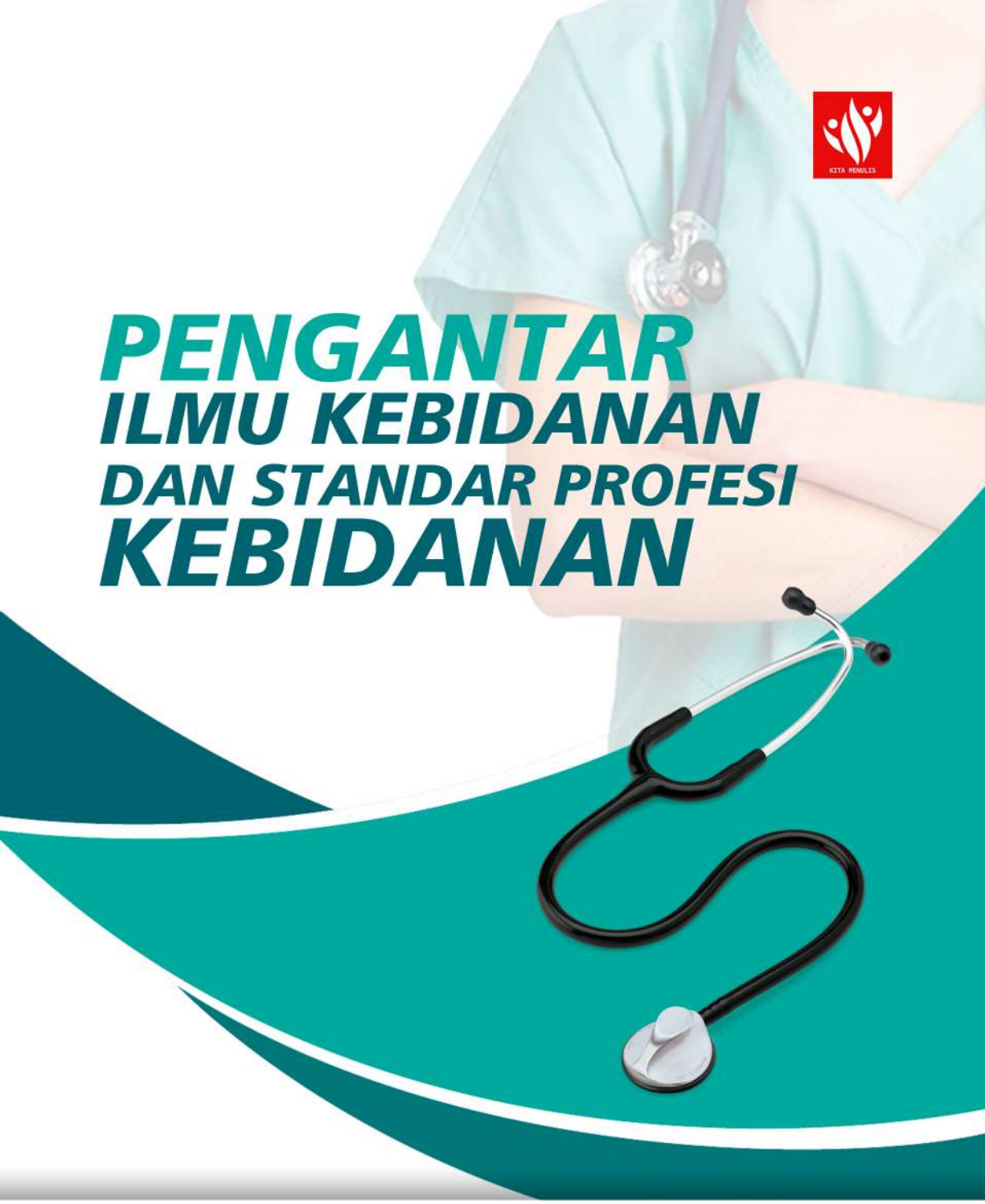
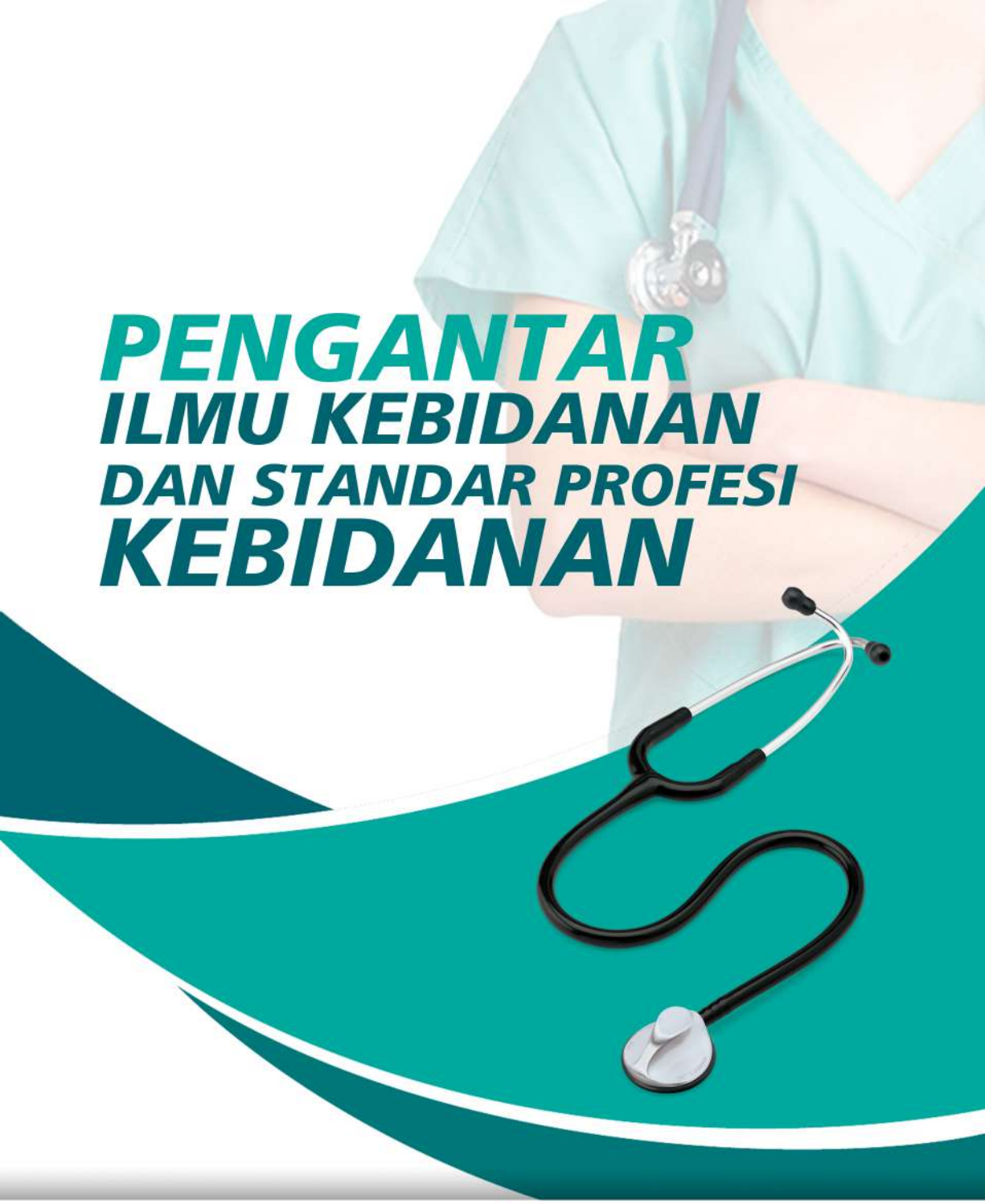
PENGANTAR ILMU KEBIDANAN DAN STANDAR PROFESI KEBIDANAN



Fajaria Nur Aini, Nur Aliyah Rangkuti, Sri Juwarnilis Sumiyati
Mutia Sari Lubis, Khairunnisa Situmorang
Septerina Purwandani Winarso, Nurul Khalifah, Yanasita Mafluha
Mayes Felda Simamora, Ninik Azizah, Alfrianne

PENGANTAR ILMU KEBIDANAN DAN STANDAR PROFESI KEBIDANAN



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pengantar Ilmu Kebidanan dan Standar Profesi Kebidanan

Fajaria Nur Aini, Nur Aliyah Rangkuti, Sri JuwarniIis Sumiyati
Mutia Sari Lubis, Khairunnisa Situmorang
Septerina Purwandani Winarso, Nurul Khalifah, Yanasita Mafluha
Mayes Felda Simamora, Ninik Azizah, Alfrianne

Penerbit Yayasan Kita Menulis

Pengantar Ilmu Kebidanan dan Standar Profesi Kebidanan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2024

Penulis:
Fajaria Nur Aini, Nur Aliyah Rangkuti, Sri Juwarnilis Sumiyati
Mutia Sari Lubis, Khairunnisa Situmorang
Septerina Purwandani Winarso, Nurul Khalifah, Yanasita Mafluha
Mayes Felda Simamora, Ninik Azizah, Alfrianne

Editor: Abdul Karim
Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit
Yayasan Kita Menulis
Web: kitamenulis.id
e-mail: press@kitamenulis.id
WA: 0821-6453-7176
IKAPI: 044/SUT/2021

Fajaria Nur Aini., dkk.
Pengantar Ilmu Kebidanan dan Standar Profesi Kebidanan
Yayasan Kita Menulis, 2024
xiv; 208 hlm; 16 x 23 cm
ISBN: 978-623-113-419-6
Cetakan 1, Juli 2024
I. Pengantar Ilmu Kebidanan dan Standar Profesi Kebidanan
II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
Izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas karunia-Nya sehingga buku dengan judul "Pengantar Ilmu Kebidanan dan Standar Profesi Kebidanan" ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun sebagai pedoman dasar bagi para mahasiswa kebidanan, bidan, dan profesional di bidang kesehatan yang ingin memahami lebih mendalam tentang ilmu dan standar praktik kebidanan.

Kebidanan adalah bidang yang sangat krusial dalam dunia kesehatan karena mendukung kesehatan ibu dan anak, asuhan sejak kehamilan hingga masa nifas, serta kesejahteraan perempuan secara keseluruhan. Profesionalisme dalam praktik kebidanan tidak hanya memerlukan pengetahuan teoritis, tetapi juga pemahaman yang mendalam tentang standar dan etika profesi.

Buku ini terbagi menjadi dua belas bab yang secara terstruktur mengupas berbagai aspek penting dalam kebidanan:
Bab 1 Sejarah dan Evolusi Bidan
Bab 2 Konsep Dasar Dalam Kebidanan
Bab 3 Anatomi Dan Fisiologi Wanita
Bab 4 Kesehatan Reproduksi
Bab 5 Kehamilan
Bab 6 Persalinan
Bab 7 Masa Nifas
Bab 8 Manajemen Kebidanan
Bab 9 Kebidanan Komunitas
Bab 10 Etika Profesi Kebidanan
Bab 11 Standar Asuhan Kebidanan
Bab 12 Standar Pelayanan Kebidanan

Melalui penyusunan buku ini, penulis berharap dapat memberikan kontribusi yang bermanfaat dalam pencapaian kualitas yang lebih baik dalam layanan kebidanan di Indonesia. Terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan buku ini, baik dalam bentuk dukungan moral maupun saran dan masukan yang sangat berharga.

