maksimal untuk tahap III adalah 30 menit. Setelah bayi lahir, tahap III dapat ditegakkan sebagai diagnosis. Dalam pengelolaan kebidanan pada tahap III, dilakukan manajemen aktif yang melibatkan tindakan aktif oleh bidan atau tenaga medis untuk mempercepat pelepasan plasenta dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan akibat kontraksi lemah pada rahim (atonia uteri). Tindakan manajemen aktif pada tahap III meliputi pemberian suntikan oksitosin dalam waktu 1 menit setelah bayi dilahirkan, pengendalian pengikatan tali pusat yang terkendali (PTT), dan pijatan pada fundus uteri.

Setelah ditegakan diagnosa kala III , maka tindakan yang dilakukan adalah:

1. Lakukan palpasi dengan seksama untuk memastikan bahwa tidak ada janin dalam uterus (pastikan janin tunggal)
2. Beritahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin untuk mempercepat lahirnya placenta dan untuk mencegah terjadinya perdarahan.
3. Suntik oksitosin dengan dosis 10 intra unit secara intra muskuler pada 1/3 paha lateral bagian atas (upayakan penyuntikan dilakukan dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir)
4. Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT), dekatkan klem sekitar 5-10 cm didepan vulva, pegang klem sedemikian rupa dengan tangan kanan, tangan kiri berada pada bagian atas simpisis. Pada saat ada kontraksi tangan kanan menegangkan talipusat dan dibarengi dengan tangan kiri melakukan penekanan secara dorso kranial (untuk mencegah uterus mengalami inversio). Kemudian amati apakah ada tanda-tanda placenta lepas.  
Tanda -tanda placenta lepas tali pusat bertamabah panjang, uterus menjadi globuler, keluar semburan darah.  
Jika ada tanda placenta lepas maka lahirkan placenta, jika tidaka ada tanda-tanda placenta lepas, maka tunggu sampai ada kontraksi berikutnya dan lakukan PTT kembali. Jika sampai waktu 15 menit tidak ada tanda-tanda placenta lepas maka berikan suntikan oxytosin 10 unit berikan secara IM. Lakukan PTT kembali selama 15 menit, apabila waktu 15 menit kedua ini tidak juga ada tanda-tanda placenta lepas, maka ibu harus dirujuk ke fasilitas yang lebih tinggi.
5. Pemijatan fundus uteri, lakukan masage pada fundus uteri dengan telapak tangan berikan tekanan lembut dan memutar (tindakan masage ini berfungsi untuk merangsangsang kontraksi uterus dan juga untuk

memastikan uterus berkontraksi dengan baik dengan tanda uterus teraba keras)

6. Periksa dengan seksama kelengkapan placenta, gunakan kassa untuk membantu mempermudah pemeriksaan. Periksa placenta dengan seksama, pastikan tidak ada kotiledon yang tertinggal, dan selaput amnion tidak ada yang tertinggal dalam cavum uterus (jika ada sebagian selaput tertinggal atau bagian placenta yang tertinggal dapat menyebabkan uterus tidak berkontraksi dengan baik dan akan terjadi perdarahan). Jika ada bagian placenta atau selaput yang tertinggal maka harus segera dilakukan eksplorasi untuk mengeluarkannya.
7. Periksa keadaan jalan lahir meliputi vagina, vulva dan perineum (gunakan kasa dan lampu/penerangan yang baik untuk memudahkan pemeriksaan)  
Nilai apakah jalan lahir dalam keadaan utuh atau ada robekan.

Derajat robekan perineum:

- a. Derajat tingkat 1  
Robekan meliputi mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit perineum
- b. Derajat tingkat 2  
Robekan meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum
- c. Derajat tingkat 3  
Robekan meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, dan otot sfinkter ani
- d. Derajat tingkat 4  
Robekan meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfinkter ani, dan dinding depan rektum

#### **12.4.4 Asuhan Kebidanan Kala IV**

Kala IV persalinan dimulai setelah plasenta keluar dan berlangsung selama dua jam. Periode dua jam ini sangat penting untuk memastikan kondisi ibu tetap stabil. Pada tahap ini, pemantauan intensif diperlukan terutama terkait risiko perdarahan pasca persalinan. Ancaman perdarahan akibat kelemahan kontraksi rahim (atonia uteri) masih memungkinkan pada tahap ini. Oleh karena itu, selama tahap IV, ibu tidak boleh dipindahkan ke ruangan atau ditinggalkan seorang diri. Ibu pasca melahirkan dapat menghadapi risiko kematian dalam satu jam pertama akibat perdarahan pasca persalinan. Dengan penilaian dan tindakan yang cermat dan tepat, ibu dapat terhindar dari komplikasi tersebut.

Setelah placenta lahir, maka dapat ditegakan diagnosa Inpartu Kala IV. Tindakan yang dilakukan pada kala IV adalah:

1. Lakukan penjahitan jika terjadi robekan jalan lahir derajat 2, jika derajat 1 cukup diolesi dengan antiseptik, jika derajat 3 atau 4 rujuk ibu.
2. Ukur tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, dan kontraksi uterus setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua
3. Pastikan kandung kemih kosong, kandung kemih yang penuh akan menghambat terjadinya kontraksi sehingga akan menyebabkan perdarahan, selain itu membuat ibu tidak nyaman
4. Ukur suhu tubuh ibu satu kali pada satu jam pertama dan satu kali pada 1 jam kedua (suhu tubuh pada ibu inpartu umumnya akan mengalami kenaikan 1 derajat celsius karena adanya peningkatan metabolisme)
5. Ukur jumlah darah yang keluar.  
Memperkirakan jumlah darah yang keluar secara tepat tidak mudah. Perdarahan pasca melahirkan adalah perdarahan yang melebihi 500 cc, tanda kehilangan



darah yang terlalu banyak lemas, pusing, kesadaran menurun, nadi lemah dan cepat, dan tekanan darah sistole turun lebih dari 30 mmHg.

Kalsifikasi perdarahan:

Perdarahan kelas 1: kehilangan volume darah sampai dengan 15%, dengan gejala klinis tachikardi

Perdarahan kelas 2: kehilangan volume darah 15-30%, dengan gejala klinis tachikardi, takipneu, tekanan darah turun, perubahan syaraf (cemas, gelisah)

Perdarahan kelas 3: kehilangan volume darah 30-40%, dengan gejala klinis sama dengan kelas 2 ditambah perubahan mental sangat jelas.

Perdarahan kelas 4: kehilangan volume darah lebih dari 40%, dengan gejala klinis sama dengan kelas 3 ditambah diastole tidak teraba, urine tidak ada, kulit dingin, pucat.

6. Penuhi kebutuhan personal hygien
  - a. Bersihkan ibu dari kotoran dan cairan atau darah setelah persalinan
  - b. Bantu ibu memakai baju, celana dalam dan pembalut
  - c. Bersihkan atau ganti perlak yang baru
  - d. Berikan alas atau under pad sebagai penyerap darah
  - e. Bantu ibu memposisikan istirahat yang nyaman
7. Penuhi kebutuhan hidrasi dan nutrisi untuk memulihkan tenaga ibu
8. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
9. Bimbing ibu untuk pemberian ASI awal, biarkan ibu jika masih melakukan IMD  
IMD dilakukan minimal 1jam

10. Ajarkan pada ibu dan keluarga untuk melakukan masage uterus dan menilai kontraksi uterus
11. Ajarkan pada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda perdarahan post partum
12. Lakukan asuhan pada bayi baru lahir
  - a. Jaga kehangatan tubuh bayi
  - b. Nilai kembali tali pusat, pastikan tidak terjadi perdarahan, jika ada perdarahan tali pusat maka jepit tali pusat dengan klem baru.
  - c. Teruskan IMD minimal 1 jam