Harapan kami, buku ini bukan hanya menjadi referensi teori tetapi juga membantu pembaca dalam mengaplikasikan ilmu kebidanan secara praktis, sehingga bisa meningkatkan kualitas layanan kesehatan bagi ibu dan anak serta kontribusi bidan di tengah masyarakat.

Semoga buku ini memberikan manfaat yang besar, dan dapat terus diperbarui sesuai perkembangan keilmuan dan teknologi di bidang kebidanan.

Medan, Juli 2024

Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar v
Daftar Isi vii
Daftar Tabel xiii

Bab 1 Sejarah dan Evolusi Bidan
1.1 Definisi Bidan 1
1.2 Falsafah Asuhan Kebidanan 3
1.3 Sejarah Bidan di Dunia 4
1.4 Sejarah Bidan di Indonesia 7
1.5 Pendidikan Kebidanan di Indonesia 9
    1.5.1 Program Pendidikan Kebidanan di Indonesia 9
    1.5.2 Uji Kompetensi Bidan 9
1.6 Regulasi Praktik Kebidanan di Indonesia 10

Bab 2 Konsep Dasar Dalam Kebidanan
2.1 Pendahuluan 13
2.2 Konsep Dasar Ilmu Kebidanan 14
    2.2.1 Pengertian Bidan 16
    2.2.2 Filosofi Kebidanan 19
    2.2.3 Paradigma Bidan 20
    2.2.4 Falsafah Bidan 20
    2.2.5 Ruang Lingkup Bidan 22
    2.2.6 Pelayanan Kebidanan 23
    2.2.7 Tugas Bidan 24
    2.2.8 Praktik Kebidanan 24
    2.2.9 Asuhan Kebidanan 24
    2.2.10 Paradigma Bidan 26
    2.2.11 Peran Bidan 26
    2.2.12 Fungsi Bidan 27

Bab 3 Anatomi Dan Fisiologi Wanita

3.1 Genitalia Eksterna Dan Interna 31
3.1.1 Genitalia Eksterna 31
3.1.2 Genetalia Interna 33
3.2 Panggul 37
3.2.1 Tulang Pangkal Paha (ossa coxae) 37
3.2.2 Tulang Kelangkang (os sacrum) 38
3.2.3 Tulang Tungging (os coxigis) 39
3.3 Siklus Hormonal 45
3.3.1 Hormon Reproduksi. 45
3.3.2 Siklus Menstruasi 47

Bab 4 Kesehatan Reproduksi

4.1 Pendahuluan 51
4.2 Kesehatan Reproduksi 52
4.2.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi 52
4.2.2 Perkembangan Kesehatan Reproduksi Perempuan 52
4.2.3 Tujuan Kesehatan Reproduksi 53
4.2.4 Sasaran Kesehatan Reproduksi 54
4.2.5 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi Dalam Lingkup Kehidupan 54
4.2.6 Faktor Yang Memengaruhi Kesehatan Reproduksi 54
4.2.7 Hak-Hak Reproduksi 56
4.2.8 Elemen Pelayanan Kesehatan Reproduksi 57
4.2.9 Komponen Kesehatan Reproduksi 57
4.3 Gender Dalam Kesehatan Perempuan 61
4.3.1 Pengertian Gender 61
4.3.2 Identitas dan Peran Gender 63
4.3.3 Kondisi-Kondisi Yang Memengaruhi Penerapan Gender Keliru .. 63
4.3.4 Persoalan Seputar Seksualitas Yang Dipengaruhi Persoalan Gender Dalam Masyarakat 64

Bab 5 Kehamilan

5.1 Pengertian Kehamilan 67
5.2 Tanda dan Gejala Kehamilan 68
5.2.1 Tanda Dan Gejala Kehamilan Pasti 68
5.2.2 Tanda Dan Gejala Kehamilan Tidak Pasti 68
5.2.3 Tanda Dan Gejala Kehamilan Palsu 70
5.3 Adaptasi Anatomi dan Fisiologi Selama Kehamilan 70
5.3.1 Sistem Reproduksi 70

5.3.2 Sistem Payudara 71
5.3.3 Sistem Perkemihan 71
5.3.4 Sistem Pencernaan 71
5.3.5 Sistem Muskuloskeletal 72
5.3.6 Sistem Metabolisme 72
5.3.7 Perubahan Berat Badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT) 72
5.3.8 Sistem Pernafasan 73
5.4 Perubahan Adaptasi Psikologis Ibu Hamil 73
5.4.1 Trimester I (Periode penyesuaian terhadap kehamilan) 73
5.4.2 Trimester II (Periode sehat) 74
5.4.3 Trimester III 74
5.5 Tanda Bahaya Kehamilan 74
5.5.1 Definisi Tanda Bahaya Kehamilan 74
5.5.2 Macam-macam tanda bahaya selama kehamilan 75
5.6 Kunjungan Antenatal Care 77
5.7 Pelayanan Asuhan Standar Antenatal Care 78
5.8 Tujuan Kunjungan Antenal Care 80
5.9 Lokasi Pelayanan Antenal Care 81

Bab 6 Persalinan
6.1 Pengertian Persalinan 83
6.2 Faktor-faktor Penyebab Dimulainya Persalinan 84
6.3 Tanda dan Gejala Inpartu 84
6.4 Persiapan Persalinan 85
6.5 Jenis-jenis Persalinan 85
6.5.1 Persalinan (Pervaginam) Normal dan Spontan 85
6.5.2 Persalinan Sectio Caesarea 91

Bab 7 Masa Nifas
7.1 Definisi Masa Nifas 95
7.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas 96
7.3 Peran dan tanggungjawab Masa Nifas 97
7.4 Tahapan Masa Nifas 98
7.5 Kebijakan Program Masa Nifas 99
7.6 Ruang Lingkup Pelayanan Masa Nifas 100
7.7 Standar Pelayanan Masa Nifas 103
7.8 Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Dan Konseling Pelayanan Masa 1Nifas Bagi Ibu dan Keluarga 105
7.9 Hak-hak Ibu dalam Pelayanan Masa Nifas 105

Bab 8 Manajemen Kebidanan

8.1 Pendahuluan 109
8.2 Konsep dan Prinsip Manajemen Pada Umumnya 110
8.2.1 Konsep Manajemen 110
8.2.2 Prinsip-Prinsip Manajemen 111
8.3 Pengertian Manajemen Kebidanan 111
8.4 Sasaran Manajemen Kebidanan 112
8.5 Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan 113
8.6 Lingkup Praktik Kebidanan 118
8.7 Pengorganisasian Praktik Asuhan Kebidanan 118
8.8 Intervensi 121
8.9 Promosi Kesehatan Pranikah 124
8.10 Tes Kesehatan bagi Pasangan yang akan Menikah 124
8.10.1 Program Pre-Marital Screening 124
8.10.2 Upaya-Upaya Promosi Kesehatan Pada Pasangan Pranikah 133

Bab 9 Kebidanan Komunitas

9.1 Pendahuluan 135
9.2 Kebidanan Komunitas 136
9.2.1 Pengertian Kebidanan Komunitas 136
9.2.2 Sasaran Kebidanan Komunitas 136
9.2.3 Tujuan Asuhan Kebidanan di Komunitas 137
9.2.4 Filosofi Kebidanan Komunitas 137
9.2.5 Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan Komunitas 140
9.2.6 Peran Bidan di Komunitas 140
9.2.7 Tanggung Jawab Bidan di Komunitas 141
9.2.8 Unsur-unsur Kebidanan Komunitas 142
9.2.9 Masalah Kebidanan di Komunitas 144

Bab 10 Etika Profesi Kebidanan

10.1 Etika Profesi Kebidanan dan Moralitas Dalam Pelayanan Kebidanan . 153
10.2 Etika Profesi Bidan 154
10.3 Kode Etik Bidan 158
10.4 Aspek Hukum Dalam Praktik Kebidanan 160
10.5 Pengambilan Keputusan Dalam Pelayanan Kebidanan 164
10.6 Aspek Hukum Praktik Kebidanan 167
10.6.1 Hukum Kesehatan 167
10.6.2 Pengantar Hukum Kesehatan 168
10.6.3 Aspek Hukum dalam Praktik Kebidanan 170

Bab 11 Standar Asuhan Kebidanan

11.1 Pendahuluan 173
11.2 Konsep Asuhan Kebidanan 174
11.2.1 Asuhan Kebidanan 174
11.2.2 Pengertian Bidan 175
11.2.3 Wewenang Bidan 175
11.3 Standar Asuhan Kebidanan 175
11.3.1 Standar 1: Pengkajian 176
11.3.2 Standar 2: Perumusan Diagnosa Dan Atau Masalah Kebidanan 177
11.3.3 Standar 3: Perencanaan 178
11.3.4 Standar 4: Implementasi 178
11.3.5 Standar 5: Evaluasi 179
11.3.6 Standar 6: Pencatatan Asuhan Kebidanan 180
11.4 Proses Manajemen Kebidanan 181

Bab 12 Standar Pelayanan Kebidanan

12.1 Standar Pelayanan Umum 183
12.1.1 Standar 1: Persiapan Untuk Kehidupan Keluarga Sehat 183
12.1.2 Standar 2: Pencatatan Dan Pelaporan 184
12.2 Standar Pelayanan Antenatal 185
12.2.1 Standar 3: Identifikasi Ibu Hamil 185
12.2.3 Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal 185
12.2.4 Standar 5: Palpasi abdominal 186
12.2.5 Standar 6: Pengelolaan Anemia Pada Kehamilan 186
12.2.6 Standar 7: Pengelolaan Dini Hipertensi Pada Kehamilan 187
12.2.7 Standar 8: Persiapan Persalinan 187
12.3 Standar Pelayanan Persalinan 188
12.3.1 Standar 9: Asuhan Persalinan Kala Satu 188
12.3.2 Standar 10: Persalinan Kala Dua Yang Aman 188
12.3.3 Standar 11: Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga 188
12.3.4 Standar 12: Penanganan Kala Dua Dengan Gawat Janin Melalui Episiotomi 189
12.4 Standar Pelayanan Nifas 189
12.4.1 Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir 189
12.4.2 Standar 14: Penanganan Pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan 190
12.4.3 Standar 15: Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi Pada Masa Nifas 190
12.5 Standar Penanganan Kegawatdaruratan Obstertri Neonatal 191
12.5.1 Standar 16: Penanganan Perdarahan Dalam Kehamilan Pada Trimester Tiga 191

12.5.2 Standar 17: Penanganan Kegawat Daruratan Pada Eklamsia ... 191
12.5.3 Standar 18: Penanganan Kegawatdaruratan Pada Partus Lama/ Macet ... 191
12.5.4 Standar 19: Persalinan Dengan Menggunakan Vakum Ekstraktor 192
12.5.5 Standar 20: Penanganan Kegawatdaruratan Retensio Plasenta 192
12.5.6 Standar 21: Penanganan Perdarahan Post Partum Primer ... 192
12.5.7 Standar 22: Penanganan Perdarahan Post Partum Sekunder ... 193
12.5.8 Standar 23: Penanganan Sepsis Puerperalis ... 193
12.5.9 Standar 24: Penanganan Asfiksia Neonatorum ... 193

Daftar Pustaka ... 195
Biodata Penulis ... 203

Daftar Tabel

Tabel 4.1: Perbedaan Seks dan gender.....62
Tabel 7.1: Jenis Pelayanan Pasca Persalinan Ibu 101

Bab 1

Sejarah dan Evolusi Bidan

1.1 Definisi Bidan

Dalam bahasa Inggris, bidan disebut dengan midwife yang mempunyai arti pendamping perempuan. Sedangkan dalam bahasa Sansekerta, bidan disebut dengan istilah Wirdhan yang mempunyai arti wanita bijaksana. Berikut merupakan beberapa definisi bidan:

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), bidan diartikan sebagai wanita yang mempunyai kepandaian menolong dan merawat orang melahirkan dan bayinya.

Ikatan Bidan Indonesia (IBI) mendefinisikan bidan sebagai seorang perempuan yang sudah lulus dari pendidikan bidan yang diakui oleh pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk di register, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan No 1 (Ningsih et al., 2023).

Konfederasi Bidan International/International *Confederation of Midwife* (ICM) mendefinisikan bidan yaitu sebagai seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki

ijin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik kebidanan (Ningsih et al., 2023).

Sebagai lembaga yang menaungi kesehatan seluruh dunia, *World Health Organization* (WHO) mengartikan bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik kebidanan (Ningsih et al., 2023).

Berdasarkan beberapa definisi bidan tersebut, maka bidan memiliki tanggungjawab dalam memberikan asuhan kebidanan sesuai dengan sasaran. Sasaran asuhan kebidanan meliputi bayi baru lahir, bayi dan balita, anak, remaja putri, wanita usia subur, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan menyusui, wanita dengan gangguan sistem reproduksi serta keluarga dan kelompok masyarakat. Dalam melaksanakan tanggung jawabnya, bidan harus memperhatikan prinsip asuhan kebidanan (Rosita et al., 2024).

Prinsip-prinsip tersebut meliputi:

1. Kehamilan dan kelahiran merupakan proses yang normal, alami, sehat dan bukan sebuah penyakit.
   Maka sebagai bidan, kita meyakini bahwa asuhan yang kita berikan selalu berdasarkan bukti ilmiah dan hindari memberikan penatalaksanaan yang berlebihan dan tidak sesuai dengan bukti ilmiah.
2. Pemberdayaan
   Dalam memberikan asuhan, bidan melakukan upaya pemberdayaan ibu dan keluarga. Caranya dengan memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan sebagai bekal untuk merawat dirinya sendiri, anak dan keluarganya.
3. Otonomi
   Bidan menghormati perempuan dan keluarganya dalam mengambil keputusan. Tentu saja, dalam pengambilan keputusan tersebut bidan harus membekali informasi yang cukup. Bidan sebaiknya memberikan informasi yang akurat tentang risiko, manfaat tentang semua prosedur kebidanan, obat-obatan, pemeriksaan yang akan diberikan sebelum klien mengambil keputusan untuk menyetujuinya.

Bantu ibu dan keluarga apabila terdapat kesulitan dalam pengambilan keputusan tersebut dengan tetap memperhatikan sistem nilai dan kepercayaan ibu/keluarga.

4. Tanggungjawab
   Dalam memberikan asuhan kebidanan harus berdasarkan ilmu, analisis dan pertimbangan yang matang. Asuhan yang diberikan harus didasarkan pada kebutuhan klien, bukan kebutuhan bidan. Sehingga dapat dikatakan bahwa asuhan yang diberikan berfokus pada klien, asuhan sayang ibu dan berdasarkan bukti ilmiah (*evidence based practice)*.

1.2 Falsafah Asuhan Kebidanan

Falsafah kebidanan adalah pandangan hidup atau penuntun bagi bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan (Setiawati & Susanti, 2023). Falsafah tersebut meliputi:

1. Profesi kebidanan secara nasional diakui dalam undang-undang maupun peraturan pemerintah Indonesia yang merupakan salah satu tenaga pelayanan kesehatan professional dan secara internasional diakui oleh International Confederation of Midwives (ICM), FIGO dan WHO.
2. Tugas, tanggungjawab dan kewenangan profesi bidan yang telah diatur dalam beberapa peraturan maupun Keputusan Menteri Kesehatan ditujukan untuk membantu program pemerintah dalam bidang kesehatan khususnya turut serta dalam menurunkan AKI dan AKB, meningkatkan kesehatan ibu dan anak, pelayanan pada ibu hamil, pelayanan persalinan dan nifas yang aman serta Keluarga Berencana (KB).
3. Bidan yakin bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan manusia dan perbedaan budaya. Setiap Individu juga berhak

menentukan Nasib dirinya sendiri, mendapat informasi yang cukup dan berperan dalam segala aspek pemeliharaan kesehatannya.

4. Bidan meyakini bahwa menstruasi, kehamilan, persalinan dan menopause merupakan profess normal dan hanya sedikit yang memerlukan intervensi/tindakan medis.
5. Persalinan merupakan proses yang alami, normal akan tetapi jika tidak dikelola dengan baik maka dapat menjadikan kondisi yang tidak normal (patologis).
6. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat. Oleh karena itu maka setiap Wanita usia subur, ibu hamil, ibu yang melahirkan dan bayi berhak untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas.
7. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga yang membutuhkan persiapan mulai anak menginjak masa remaja.
8. Kesehatan ibu periode reproduksi dipengaruhi oleh perilaku ibu, lingkungan dan pelayanan kesehatan.
9. Intervensi kebidanan bersifat komprehensif mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat.
10. Manajemen kebidanan diselenggarakan atas dasar pemecahan masalah dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan yang profesional dan interaksi sosial serta asas penelitian dan pengembangan yang dapat melandasi manajemen secara terpadu.
11. Proses kependidikan kebidanan sebagai upaya pengembangan kepribadian berlangsung sepanjang hidup manusia perlu dikembangkan dan diupayakan untuk berbagai strata masyarakat.

1.3 Sejarah Bidan di Dunia

Sejak jaman dahulu kala bidan ada sebagai pendamping perempuan. Bahkan menurut sejarah peran bidan itu ada sejak zaman batu hingga jaman modern seperti saat ini. Jadi siapakah bidan itu?

Menurut *International Confederation of Midwife* (ICM) bidan adalah seseorang yang lulus dari program pendidikan yang disetujui dan memenuhi kompetensi penting dari *International Confederation of Midwife* (ICM). Akan tetapi, kebidanan sesungguhnya adalah sebuah profesi kuno yang bersifat alami dan penting bagi kemanusiaan, seperti halnya proses persalinan itu sendiri, menjunjung tinggi dan mencerminkan praktik budaya perempuan dan keluarga mereka.

Praktik kebidanan dapat ditelusuri kembali ke era paleolitikum (40.000 SM), ketika kehamilan dan persalinan mengharuskan perempuan untuk melahirkan di lingkungan yang menantang dan seringkali mengancam nyawa. Perempuan memenuhi kebutuhan sehari-hari mereka sendiri selama melahirkan berdasarkan pengetahuan dan keterampilan yang mereka pelajari dari mengamati mamalia lain.

Kebudayaan asli di seluruh dunia mempraktikkan berbagai tradisi seputar kelahiran, banyak di antaranya bersifat spiritual dan bersumber pada alam dan pengobatan herbal. Orang Māori di Selandia Baru, misalnya, menggunakan supplejack dan akar rami untuk kontrasepsi, dan biasanya membakar tempat bersalin setelah melahirkan.

Dari tahun 3500 SM hingga 300 SM, era Mesir dan Yunani-Romawi terjadi kemajuan besar dalam pengembangan dan pengakuan kebidanan sebagai profesi profesional yang otonom, ilmiah, dan dihormati. Namun pada akhir tahun 300 SM, sikap sosial terhadap bidan perempuan berubah, dan kebidanan menjadi sebuah profesi di bawah hierarki pengobatan yang diawasi oleh laki-laki. Catatan tertua tentang kebidanan berasal dari Mesir kuno. Tahun 1550 SM ditemukan catatan oleh Papirus Ebers tentang Teknik-teknik medis, termasuk kebidanan.

Di Eropa dan Mediterania, era Alkitab (2.200 SM – 1.700 SM) menyaksikan pemberdayaan perempuan memainkan peran besar dalam membangun profesionalisme kebidanan. Namun, menjelang Abad Pertengahan Tinggi (1.000-1.250 M), bidan atau tabib perempuan dianggap sesat atau penyihir dan oleh karena itu akan digantung atau dibakar sampai mati.

Di Tiongkok, bidan perempuan melakukan praktik kebidanan melalui pengobatan tradisional Tiongkok, seperti prinsip qi, yinyang, dan wuxing selama ribuan tahun. Perempuan-perempuan ini sering kali buta huruf, dan sebagian besar praktikum ini dilakukan di komunitas kecil dan dilakukan di

rumah. Praktik-praktik ini tetap sama hingga abad ke-13, ketika praktisi medis laki-laki mulai memformalkan dan mengendalikan pengobatan dan kebidanan.

Baik di Thailand maupun Chile, praktik kebidanan yang telah berusia berabad-abad pada awalnya dan secara historis hanya diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan kurang mampu, meskipun saat ini, perempuan dan orang yang melahirkan dari semua latar belakang sosial ekonomi dapat mengakses bidan.

Di seluruh Afrika, bidan tradisional dan dukun lainnya telah menjadi bagian integral dari pengobatan selama berabad-abad. Namun ketika orang-orang Eropa membawa orang-orang Afrika ke Amerika Serikat dan memperbudak mereka pada abad ke-17, beberapa perempuan Afrika diperbudak untuk dilatih dan dijadikan bidan. Bidan masih menjadi penyedia layanan kesehatan utama dalam persalinan di koloni-koloni tersebut, dan mereka terus melayani persalinan bagi perempuan Afrika dan kulit putih—hingga pergantian abad ke-19, ketika dokter laki-laki menggantikan bidan dengan diperkenalkannya layanan kebidanan yang diawasi oleh laki-laki.

Pada abad ke 20 kebidanan terus berkembang seiring dengan kemajuan teknologi medis dan perubahan sosial. Florence Nightingale mendirikan sekolah kebidanan di London pada tahun 1860 yang menjadi model bagi Pendidikan kebidanan di seluruh dunia. Seiring dengan perkembangan zaman, Pendidikan formal bagi bidan mulai menjadi standar sehingga banyak negara yang mendirikan sekolah kebidanan dan memperkenalkan program sertifikasi. Kemajuan teknologi medis seperti ultrasonografi, monitor janin dan teknik bedah canggih telah meningkatkan keamanan dan efektifitas persalinan. Di berbagai negara banyak upaya untuk mengembalikan praktik kebidanan tradisional dan humanistic dengan menekankan pada persalinan alami dan perawatan berbasis komunitas (Kusumastuti et al., 2024).

Kebidanan kini diakui sebagai profesi medis yang penting dan dihormati, dengan peran krusial dalam kesehatan ibu dan anak. Perkembangan dalam pendidikan, teknologi dan kebijakan kesehatan terus meningkatkan kualitas perawatan kebidanan di seluruh dunia.