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah langkah penting yang dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh pada bayi yang baru lahir. IMD merupakan proses dimulainya menyusui segera setelah kelahiran bayi, biasanya dalam beberapa menit pertama. Pada tahap ini, bayi diberi kesempatan untuk secara alami mencari puting susu ibu, seringkali dengan gerakan yang mengikuti atau mencari aroma cairan ketuban yang masih melekat pada telapak tangannya. Bayi ditempatkan dekat dengan puting susu ibu. Melalui IMD, bayi dapat merasa tenang, mengurangi stres, dan memiliki pernafasan serta detak jantung yang stabil. Kontak langsung antara kulit ibu dan bayi juga memperkuat ikatan emosional dan kasih sayang antara keduanya. Pentingnya IMD terlihat dari penurunan risiko kematian bayi hingga 22% pada bayi yang berusia di bawah 28 hari.

Proses IMD melibatkan bayi yang dibiarkan mencari sendiri puting susu ibu setelah kelahiran. Bayi ditempatkan di posisi tengkurap di atas dada ibu. Perlu diingat bahwa dalam proses ini, tidak ada yang boleh memasukkan puting susu ibu ke dalam mulut bayi. Bayi akan secara naluriah bergerak menuju puting

- ibu. Biarkan bayi menyusu sampai melepaskan puting sendiri
- d. Jika bayi belum menyusu dalam 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting dan biarkan selama 30-60 menit berikutnya
  - e. Jika masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, pindahkan ibu ke ruang perawatan
  - f. Lanjutkan perawatan pada bayi beri salep mata
  - g. Berikan vitamin K1
  - h. Kenakan pakain , topi, dan selimuti bayi ,jaga kehangatan bayi
  - i. Berikan imunisasi HB 0 1 jam setelah pemberian Vit.K
  - j. Tempatkan bayi bersama ibunya
  - k. Lengkapi dokumentasi (partograf)

## DAFTAR PUSTAKA

- DEPKES, R. 2008. *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal*. Depkes RI.
- Jannah, A. 2015. *ASKEB II Persalinan Berbasis Kompetensi*. K, I. S. (n.d.). *Kehamilan Persalinan dan Nifas*. Nuha Medika.
- Liliyana, S. 2011. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Buku Kedokteran EGC.
- Marmi. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Pustaka Pelajar.
- Murray, M. L., & Huelsman, G. M. 2013. *Persalinan dan Melahirkan Praktik Berbasis Bukti*.
- Sofian, A. 2011. *Sinopsis Obstetri*.
- Sondakh, J. J. S. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Erlangga.
- Sulistiyawati, A., & Nugraheny, E. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Salemba Medika.
- Walyani, E. S., & Purwoastuti, E. 2016. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Pustaka Baru Press.



## **BIODATA PENULIS**



### **Rahmah Fitria, S.ST.,M.Keb**

Dosen Program Studi D3 Kebidanan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panca Bhakti

Penulis lahir di Bandar Lampung tanggal 04 Mei 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Panca Bhakti Bandar Lampung. Menyelesaikan D3 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang Bandar Lampung dan melanjutkan D4 Bidan Pendidik di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran UNPAD) Bandung. Gelar Magister Kebidanan (M.Keb) diperolehnya di Universitas Andalas (UNAND) Padang pada tahun 2018.