1.4 Sejarah Bidan di Indonesia

Bidan di Indonesia bernaung di bawah organisasi profesi yaitu Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan merupakan anggota dari *International Confederation of Midwives* (ICM). Dalam perjalanannya, bidan di Indonesia terus berevolusi, dan berikut ini merupakan proses evolusi bidan di Indonesia:

Di Indonesia, sejak dulu tenaga yang memegang peranan penting dalam proses persalinan disebut sebagai dukun bayi. Tidak hanya dalam proses persalinan, dukun bayi juga berperan dalam membantu dan mendampingi seorang perempuan selama proses kehamilan, nifas, menyusui dan perawatan bayinya. Pada zaman pemerintahan Hindia Belanda dukun bayi masih menjadi tenaga penting dalam proses persalinan akan tetapi dikarenakan tingginya angka kematian ibu dan bayi pada saat itu, maka pada tahun 1807 pada pemerintahan gubernur jenderal Hendrik William Daendels, maka para dukun bayi ini diberikan pelatihan dalam pertolongan persalinan, akan tetapi dikarenakan keterbatasan jumlah tenaga pelatih maka tidak berlangsung lama. Dan pelayanan kebidanan lebih diperuntukkan bagi orang-orang Belanda yang ada di Indonesia.

Tahun 1849 untuk pertama kalinya dibuka pendidikan Dokter Jawa di Batavia. Saat ibu belum ada pelajaran tentang ilmu kebidanan, sampai pada tahun 1889, Straat (seorang obstetrician dari Austria dan Masland) memberikan ilmu kebidanan secara sukarela. Seiring dengan berprosesnya pendidikan kedokteran, pada tahun 1851 dibuka pendidikan bidan untuk wanita pribumi di Batavia oleh dr. W. Bosch seorang dokter militer Belanda. Dan sejak saat itu, pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan oleh dukun bayi dan bidan. Sayangnya, Pendidikan ini tidak berlangsung lama karena kurangnya peserta didik akibat adanya larangan ataupun pembatasan bagi wanita untuk keluar rumah.

Pada tahun 1902 pendidikan bidan bagi Wanita pribumi dibuka Kembali di Rumah Sakit Militer di Batavia. Selain itu pada tahun 1904 juga dibuka Pendidikan bidan di Makassar.

Tahun 1911-1912 di Rumah Sakit Umum Pusat Semarang dan Rumah Sakit Umum Pusat Cipto Mangunkusumo di Batavia mulai diselenggarakan Pendidikan tenaga keperawatan dengan lama pendidikan 4 tahun. Awalnya sekolah ini hanya menerima peserta didik pria, akan tetapi pada tahun 1914

mulai dibuka untuk peserta didik wanita. Khusus untuk perawat wanita dapat melanjutkan Pendidikan kebidanan selama dua tahun.

Tahun 1952 pelatihan bidan dilaksanakan secara formal. Perubahan pengetahuan dan keterampilan tentang pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh di Masyarakat dilakukan dengan kursus tambahan bidan (KTB) pada tahun 1953 di Yogyakarta dan disusul diselenggarakan juga di kota-kota yang lain. Seiring dengan kegiatan pelatihan tersebut maka didirikanlah Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) Di mana bidan berperan sebagai penanggungjawab pelayanan kepada masyarakat. Ini menjadi cikal bakal terselenggaranya pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) pada tahun 1957 (Amalia, 2021).

Tahun 1989 dibuka program Pendidikan bidan secara nasional yang membolehkan lulusan dari SPR dan SPK untuk melanjutkan program Pendidikan bidan. Program ini disebut dengan Program Pendidikan Bidan A (PPB/A) dengan lama Pendidikan 1 tahun. Sidang kabinet pada tahun 1992 membahas tentang pentingnya peran bidan di masyarakat, sehingga pada sidang tersebut dibahas tentang perlunya penempatan bidan di setiap desa. Tahun 1993 dibuka Pendidikan Bidan Program B yang peserta didiknya berasal dari perawat dengan lama Pendidikan satu tahun yang bertujuan untuk menghasilkan pengajar Pendidikan Bidan Program A. Sayangnya tujuan ini tidak terwujud dan akhirnya ditutup setelah berjalan dua angkatan. Pada tahun yang sama juga dibuka Pendidikan Bidan Program C yang menerima peserta didik dari lulusan SMP. Pendidikan ini dilakukan di 11 provinsi yaitu Aceh, Bengkulu, Lampung, Riau, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Irian Jaya. Program pendidikan ini ditempuh dalam enam semester (Amalia, 2021).

Selain dengan pendidikan formal, untuk meningkatkan kompetensi bidan pemerintah juga menyelenggarakan pendidikan non formal melalui beberapa pelatihan yang melibatkan organisasi bidan Ikatan Bidan Indonesia (IBI).

1.5 Pendidikan Kebidanan di Indonesia

Kebijakan pendidikan bidan di Indonesia telah mengalami berbagai perkembangan dari masa ke masa, sejalan dengan kebutuhan masyarakat akan layanan kesehatan ibu dan anak yang berkualitas. Berikut ini adalah beberapa kebijakan pendidikan bidan di Indonesia:

1.5.1 Program Pendidikan Kebidanan di Indonesia

berdasarkan Undang-undang No. 4 tahun 2019 tentang Kebidanan, program pendidikan kebidanan di Indonesia yaitu terdiri atas: program akademik, program vokasi dan program doktor. Yang termasuk dalam pendidikan akademik kebidanan yaitu program sarjana, program magister dan program doktor. Lulusan dari pendidikan akademik ini dalam melanjutkan pendidikan profesi bidan. Yang dimaksud dengan pendidikan vokasi ini adalah pendidikan program diploma tiga kebidanan. Program diploma tiga (D3) Kebidanan adalah program pendidikan vokasi yang paling umum di Indonesia. Lulusan D3 kebidanan diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak di tingkat dasar. Penyelenggara pendidikan bidan juga wajib terakreditasi oleh Lembaga Akreditasi Mandiri Pendidikan Tinggi Kesehatan Indonesia (LAM-PTKes) atau *Indonesian Accreditation Agency for Higher Education in Health* (IAAHEH).

Berdasarkan Undang-undang No. 4 tahun 2019 tentang kebidanan, untuk dapat berpraktik mandiri, bidan wajib mengambil pendidikan profesi baik bagi yang telah menyelesaikan pendidikan akademik maupun vokasi. Apabila tidak menempuh pendidikan profesi bidan, maka bidan hanya dapat berpraktik di fasilitas kesehatan. Selain itu bidan wajib melakukan registrasi yang dibuktikan dengan Surat Tanda Registrasi (STR) dan izin praktik resmi yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah kota/kabupaten (Hastuti & Rusmini, 2020).

1.5.2 Uji Kompetensi Bidan

Salah satu upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal di Indonesia yaitu dengan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Hal ini berbanding lurus dengan kualitas tenaga kesehatan yang harus berkualitas juga. Pemerintah bersama organisasi profesi berupaya untuk menjaga kualitas

tenaga kesehatan yaitu dengan pelaksanaan uji kompetensi secara nasional (Fitria & Ningsih, 2024).

Uji kompetensi merupakan proses untuk mengukur kemampuan yang dimiliki oleh peserta didik pada perguruan tinggi bidang kesehatan berdasarkan pengetahuan, kemampuan, keterampilan, sikap dan perilaku profesional untuk menjalankan praktik kebidanan. Kelulusan uji kompetensi sebagai syarat pengajuan Surat Tanda Registrasi (STR). Mulai tahun 2021, uji kompetensi ini diterapkan sebagai *exit exam* yang menjadi penentu dalam kelulusan dalam menempuh pendidikan bidan program diploma III dan program pendidikan profesi bidan (Fitria & Ningsih, 2024).

1.6 Regulasi Praktik Kebidanan di Indonesia

Praktik kebidanan di Indonesia diatur oleh sejumlah regulasi dan aspek hukum yang bertujuan untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan. Dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya bidan wajib mematuhi peraturan yang berlaku sesuai dengan kewenangannya. Kewenangan bidan diatur dalam peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI). Permenkes yang pertama kali mengatur wewenang bidan yaitu Permenkes No. 5380/IX/1963 di mana wewenang bidan adalah memberikan pertolongan persalinan normal secara mandiri didampingi petugas lain (Yulizawati, 2021).

Selanjutnya terdapat perubahan peraturan yaitu sebagai berikut:

1. Permenkes No. 363/IX/1980, yang kemudian diubah menjadi Permenkes 623/1989.
   Dalam peraturan ini, bidan mempunyai 2 wewenang, yaitu wewenang umum dan khusus. Wewenang khusus ini ditetapkan apabila bidan melaksanakan tindakan khusus di bawah pengawasan dokter.
2. Permenkes No. 572/VI/1996. Peraturan ini mengatur tentang registrasi dan praktik bidan. Bidan dalam melaksanakan prakteknya diberi kewenangan yang mandiri. Kewenangan tersebut disertai dengan kemampuan dalam melaksanakan Tindakan, antara lain:

pelayanan kesehatan ibu dan anak, KB dan pelayanan kesehatan masyarakat.

3. Kepmenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktik bidan revisi dari Permenkes 572/VI/1996
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464 Tahun 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.
5. Permenkes Nomor 66 Tahun 2014 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Tenaga Kesehatan. Peraturan ini mengatur tentang perizinan praktik bagi semua tenaga kesehatan termasuk bidan.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Peraturan ini mengatur tentang prosedur perizinan, standar praktik, serta sanksi bagi bidan yang melanggar ketentuan yang berlaku.
7. Undang-undang Republik Indonesia No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan. Saat ini Undang-undang Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan menjadi landasan hukum utama yang mengatur tentang kebidanan di Indonesia. UU ini mencakup berbagai aspek, termasuk pendidikan, sertifikasi, kewajiban, hak dan tanggungjawab bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan.

Bab 2

Konsep Dasar Dalam Kebidanan

2.1 Pendahuluan

Pelayanan Kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga yang berkualitas. Pelayanan kebidanan merupakan pelayanan yang diberikan oleh bidan sesuai dengan kewenangannya yang diberikan dengan maksud meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka tercapainya keluarga berkualitas, bahagia dan sejahtera.

Paradigma Kebidanan merupakan suatu cara pandang bidan dalam memberikan pelayanan yang terdiri dari empat komponen yaitu manusia/wanita, lingkungan perilaku dan pelayanan kebidanan.

Wanita dalam sepanjang siklus kehidupannya merupakan sasaran utama bidan, sehingga wanita harus diperlakukan sebagai makhluk bio, psiko kultural dan spiritual yang utuh dan unik, mempunyai kebutuhan dasar yang bermacam – macam sesuai dengan tingkat perkembangannya. Lingkungan merupakan salah satu faktor yang memengaruhi perilaku seseorang. Lingkungan meliputi lingkungan fisik, lingkungan psikososial, lingkungan biologi dan lingkungan budaya.

Perilaku sangat memengaruhi derajat kesehatan seorang manusia. Perilaku manusia bersifat holistik (menyeluruh). Perilaku ibu hamil dapat memengaruhi kesejahteraan janinnya. Pelayanan kebidanan terdiri dari pelayanan kebidanan primer, pelayanan kebidanan kolaborasi dan pelayanan kebidanan rujukan. Kualitas manusia sangat dipengaruhi oleh keturunan. Oleh karena itu perlu pelayanan sejak masa pra perkawinan, pra kehamilan, kehamilan, persalinan dan nifas sehingga dapat menghasilkan kualitas manusia yang bagus.