Penulis saat ini aktif menulis buku dan melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi termasuk penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Saat ini menjabat sebagai kepala BAAK di STIKes Panca Bhakti Bandar Lampung.  
email : rahmah@pancabhakti.ac.id

## **BIODATA PENULIS**



### **Nareswari Diska Nugraha**

Dosen tetap Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri Program Studi S1 Kebidanan

Penulis lahir di Jember pada tanggal 13 Mei 1992. Penulis merupakan dosen tetap Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri Program Studi S1 Kebidanan. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Kebidanan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

## **BIODATA PENULIS**



### **Shandy Wigya Mahanani, M.Tr.Keb**

Penulis lahir di Wonosobo tanggal 20 Agustus 1995. Penulis merupakan praktisi bidan. Menyelesaikan Pendidikan DIV Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang lulus tahun 2018 dan melanjutkan Pendidikan S2 di Magister Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang lulus tahun 2020. Penulis telah menulis buku berjudul Manfaat Ekstrak Ikan Gabus dan Akupresure untuk Preeklampsia. Pelatihan yang diikuti oleh penulis antara lain pelatihan terapi holistic Akupresure & Moksibusi untuk Kesehatan (2019), Hypnotherapy Fundamental & Advance (2018), Short Training Program Applied Thai Traditional Medicine Mahidol University Thailand )(2019).



## BIODATA PENULIS



**Dr. Wira Daramatasia, M.Biomed**  
Dosen Program Studi Pendidikan Ners  
STIKES Widyagama Husada Malang

Penulis lahir pada tanggal 23 Oktober 1975 di Pasuruan. Penulis adalah seorang dokter yang lulus pada tahun 2003 di Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma. Saat mahasiswa, penulis aktif sebagai asisten dosen anatomi selama dua tahun, dan sejak tahun 2003 menjadi dosen tetap di Departemen Anatomi Fakultas Kedokteran UWK. Pada tahun 2012, penulis menyelesaikan studi magister ilmu biomedik di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Penulis saat ini beraktifitas sebagai dosen profesional di STIKES Widyagama Husada Malang dan Praktisi di Klinik Widya Husada. Beberapa kegiatan penelitian yang dilaksanakan didanai oleh Kemendikbudristek, Internal perguruan tinggi serta mandiri. Pada tahun 2016, penulis memperoleh penghargaan sebagai *Best Poster Presentation 12<sup>th</sup> International Seminar on Disaster "Medical Issues for Sustainable Development Goals (SDGs)"* yang diadakan di Universitas Gajah Mada bekerja sama dengan Kobe University.

## **BIODATA PENULIS**



### **Eko Sri Wulaningtyas, S.ST.,M.Keb**

Dosen di program Diploma III kebidanan

Nama lengkap Eko Sri Wulaningtyas, S.ST.,M.Keb yang lahir di Kediri 02 Februari 1981. Merupakan anak pertama dari 3 bersaudara telah menikah dan mempunyai tiga orang putra dan putri. Penulis merupakan alumnus dari fakultas Ilmu kedokteran program magister Kebidanan Universitas Brawijaya Malang Jawa Timur pada tahun 2017. Mengajar di program Diploma III kebidanan sejak tahun 2015. Penulis sangat menyukai hal-hal yang berkaitan dengan Kesehatan ibu dan anak dan hal ini memotivasinya untuk mengembangkan teori-teori kebidanan dengan berbagai penelitian dan pengabdian masyarakat yang telah dipublikasikan di beberapa jurnal. Penulis pernah menulis buku yang merupakan luaran dari hasil penelitian yang berjudul perspektif Kesehatan ibu dan sebelum menjadi dosen penulis pernah bekerja di RS Amelia Pare Kediri dan RSI Al Arafah Kediri sejak tahun 2001 sampai dengan tahun 2008.