Konsep kebidanan sendiri merupakan suatu kerangka dalam bidang keilmuan bidan yang meliputi dan membahas mengenai definisi bidan, falsafah kebidanan, teori dan praktek kebidanan atau midwifery, tinjauan keilmuan kebidanan, bahasan mengenai beberapa bagian dari ilmu kebidanan, pelayanan kebidanan, praktek kebidanan, asuhan kebidanan, serta manajemen kebidanan. Buku ini membahas tentang filosofi kebidanan, sejarah perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan secara internasional dan Nasional, paradigma asuhan kebidanan, kebidanan sebagai profesi, peran dan fungsi bidan, model konseptual asuhan kebidanan, konsep kebidanan sebagai dasar dalam praktek kebidanan, prinsip pengembangan karir bidan, perbedaan dokter, perawat dan bidan, dan women centered care (asuhan yang berorientasi pada wanita).

2.2 Konsep Dasar Ilmu Kebidanan

Pengertian ilmu kebidanan adalah ilmu yang berfokus pada pemberian asuhan kepada wanita selama masa kehamilan, persalinan, dan pasca-persalinan, serta pada kesehatan reproduksi secara keseluruhan. Ilmu ini mencakup aspek-aspek medis, emosional, dan sosial dari kesehatan wanita dan bayi.

Tujuan ilmu Kebidanan yaitu:

1. Menjaga Kesehatan Ibu dan Bayi
2. Mencegah komplikasi dan memastikan kondisi kesehatan optimal bagi ibu dan bayi
3. Memberikan Asuhan yang Berkualitas
4. Menyediakan perawatan yang aman, efektif, dan berbasis bukti untuk ibu dan bayi.

Konsep dasar kebidanan mencakup prinsip-prinsip yang mendasari praktek kebidanan modern, termasuk pemahaman tentang proses kehamilan, persalinan dan perawatan pasca persalinan.

Berikut adalah penjelasan lengkap mengenai konsep dasar kebidanan:

1. Anatomi fisiologi
   Salah satu konsep dasar kebidanan adalah pemahaman mendalam tentang anatomi dan fisiologi sistem reproduksi Wanita. Ini meliputi pengetahuan tentang organ-organ reproduksi, siklus menstruasi, pembuahan, perkembangan janin dan proses persalinan. Bidan perlu memahami bagaimana tubuh Wanita bekerja selama kehamilan dan persalinan untuk memberikan asuhan yang tepat
2. Asuhan antenatal
   Konsep dasar asuhan yang mencakup asuhan antenatal yang meliputi pemeriksaan rutin, pemantauan Kesehatan ibu dan janin, pemberian informasi dan edukasi tentang kehamilan, serta identifikasi dan penanganan komplikasi potensial. Asuhan antenatal yang dapat membantu memastikan kehamilan yang sehat dan mengurangi risiko komplikasi.
3. Persiapan persalinan
   Seorang bidan juga perlu memahami konsep persiapan persalinan, termasuk pengelolaan rasa nyeri, Teknik bernafas, posisi yang nyaman untuk persalinan serta persiapan fisik dan mental ibu untuk melahirkan. Hal ini melibatkan pembuatan perencanaan persalinan yang sesuai dengan preferensi ibu untuk mendukungnya selama persalinan.
4. Asuhan persalinan
   Selain persiapan, konsep dasar kebidanan juga mencakup asuhan selama persalinan. Hal ini termasuk [emantauam progresi persalinan, pengelolaan komplikasi yang mungkin muncul, bantuan dalam proses pendorongan, serta penanganan bayi baru lahir termasuk pemberian perawatan awal dan pemeriksaan Kesehatan.

5. Asuhan pasca persalinan
   Setelah persalinan, bidan memberikan asuhan pasca persalinan kepada ibu dan bayi. Ini termasuk pemantauan Kesehatan ibu setelah melahirkan, bantuan dengan menyusui, perawatan luka jika ada, serta memberikan dukungan emosional dan edukasi tentang perawatan bayi baru lahir.
6. Konsep etika dan prinsip kebidanan
   Bidang kebidanan juga didasarkan pada konsep etika dan prinsip-prinsip kebidanan yang meliputi hak asasi manusia, otonomi pasien, prinsip non malefikasi dan beneficence serta keadilan dalam memberikan asuhan Kesehatan. Bidan perlu menjalankan prakteknya dengan mematuhi standar etika dan menjaga privasi serta keamanan pasien.

Pentingnya Ilmu Kebidanan

Ilmu kebidanan memainkan peran vital dalam sistem kesehatan dengan fokus pada pencegahan, perawatan, dan edukasi yang dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan wanita dan bayi. Bidan sebagai penyedia layanan kesehatan terdepan dalam komunitas memiliki tanggung jawab besar untuk memastikan bahwa setiap wanita mendapatkan asuhan yang berkualitas sepanjang siklus reproduksinya.

Dengan pemahaman yang mendalam tentang konsep dasar ilmu kebidanan, bidan dapat memberikan perawatan yang holistik, berbasis bukti, dan berpusat pada wanita, sehingga berkontribusi secara signifikan terhadap peningkatan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

2.2.1 Pengertian Bidan

Bidan menurut beberapa teori yaitu:

1. Bidan menurut ICM adalah singkatan dari International Confederation of Midwives, yaitu organisasi internasional yang mewakili bidan di seluruh dunia. Definisi bidan menurut ICM adalah sebagai berikut: Bidan adalah seseorang yang telah berhasil menyelesaikan program pendidikan kebidanan berdasarkan Kompetensi Esensial ICM untuk Praktik Kebidanan dan kerangka

Standar Global ICM untuk Pendidikan Kebidanan, yang diakui di negara tempatnya berada; yang telah memperoleh kualifikasi yang diperlukan untuk terdaftar dan/atau memiliki izin resmi untuk melakukan praktik kebidanan dan menggunakan gelar 'bidan', dan yang menunjukkan kompetensi dalam praktik kebidanan.

2. Menurut *World Health Organization* (WHO), definisi bidan adalah sebagai berikut: "Bidan adalah pekerja kesehatan yang terlatih dalam seni dan ilmu kebidanan sesuai dengan definisi internasional yang diakui. Mereka memberikan perawatan yang esensial sepanjang siklus kehidupan wanita dan bayi yang baru lahir, dengan pencegahan, pengenalan dini, dan penanganan komplikasi. Mereka memiliki peran penting dalam promosi kesehatan, pendidikan, dan penyuluhan kepada pasien dan keluarga". Definisi ini menekankan peran bidan dalam memberikan perawatan yang esensial kepada wanita sepanjang siklus kehidupan mereka, termasuk selama kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan, serta dalam upaya mencegah, mengenali, dan mengelola komplikasi yang mungkin terjadi. Selain itu, peran pendidikan dan penyuluhan bidan dalam meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga tentang kesehatan juga diakui.
3. Ikatan Bidan Indonesia (IBI) adalah organisasi profesi bidan di Indonesia. Mereka mungkin memiliki definisi sendiri yang mencerminkan peran dan tanggung jawab bidan di Indonesia. Bidan adalah salah satu jenis tenaga kesehatan yang diakui negara. Hal ini tercantum dalam Pasal 11 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan di mana profesi bidan dicantumkan sebagai salah satu dari 12 jenis tenaga kesehatan yang diuraikan dalam undang-undang. 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. Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan.

4. FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) adalah organisasi internasional yang mengkhususkan diri dalam bidang ginekologi dan obstetri, dan mereka memiliki definisi bidan yang mereka dukung. Menurut FIGO, bidan adalah: "Bidan adalah seorang profesional perawatan kesehatan yang memainkan peran kunci dalam merencanakan, memberikan, dan menilai perawatan selama siklus kehidupan seorang wanita, termasuk perawatan selama kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Bidan memberikan dukungan kepada wanita untuk menghadapi perubahan dan tantangan yang mungkin terjadi selama masa reproduksi dan merawat wanita dengan penuh hormat dan kesadaran atas kebutuhan fisik, psikologis, dan budaya". Secara lengkap pengertian bidan adalah:
   A midwife is a person who, having been regularly admintted to a midwifery educational program fully recognized in the country in which it is located, has successfully completed the prescribe course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualification to be registered and or legally licensed to practice midwifery.
   Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti suatu program pendidikan kebidanan yang diakui di Negara di mana program tersebut diselenggarakan, telah berhasil menyelesaikan serangkaian pendidikan kebidanan yang ditetapkan, dan telah memperoleh kualifikasi yang diperlukan untuk dapat didaftarkan atau secara hukum memperoleh izin (lisensi) untuk melakukan praktik kebidanan.
   She must be able to give neccesary supervision, care and advice to women during pregnancy, labor and postpartum, to conduct delivires on her own responsibility and to care for the newborn and the infant. This care includes preventive measures, the detection of abnormal condition in mother and child. The procurement of medical assistance, and the execution of emergency measures in the absence of medical help. She has important task in counseling and education, not only for patient, but alsowithin the family and community.

Ia harus mampu melakukan pengawasan, perawatan, serta memberi saran yang diperlukan kepada perempuan selama masa hamil, bersalin, dan setelah melahirkan. Ia juga harus mampu memimpin persalinan sebagai bagian dari tanggung jawabnya dan merawat bayi baru lahir serta bayi berusia beberapa bulan. Perawatan ini meliputi tindakan preventif, deteksi kondisi abnormal pada ibu dan anak, usaha memperoleh bantuan medis, dan pelaksanaan tindakan darurat pada saat pertolongan medis tidak ada. Bidan memiliki tugas penting member konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk wanita, tetapi juga untuk keluarga dan komunitas.

Their work should involve antenatal education and preparation for parenthood and extend to certain areas of gynecology, family planning and child care. She may practice in hospitals, clinics, healt unit, domiciliary conditions or any other service.

Pendidikan ini melibatkan pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua dan meluas mencakup area tertentu bidang ginekologi, keluarga berencana, dan perawatan anak. Ia dapat melakukan praktik di rumah sakit, klinik, unit kesehatan, lingkungan tempat tinggal, atau layanan kesehatan (Varney 2006).

2.2.2 Filosofi Kebidanan

Semua profesi dipandu oleh nilai-nilai inti tertentu yang dikenal sebagai filosofi profesional yang membentuk praktik dan perilaku semua orang yang terlibat di dalamnya. Dalam kebidanan, filosofi menginformasikan segala hal yang dilakukan bidan. Inilah yang membedakan bidan dari profesi kesehatan lainnya dan menjadikan bidan dan pekerjaan mereka penting di seluruh wilayah di dunia.

Menurut ICM (2017), filosofi kebidanan memberikan definisi universal mengenai filosofi pelayanan kebidanan berdasarkan prinsip etika keadilan, kesetaraan dan penghormatan terhadap martabat manusia. Hal ini mencakup keyakinan inti yang mendasari profesi ini, termasuk bahwa kehamilan dan melahirkan anak biasanya merupakan proses fisiologis normal dan pengalaman mendalam yang membawa makna penting bagi perempuan, keluarga, dan komunitas. Hal ini menjelaskan bahwa pelayanan kebidanan

memajukan, melindungi dan mendukung hak-hak dan kesehatan manusia, reproduksi dan seksual perempuan serta menghormati keragaman etnis dan budaya.

Oleh karena itu, bidan adalah penyedia layanan yang paling tepat untuk menangani perempuan dalam masa subur. Hal ini mencakup gagasan bahwa asuhan kebidanan bersifat holistik dan berkesinambungan, didasarkan pada pemahaman tentang pengalaman sosial, emosional, budaya, spiritual, psikologis dan fisik perempuan, dan juga bahwa asuhan kebidanan bersifat emansipatoris, meningkatkan kesehatan, status sosial dan kepercayaan diri wanita. Filosofi kebidanan menekankan bahwa semua pelayanan kebidanan dilakukan dalam kemitraan dengan perempuan. Kebidanan mengakui hak untuk menentukan nasib sendiri, dan bersifat penuh hormat, bersifat personal, berkelanjutan dan tidak otoriter. Keyakinan dan nilai-nilai ini menjadi pedoman bagi bidan di seluruh dunia dan memengaruhi setiap aspek profesi kebidanan (ICM, 2017).

2.2.3 Paradigma Bidan

Paradigma bidan adalah badan dalam bekerja memberikan pelayanan keprofesiannya berpegang pada paradigma berupa pandangan terhadap manusia / Perempuan lingkungan, perilaku, pelayanan Kesehatan / kebidanan dalam keturunan.

2.2.4 Falsafah Bidan

Merujuk pada pengertian keyakinan dan nilai yang dianut oleh seseorang yang memengaruhi perilaku seseorang, sehingga filosofi kebidanan dapat diartikan sebagai keyakinan atau cara pandang dan nilai yang anut oleh seorang bidan dalam memberikan pelayanan.

Falsafah kebidanan menjadi pedoman atau keyakinan dan menjadi sikap batin seseorang dalam memberikan pelayanan kebidanan (IBI, 2003).

Falsafah kebidanan tersebut adalah:

1. Profesi kebidanan secara nasional diakui dalam undang-undang maupun peraturan pemerintahan Indonesia yang merupakan salah satu tenaga pelayanan kesehatan professional dan secara internasional diakui oleh ICM, FIGO, dan WHO.

2. Tugas, tanggung jawab, dan kewenangan profesi bidan yang telah diatur dalam beberapa peraturan maupun keputusan Menteri Kesehatan ditujukan dalam rangka membantu program pemerintah bidang kesehatan, khususnya dalam bidang rangka menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Perinatal (AKP), pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Pelayanan Keluarga Berencana (KB), pelayanan kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan reproduksi lainnya.
3. Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan manusia dan perbedaan budaya. Setiap individu berhak untuk menentukan nasib sendiri, mendapat informasi yang cukup, dan berperan di segala aspek pemeliharaan kesehatannya.
4. Bidan meyakini bahwa menstruasi, kehamilan, persalinan dan menopause adalah proses fisiologi, dan hanya sebagian kecil yang membutuhkan intervensi medis.
5. Persalinan adalah suatu proses yang alami, peristiwa normal, namun apabila tidak dikelola secara tepat, bisa berubah menjadi abnormal.
6. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, untuk itu setiap perempuan usia subur, ibu hamil, melahirkan, dan bayinya berhak mendapatkan pelayanan yang berkualitas.
7. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga yang membutuhkan persiapan mulai anak menginjak masa remaja.
8. Kesehatan ibu periode reproduksi dipengaruhi oleh perilaku ibu, lingkungan, dan pelayanan kesehatan.
9. Intervensi kebidanan bersifat komprehensif, mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitative yang ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat.
10. Manajemen kebidanan diselenggarakan atas dasar pemecahan masalah dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan yang profesional dan interaksi sosial serta asas penelitian dan pengembangan yang dapat melandasi manajemen secara terpadu. 11.

Proses kependidikan kebidanan sebagai upaya pengembangan kepribadian berlangsung sepanjang hidup manusia, perlu dikembangkan dan diupayakan untuk berbagai strata masyarakat.

Menurut Guilland and Pairman filosofi kebidanan meliputi 4 aspek yaitu:

1. Hamil, bersalin dan masa nifas adalah peristiwa yang alami dan fisiologis, artinya kehamilan, persalinan bukanlah suatu penyakit kecuali bila terjadi komplikasi atau penyulit.
2. Peran bidan adalah kehamilan normal, persalinan normal dan masa nifas normal artinya bidan memberikan layanan kebidanan pada kasus normal terutama pada kehamilan normal, persalinan normal dan masa nifas normal.
3. Women Centered artinya cenderung memandang klien atau Perempuan sebagai partner, bukan sebagai objek asuhan tetapi pusat asuhan. Perempuan berhak mengetahui kondisi kesehatannya dan berperan aktif dalam menentukan asuhan kebidanan yang diterimanya. Bidan menyampaikan informasi terkait dengan kondisi klien, menyampaikan pilihan asuhan kebidanan atau tindakan yang akan diterima klien dengan menyampaikan segala keuntungan dan kerugiannya.
4. Countinuty of Care. Menyediakan asuhan kebidanan secara berkesinambungan sepanjang siklus hidup Perempuan, misalnya dari kehamilan, persalinan dan nifas.

2.2.5 Ruang Lingkup Bidan

Bidan merupakan tenaga profesional yang bertanggung jawab dan dapat dipertanggungjawabkan, yang bekerja sama dengan perempuan untuk memberikan dukungan, perawatan dan nasehat yang diperlukan selama masa kehamilan, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab bidan sendiri dan memberikan asuhan pada bayi baru lahir. dan bayinya. Pelayanan ini mencakup tindakan pencegahan, peningkatan kelahiran normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, akses terhadap perawatan medis atau bantuan lain yang sesuai, dan pelaksanaan tindakan darurat.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya bagi perempuan dan kelompok beragam gender yang mereka layani, namun juga dalam keluarga dan masyarakat. Pekerjaan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua dan dapat mencakup layanan kesehatan seksual dan reproduksi, serta perawatan bayi dan anak kecil. Seorang bidan dapat berpraktik di lingkungan manapun termasuk di rumah, komunitas, rumah sakit, klinik, atau unit kesehatan.

Hak-Hak Bidan antara lain:

1. Setiap bidan berhak memperoleh pendidikan khusus kebidanan yang memungkinkannya mengembangkan dan mempertahankan kompetensi sebagai bidan
2. Setiap bidan mempunyai hak untuk melakukan praktik atas tanggung jawabnya sendiri sesuai definisi dan ruang lingkup praktik bidan menurut Konfederasi Bidan Internasional.
3. Setiap bidan berhak untuk diakui, dihormati dan didukung sebagai tenaga profesional kesehatan
4. Bidan mempunyai hak untuk mengakses asosiasi kebidanan yang kuat yang dapat berkontribusi terhadap kebijakan dan layanan kebidanan dan maternitas di tingkat nasional (ICM, 2017).

2.2.6 Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah bagian integral dari sistem pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah teregister yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan Kesehatan yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga sesuai dengan kewenangan dalam rangka tercapainya keluarga Bahagia dan Sejahtera dan Masyarakat yang meliputi Upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan pelayanan kebidanan dapat dibedakan menjadi:

1. Layanan primer ialah layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.
2. Layanan kolaborasi adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan

atau sebagai salah satu dari sebuah proses kegiatan pelayanan Kesehatan.

3. Layanan rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke system layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu peleyanan yang dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat / fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya.

2.2.7 Tugas Bidan

Adapun tugas seorang bidan yaitu:

1. Mengoptimalkan proses normal / alamiah, pencegahan dan deteksi dini komplikasi, asuhan kebidanan
2. Memimpin pertolongan persalinan, pertolongan kegawatdaruratan maternal, neonatal, bayi dan anak, pemantauan kesehatan, stimulasi pertumbuhan dan perkembangan
3. Konseling dan Pendidikan Kesehatan kepada orang tua dan keluarga (ANC, menjadi orang tua, Kesehatan Perempuan / reproduksi dan asuhan anak)

2.2.8 Praktik Kebidanan

Praktik kebidanan adalah implementasi dari ilmu kebidanan oleh Bidan yang bersifat otonom, kepada perempuan, keluarga dan komunitasnya, didasari etika dan kode etik Bidan.

2.2.9 Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh Bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta KB.

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

Adapun bentuk-bentuk asuhan kebidanan yang diberikan meliputi:

1. Asuhan kebidanan pada ibu hamil.
   Asuhan ibu hamil oleh bidan dilakukan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosis dan rencana tindakan, serta melaksanakannya untuk menjamin keamanan dan kepuasan serta kesejahteraan ibu dan janin selama periode kehamilan.
2. Asuhan kebidanan ibu bersalin.
   Asuhan kebidanan oleh bidan dimulai dengan mengumpulkan data, menginterpretasikan data untuk menentukan diagnosis persalinan dan mengidentifikasikan masalah/kebutuhan, serta membuat rencana, dan melaksanakan tindakan dengan memantau kemajuan persalinan serta menolong persalinan.
3. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
   Asuhan bayi baru lahir oleh bidan dimulai dari menilai kondisi bayi, memfasilitasi terjadinya pernafasan spontan, mencegah hipotermia, memfasilitasi kontak dini dan mencegah hipoksia sekunder, menentukan kelainan, serta melakukan tindakan pertolongan dan merujuk sesuai kebutuhan.
4. Asuhan kebidanan pada ibu nifas.
   Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat
5. Asuhan pada bayi dan balita
6. Asuhan kebidanan komunitas
7. Asuhan pada wanita dengan gangguan reproduksi

2.2.10 Paradigma bidan

Menurut kamus bahasa Indonesia paradigma adalah kerangka berfikir. Defenisi paradigma oleh para ahli sebagai beriku:

1. Pandangan fundamental terhadap persoalan dalam suatu cabang ilmu pengetahuan (Masteman, 1970)
2. Paradigma menjelaskan dunia kepada kita dan menolong kita memahami setiap fenomena yg terjadi di sekitar kita (Adam Smith, 1975)
3. Pola pikir dalam memahami dan menjelaskan aspek tertentu dari setiap kenyataan (Treguson)
4. Suatu pandangan global yg dianut mayoritas anggota suku kelompok ilmiah (Kohu, 1977)
5. Suatu perangkat bantuan yang memiliki nilai tinggi dan sangat menentukan bagi penggunaannya untuk dapat memiliki pola dan secara pandang dasar yang khas untuk melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi, dan memilih tindakan mengenai suatu kenyataan atau fenomena kehidupan manusia (Purwanto, P. 1997) Paradigma kebidanan: suatu cara pandang bidan dalam memberikan pelayanan yaitu pandangan terhadap manusia (wanita), lingkungan, perilaku, pelayanan. Kesehatan/Kebidanan, keturunan (Mustika, 2004).

2.2.11 Peran bidan

Dalam melaksanakan profesinya bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti

1. Peran sebagai Pelaksana
   Pelaksanaan Asuhan dan Pelayanan kebidanan. Bidan dapat bekerja mandiri melakukan pelayanan kebidanan primer sesuai dengan wewenangnya dan menentukan perlunya dilakukan rujukan. Disamping itu perannya di dalam 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. Sebagai pelaksana, bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan.

2. Peran Sebagai Pengelola

   Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas, yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim.

3. Peran Sebagai Pendidik

   Sebagai pendidik bidan memiliki 2 tugas yaitu sebagai pendidik dan penyuluh kesehatan bagi klien serta pelatih dan pembimbing leader.