## **BIODATA PENULIS**



### **Mahdalena Prihatin Ningsih, S.SiT, M.Kes**

Dosen Jurusan Kebidanan  
Poltekkes Kemenkes Padang

Penulis lahir di Jakarta tanggal 08 Mei 1973. Penulis adalah Dosen tetap pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Padang, Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Bidan Pendidik Universitas Gajah Mada Yogyakarta dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Ibu dan Anak- Kesehatan Reproduksi (KIA/Kespro) Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Penulis menekuni bidang menulis sejak menyelesaikan pendidikan, karir jabatan penulis dimulai dari bawah berkiprah mengabdikan jadi Bidan di Desa didaerah tertinggal dipelosok Sumatera Barat, banyak pengalaman dan keterampilan yang penulis dapat selama mengabdikan menjadi Bidan di Desa tertinggal, penulis menjadikan semua itu sebagai motivasi dan semangat dalam mengemban amanat bangsa untuk menggapai dan meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak tugas mulia yang diemban menolong seluruh wanita dimayapada. Hanya kepada Allah penulis mengucapkan puji dan syukur atas semua nikmat sehat hingga Alhamdulillah melahirkan karya yang akan bermanfaat untuk pembaca nantinya. Trimakasih atas semua dukungan yang penulis

terima. Insha Allah akan dibalas oleh Allah SWT, Amiin Ya Robbal Alamin.

## **BIODATA PENULIS**



**Ardiana Batubara, SST., M.Keb**  
Dosen Program Studi Profesi Bidan  
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan

Ardiana Batubara, SST., M.Keb lahir di P.Sidimpuan, pada 23 Mei 1966. Penulis mendapat gelar terakhir di Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2012. Penulis bekerja sebagai Dosen PNS di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan. Hubungi penulis di E-mail: [ardianabatubara@gmail.com](mailto:ardianabatubara@gmail.com)

## **BIODATA PENULIS**



### **Maria Conchita Leyla Centis, M.Tr.Keb**

Dosen Program Studi DIII Kebidanan  
Fakultas Ilmu Kesehatan

Penulis lahir di Sainoni pada tanggal 3 Oktober 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan Unika Santu Paulus Ruteng, Pendidikan Sarjana Terapan di Universitas Karya Husada Semarang dan melanjutkan S2 di Poltekkes Kemenkes Semarang. Penulis menekuni bidang Menulis tentang kegadaruratan obstetric dan neonatal. Adapun kegiatan atau pelatihan yang diikuti antara lain Natural Therapy untuk ibu dan bayi (2019), Pelatihan Penanganan Gawat Darurat Obstetri dan Neonatal (2019), pelatihan Akupresur, Jaripuntur, Yoga, Mindfulness sebagai Pelayanan Kebidanan Holistik (2021), Course Training Program in Applied Thai Traditional Medicine Provided by center of Applied Thai Traditional Medicine, Mahidol University Thailand (2021). Penulis telah menulis buku dengan judul Peran Akupresur Terhadap Perubahan Berat Badan, Tinggi Badan dan Perkembangan Motorik dan Kegawatdaruratan dalam kebidanan dan Neonatal.

## **BIODATA PENULIS**

### **Kinanutul Qomariyah**

Dosen Di Fakultas Kesehatan Prodi D3 Kebidanan Universitas  
Islam Madura

Penulis lahir di Pamekasan, 14 Oktober 1990. Penulis merupakan Dosen di Fakultas Kesehatan Prodi D3 Kebidanan Universitas Islam Madura. Menyelesaikan Pendidikan Sekolah Dasar Di Jarin 1 Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Tahun 2002, Pendidikan Madrasah Tsanawiyah Di Pondok Pesantren Mambaul Ulum Bata – Bata Tahun 2006, Pendidikan Madrasah Aliyah Di Pondok Pesantren Mambaul Ulum Bata – Bata Tahun 2009, Pendidikan D3 Kebidanan Di Universitas Kadiri Tahun 2012, Pendidikan D4 Pendidik Di Universitas Kadiri Tahun 2013, melanjutkan Pendidikan Pasca Sarjana Di Stikes Surya Mitra Husada Kediri Tahun 2018, dan sekarang Mengajar Di Fakultas Kesehatan Prodi D3 Kebidanan Universitas Islam Madura. EMAIL: [kinanutulqomariyah@gmail.com](mailto:kinanutulqomariyah@gmail.com) NO HP : 0852 3123 5789