4. Peran Sebagai Peneliti/investigator

   Bidan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun berkelompok

2.2.12 Fungsi Bidan

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 patologis tertentu, dan kehamilan dengan risiko tinggi.
   c. Menolong persalinan normal dan kasus persalinan patologis tertentu.
   d. Merawat bayi segera setelah lahir normal dan bayi dengan risiko
   e. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
   f. Memelihara kesehatan ibu dalam masa menyusui.
   g. Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan prasekolah.
   h. Memberi pelayanan keluarga berencana sesuai dengan wewenangnya
   i. Memberi bimbingan dan pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk wanita pada masa klimakterium internal dan menopause sesuai dengan 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.

d. 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 keluarga berencana.
b. Membimbing dan melatih dukun bayi serta kader kesehatan sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan
c. Memberi bimbingan kepada para peserta didik bidan dalam kegiatan praktik di klinik dan di masyarakat.
d. Mendidik peserta didik bidan atau tenaga kesehatan lainnya 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 keluarga berencana.

Bab 3

Anatomi Dan Fisiologi Wanita

3.1 Genitalia Eksterna Dan Interna

3.1.1 Genitalia Eksterna

1. Mons veneris
   Bagian yang menonjol yang terdiri dari jaringan lemak yang menutupi bagian depan Sympisis Pubis. Setelah pubertas kulit dari mons veneris akan ditumbuhi rambut dan banyak mengandung kelenjar lemak.
2. Labia Mayora Dan Labia Minora
   a. Labia Mayora
      - Berbentuk lonjong dan menonjol, berasal dari mons veneris dan berjalan ke arah bawah dan belakang.
      - Labia mayora sinistra dan dextra bersatu di sebelah belakang , merupakan batas depan dari perineum, disebut Commisura posterior (Frenulum)
      - Terdiri dari 2 permukaan:
        ✓ Bagian luar, menyerupai kulit biasanya ditumbuhi rambut

- ✓ Bagian dalam menyerupai selaput lendir dan mengandung banyak kelenjar sebacea
- Identik dengan Scrotum Laki- laki.

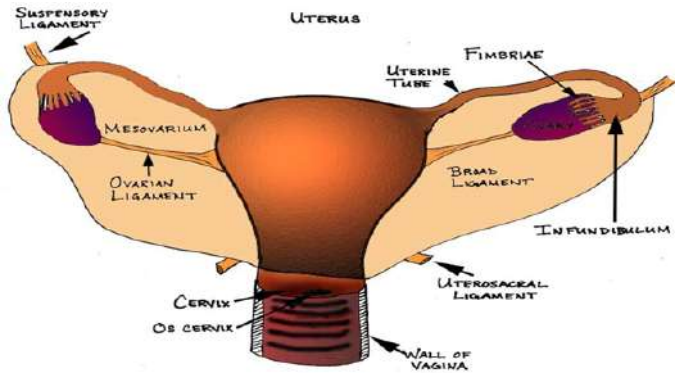
b. Labia Minora
- Didapatkan sebagai lipatan di sebelah medial dari labia mayora.
- Kedua lipatan kanan dan kiri bertemu di atas (Preputium clitoridis) dan sebelah bawah Frenulum Clitoridis)
- Di bagian belakang kedua lipatan setelah mengelilingi orifisium vaginea bersatu juga disebut Fourchet (hanya terlihat pada wanita yang belum pernah melahirkan).

3. Clitoris
Merupakan suatu tunggul yang erektil sangat sensitif terhadap rangsangan dari luar. Banyak mengandung urat urat syaraf sensiris dan pembuluh darah. Identik dengan penis laki- laki.
4. Vestibulum
a. Merupakan rongga yang sebelah lateral dibatasi oleh kedua labia minora, anterior oleh clitoris dan dorsal oleh fouchet.
b. Pada Vestibulum terdapat muara – muara dari vagina, urethra dan terdapat pula 4 lubang kecil yaitu: 2 muara dari kelenjar bartholini yg terdapat di samping dan agak ke belakang dari introitus vaginae, 2 muara dari kelenjar Skene di samping dan agak dorsal dari uretra.
5. Hymen (Selaput Dara)
Berupa lapisan yang sangat tipis dan menutupi sebagian besar dari introitus vagina. Biasanya berlubang sebesar ujung jari hingga getah dari genitalia interna dan darah haid dapat mengalir keluar. Bila hymen tertutup sama sekali disebut Occlusivum. Wanita setelah melahirkan maka hymen tinggal sisa- sisa kecil pada pinggir introitus vagina yang di sebut Carunculae Myrtiformis.
6. Kelenjar Bartholini dan Skene
Merupakan kelenjar terpenting di daerah vulva dan vaginae. Berfungsi mengeluarkan sekret mucus terutama pada saat coitus.

3.1.2 Genetalia Interna

1. Vagina

   Suatu saluran muskulo membranosa yang menghubungkan uterus dan vulva. Terletak antara kandung kencing dan rektum. Dinding depan vagina kurang lebih 9 nm lebih pendek dari dinding belakang kurang lebih 11 cm. Pada dinding vagina terdapat lipatan- lipatan yang berjalan circulair disebut Rugae, terutama pada bagian bawah vagina. Setelah melahirkan sebagian dari rugae menghilang. Walaupun disebut selaput lendir vagina, selaput ini tidak mempunyai kelenjar sama sekali sehingga tidak dapat menghasilkan lendir. Secret. Kedalaman vagina menonjol ujung dari cervik. Bagian dari serviks yang menonjol kedalam vagina disebut Portio. Oleh Portio ini, puncak vagina dibagi dalam 4 bagian yaitu: Fornix Anterior, Fornix Posterior, Fornix Lateral kanan dan kiri.



Fungsi:

a. Sebagai saluran keluar dari uterus yang dapat mengalirkan darah waktu haid dan sekret dari uterus.
b. Sebagai alat untuk persetubuhan
c. Sebagai jalan lahir pada waktu persalinan.

Epitel vagina cukup banyak mengandung pembuluh darah dan glikogen, tetapi tidak berisi kelenjar. Glikogen oleh kuman Dueder

lain diubah menjadi asam laktat, sehingga pH vagina berkisar antara 4-5, yang dapat menyebabkan cairan sedikit asam.

2. Uterus.

   Dalam keadaan tidak hamil uterus terdapat dalam ruangan pelvis minor di antara vesica urinaria dan rectum. Permukaan belakang sebagian besar tertutup oleh peritoneum sedangkan di depan hanya di bagian atasnya saja. Bagian bawah dari permukaan depan melekat pada dinding belakang vesica urinaria.

   Uterus merupakan alat yang berongga dan berbentuk menyerupai bola lampu yang gepeng atau seperti buah alpukat ,dan terdiri dari 2 bagian yaitu: Corpus uteri berbentuk segitiga dan cervix uteri berbentuk silindris. Bagian dari corpus uteri antara kedua pangkal tuba disebut Fundus Uteri (Dasar Rahim), Pinggir kanan/ kiri tidak tertutup oleh peritoneum karena berbatasan dengan parametrium kanan/ kiri.

   Bagian dari corpus uteri antara kedua pangkal tuba disebut fundus uteri (dasar rahim). Pinggir kanan / kiri tidak tertutup oleh peritoneum karena berbatasan dengan parametrium kanan / kiri.

   Ukuran Uterus

   a. Ukuran Uterus:
      - Anak – anak : 2 – 3 cm
      - Nullipara : 6 – 8 cm
      - Multipara : 8 – 9 cm

   b. Panjangnya corpus uteri terhadap cervix uteri juga berbeda – beda:

      Pada anak – anak, panjangnya corpus uteri ½ daripada panjangnya cervix uteri.

      Pada gadis remaja, sama panjangnya dengan cervix uteri.

   Uterus terdiri atas:

   a. Fundus uteri

      Bagian uterus proksimal, tempat masuk tuba falopi

   b. Corpus uteri

      Sebagai tempat janin berkembang

c. Cervix uteri.
   Terdiri dari pars vaginalis servisi uteri/ portio dan [ars supra vaginalis servisi uteri. Saluran pada serviks berbentuk lonjong sepanjang 2,5 cm dan dilapisi oleh kelenjar – kelenjar serviks dan berfungsi sebagai reseptakulum seminis. Pintu tersebut terdiri dari Ostium serviks internum dan ekternum. Secara histologi uterus terdiri atas: Endometrium, Otot – otot polos dan lapisan serosa / perimetrium vesceral.

Sikap dan letak uterus di tengah – tengah rongga panggul dipertahankan oleh:

a. Tonus otot sendiri
b. Ligament – ligament pada uterus
c. Otot – otot dasar panggul

Ligamen – ligamen uterus adalah:

a. Ligamentum latum
   Berupa lipatan peritoneum sebelah lateral kanan kiri Dari pada uterus, meluas sampai ke dinding panggul dan dasar panggul, sehingga seolah – olah menggantung pada tubae.
   Ruangan antara kedua lembar dari lipatan ini terisi oleh jaringan yang longgar, disebut: parametrium, di mana berjalan arteri, vena uterina, pembuluh limpha dan ureter.

b. Ligamentum rotundum
   Terdapat di bagian atas lateral dari uterus, caudal dari insertie tuba, kedua ligament ini melalui canalis inguinalis ke bagian cranial lab. Majus.
   Terdiri dari jaringan otot polos (identik dengan myometrium) dan jaringan ikat dan menahan uterus dalam antefleksi.
   Pada waktu kehamilan mengalami hypertrophie dan dapat diraba dengan pemeriksaan luar.

c. Ligamentum infundibulo pelvicum
   2 buah kiri kanan dari infundibulum dan ovarium ke dinding panggul. Ligamentum ini menggantungkan uterus pada dinding

panggul. Antara sudut tuba dan ovarium terdapat ligamentum ovarii proprium.

d. *Ligamentum cardinale*
Kiri kanan dari cervix setinggi ostium uteri internum ke dinding panggul. Menghalangi pergerakan ke kiri atau ke kanan.

e. *Ligamentum sacro uterinum*
Kiri kanan dari cervix sebelah belakang ke sacrum mengelilingi rectum.

f. *Ligamentum vesico uterinum*
Dari uterus ke kandung kencing.

Letak Uterus:

a. Ante dan retrofleksi uteri
Sumbu servix dan sumbu corpus uteri membentuk sudut. Jika sudut ini membuka ke depan, disebut anteflexio, jika membuka ke belakang disebut retroflexio.

b. Ante dan retroversio uteri
Sumbu vagina dan sumbu uterus membentuk sudut. Jika sudut ini membuka ke depan, disebut anteversio, jika membuka ke belakang disebut retroversio.

c. Positio
Uterus biasanya tidak terletak tepat pada sumbu panggul, bisa lebih ke kiri, lebih ke kanan, lebih ke depan, lebih ke belakang, disebut sinistro, dextro, antero, dorso positio.

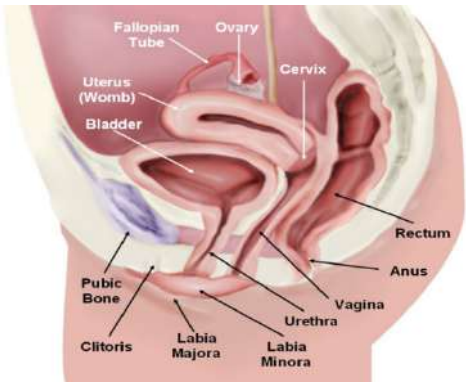
d. Torsio
Letak uterus biasanya agak terputar.