## **BIODATA PENULIS**



**Bintang Petralina SST., M.Keb**  
Dosen Kebidanan Universitas Binawan

Penulis lahir di Tarutung 23 Agustus 1977. Berdomisili di Jl Pratama No 30D RT 001/008 Pondok Kelapa. Penulis menyelesaikan pendidikan SPK Depkes Pematang Siantar tahun 1995 .D1 kebidanan SPK Depkes pematang Siantar tahun lulus 1996, DIII kebidanan Politeknik Kesehatan Depkes Jakarta III Cipto Mangunkusumotahun lulus 2005, Progran DIV Bidan Pendidik Universitas Padjajaran Bandung lulus tahun 2007, Magister kebidanan Universitas Padjajaran Bandung lulus tahun 2013. Penulis mempunyai riwayat organisasi sebagai team teknis PP IBI tahun 2008 sampai sekarang, sebagai anggota kolegium bidan tahun 2020 sampai saat ini. Penulis mempunyai pengalaman bekerja sebagai Bidan PTT di Samosir dari tahun 1996-2000, sebagai bidan di RS Mitra Kemayoran dari tahun 2000-2006, sebagai bidan klinik gading sejahtera dari tahun 2001-2003, sebagai bidan praktik mandiri dari tahun 2003-2008, Sebagai Dikjar Akbid KMH dari tahun 2006-2011, sebagai Kepala Lembaga Penjaminan Mutu Internal Akbid KMH dari tahun 2013-2015, sebagai wadir I bidang akademik AKBID KMH dari tahun 2015-2017, Sebagai Direktur AKBID KMH tahun 2017-2019, Sebagai



Kepala Lembaga Penjaminan Mutu Universitas Binawan Jakarta tahun 2000-sekarang, Sebagai Ketua Devisi Registrasi Konsil Kebidanan Indonesia tahun 2022- sekarang. Selain itu Penulis Juga berpengalaman sebagai asesor, narasumber, fasilitator, penulis modul kemkes, peneliti dll. Penulis pernah mendapat penghargaan sebagai juara II poster presentasi pada kegiatan Rakernas IBI tahun 2013, sebagai pemenang manuscip pada kegiatan BI-ANNUAL SCIENTIFIC MEETING OF IAAHEH 2022. Email Penulis: bpetralina@gmail.com

## **BIODATA PENULIS**



### **Dina Ayuning Tyas, S.ST, M.Kes**

Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Pendidikan Profesi  
Bidan Universitas Sumatera Barat (UNISBAR)

Lahir pada tanggal 20 Oktober 1990 di Payakumbuh, Sumatera Barat. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Universitas Sumatera Barat. Menyelesaikan pendidikan Diploma III pada Program Studi Kebidanan, Diploma IV pada Program Studi Bidan Pendidik dan S2 pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat.

## **BIODATA PENULIS**

### **Kamidah, S.Si.T, Mkes**

Dosen Program Studi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Aisyiyah Surakarta

Penulis lahir di Sleman Yogyakarta pada tgl 23 Juli 1975. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi Kebidanan Universitas Aisyiyah Surakarta dari tahun 2005. Penulis menyelesaikan pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan di Poltekes Yogyakarta lulus tahun 1994, Sekolah Bidan di Poltekes Yogyakarta lulus tahun 1995. Sekolah Diploma III Kebidanan di Poltekes Yogyakarta lulus tahun 2001. Sekolah D IV Bidan Pendidik di UGM lulus tahun 2003. Riwayat pekerjaan Penulis menjadi bidan desa PTT dari tahun 1995-1998 di Kabupaten Sragen, Bidan di RS Nirmala Suri Sukoharjo tahun 2001-2002, Dosen di Akademi Kebidanan Mitra Husada Karanganyar tahun 2003-2005. Dosen di Program Studi Kebidanan Universitas Aisyiyah Surakarta tahun 2005 sampai sekarang.