Pembuluh darah yang terdapat di uterus.

a. A. Uterina
b. A. Ovarica

3. Tuba Falopii
Pada Organ ini terdapat pada tepi atas ligamentum latum, berjalan kearah lateral, mulai dari cornum uteri kanan dan kiri . Panjangnya kurang lebih 12 cm dengan diameter 3-8 mm.

4. Ovarium
   Ovarium ada 2, kanan dan kiri uterus, dihubungkan dengan uterus oleh ligamentum Ovarii Proprium serta dihubungkan dengan dinding panggul dengan perantara ligamentum Infudibulo – pelvicum, disini terdapat pembuluh darah untuk ovarium yaitu arteri dan vena ovarica.



3.2 Panggul

Panggul terdiri atas:

1. Bagian keras yang disebut oleh Tulang
2. Bagian Lunak dibentuk oleh otot – otot dan ligamentum

Tulang panggul terdiri atas 4 tulang yaitu:

1. 2 tulang pangkal paha *(os coxae)*
2. 1 tulang kelangkang (*os sacrum*)
3. 1 tulang tungging (*os coccygis*)

3.2.1 Tulang Pangkal Paha (*ossa coxae*)

1. Tulang usus (*os ilium*)
   a. Merupakan tulang terbesar dari panggul dan membentuk bagian atas dan belakang dari panggul

b. Bagian atas merupakan pinggir tulang yang tebal yang disebut *crista iliaca*.
c. Ujung depan maupun belakang dari crista iliaca menonjol disebut *spina iliaca anterior superior dan spina iliaca posterior superior*.
d. Sedikit di bawah *spina iliaca anterior superior* terdapat tonjolan tulang lagi ialah *spina iliaca anterior inferior*, sedangkan sebelah bawah *spina iliaca posterior superior* terdapat *spina iliaca posterior inferior*
e. Di bawah *spina iliaca posterior inferior* terdapat tekik (lekuk) yang disebut *incisura ischiadica mayor*.
f. Pada *os ilium* terdapat lajur ialah *linea innominata (linea terminalis)* yang menjadi batas antara panggul besar dan panggul kecil.

2. Tulang duduk *(os ischium*)
   a. Terdapat sebelah bawah dari tulang usus
   b. Pinggir belakang berduri disebut *Spina Ischiadica*
   c. Di bawah *spina ischiadica* terdapat *incisura ischiadica minor*. Pinggir bawah tulang duduk sangat tebal, bagian inilah yang mendukung berat badan kalau kita duduk dan disebut *tuber ischiadicum*.
3. Tulang kemaluan *(os pubis*)
   a. Terdapat sebelah bawah dan depan dari tulang usus. Dengan tulang duduk, tulang ini membatasi sebuah lubang dalam tulang panggul yang disebut foramen obturatorium.
   b. Tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut rasmus superior ossis pubis.
   c. Sedangkan yang berhubungan dengan tulang duduk disebut rasmus inferior ossis pubis.
   d. Rasmus inferior kiri dan kanan membentuk arcus pubis.

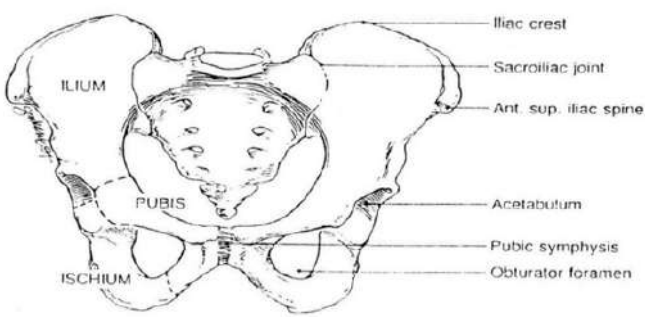
3.2.2 Tulang Kelangkang (*os sacrum)*

1. Berbentuk segitiga
2. Melebar di atas dan meruncing ke bawah

3. Terletak sebelah belakang antara kedua pangkal paha
4. Terdiri dari 5 ruas tulang bersenyawa
5. Permukaan depannya cekung dari atas ke bawah maupun dari samping ke samping
6. Kiri dan kanan dari garis tengah nampak lima buah lobang disebut *foramina sacralia anteriora*.
7. Lubang ini dilalui urat –urat syaraf yang akan membentuk plexus dan pembuluh darah kecil
8. Plexus sacralis ini melayani tungkai, oleh karena itu kadang-kadang penderita merasa nyeri atau kejang di kaki, kalau plexus sacralis ini tertekan pada waktu kepala turun ke dalam rongga panggul.
9. Permukaan belakang tulang kelangkang gembung dan kasar. Di garis tengahnya terdapat deretan duri disebut *crista sacralis*
10. Ke atas tulang kelangkang berhubungan dengan ruas ke 5 tulang pinggang
11. Bagian atas dari sacrum yang mengadakan perhubungan ini menonjol ke depan disebut *promontorium*.

3.2.3 Tulang Tungging (*os coxigis*)

1. Berbentuk segitiga dan terdiri atas 3-5 ruas bersatu
2. Pada persalinan ujung tulang tungging dapat ditolak sedikit ke belakang, hingga ukuran pintu bawah panggul bertambah besar



Secara fungsional panggul terdiri dari 2 bagian:

1. Pelvis mayor / False Pelvis: di atas linea terminalis.
2. Pelvis Minor / True Pelvis: di bawah linea terminalis, yang bentuknya menyerupai saluran bersumbu melengkung kedepan / sumbu carus. Sumbu carus adalah garis yang menghubungkan titik-titik persekutuan antara *diameter transversa* dan *konjugata vera* pada Pintu Atas Panggul (PAP) dengan titik-titik sejenis di HII,III,IV.

Untuk mengetahui bentuk panggul dan untuk menentukan sudah berapa jauh bagian dari janin masuk kedalam rongga panggul. Ditentukan 4 bidang khayal sebagai berikut:

1. Pintu atas panggul

   Pintu atas panggul belakang dibatasi oleh promontorium dan kedua sayap sacrum, disamping oleh linea innominata, dan didepan oleh ramus superior osis pubis dan pinggir atas simpisis. Bentuk pintu atas panggul yang khas hampir bulat.

   Ukuran dari pintu atas panggul yang penting adalah:

   a. Konjugata vera atau diameter antero posterior

      Ukurannya 11 cm, yang merupakan ukuran muka belakang, yang diukur dari pertengahan promontorium sampai pinggir atas simpisis pubis dan bukan merupakan ukuran terpendek. Ukuran terpendek adalah konjugata obstetrika, yang diukur dari pertengahan promontorium sampai simpisis pubis beberapa milimeter di bawah pinggir atas simpisis pubis.

      Pada orang hidup conjugata vera dapat diukur secara tidak langsung dengan mengukur conjugata diagonalis dikurangi 1,5-2 cm, tergantung dari tinggi dan inklinasi simpisis pubis.

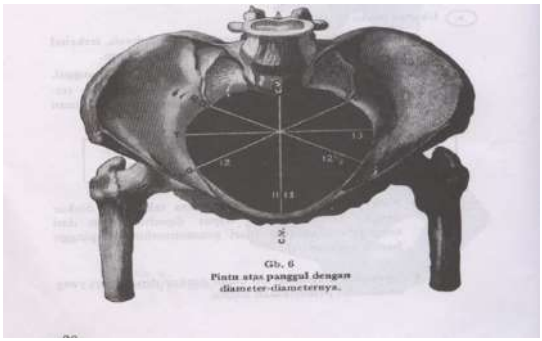
      Conjugata diagonalis adalah jarak dari pertengahan promontorium sampai pinggir bawah simphisis.

   b. Diameter transversa

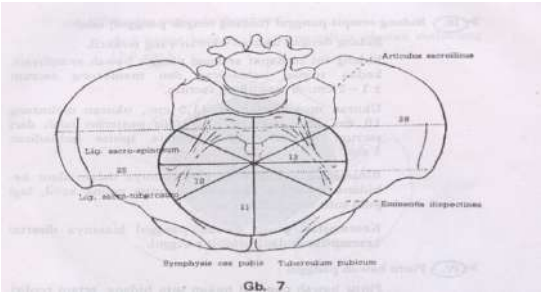
      Diameter transversa merupakan jarak terpanjang antara kedua linea innominata kanan dan kiri serta memotong tegak lurus

conjugata vera, kira-kira 4 cm di depan promontorium ukurannya 12,5 – 13 cm.

c. Diameter oblique/serong
Diukur dari artikulasio sacro iliaca ke tuberkulum pubicum ukurannya adalah 12 cm.



Gb. 6
Pintu atas panggul dengan diameter-diameternya.



Gb. 7

2. Bidang luas panggul
Bidang luas panggul tidak begitu penting dalam obstetrik. Bidang ini terbentang antara pertengahan permukaan simpisis pubis, pertengahan acetabulum dan pertemuan antara vetebra II dan III. Ukuran muka belakang 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm. Karena tidak ada ukuran yang kecil bidang ini tidak menimbulkan kesulitan dalam persalinan.
3. Bidang sempit panggul
Panggul tengah setinggi spina ischiadika (bidang tengah atau dengan ukuran panggul tersempit), sangat penting dalam persalinan macet, terutama setelah kepala mengalami penurunan. Diameter interspinosum sepanjang 10 cm, Diameter anteroposterior setinggi

spina ischiadica adalah 11,5 cm. Bidang ini paling sulit penilaiannya dalam bidang kebidanan karena ukuran-ukurannya paling kecil, lagipula sulit mengukurnya. Kesempitan pintu bawah panggul biasanya disertai bidang sempit panggul.

4. Pintu bawah panggul
   Terdiri atas dua buah bidang berbentuk segitiga dengan dasar yang sama yaitu garis yang menghubungkan kedua tuber ischiadicum kiri dan kanan. Puncak segitiga yang belakang adalah os sacrum dan sisinya adalah ligamentum sacrotuberosum kiri dan kanan, sedangkan segitiga di depan merupakan daerah di bawah arcus pubis.
   Ukuran – ukurannya:
   a. Ukuran muka belakang:
      Dari pinggir bawah simpisiske ujung sacrum (11,5 cm).
   b. Ukuran melintang
      Ukuran antara tuber ischiadikum kiri dan kanan sebelah dalam (10,5 cm).
   c. Diameter sagitalis posterior, diukur dari ujung sacrum ke pertengahan diameter transversa (7,5 cm).

Inklinasi panggul / miring panggul

Inklinasi Panggul/miring panggul Yaitu sudut antara pintu atas panggul dengan bidang sejajar tanah, pada wanita yang berdiri sudut ini 55□

Sumbu panggul

Jika kita hubungkan pusat-pusat dari beberapa bidang dalam panggul, maka kita akan mendapatkan sebuah garis yang lurus sebelah atas sampai pada suatu titik sedikit di atas spina ischiadikha dan melengkung ke depan di daerah pintu bawah panggul.

Bagian Lunak Panggul

Terdiri atas otot, ligamentum dan fascia, yang meliputi dinding panggul sebelah dalam dan menutupi panggul sebelah bawah (dasar panggul)

1. Lapisan luar.
   a. M.sfingter ani eksternus, yang mengelilingi anus.
   b. M. Bulbokavernosus, yang mengelilingi vulva.

c. M. Transversus parinea suferfisialis.
2. Lapisan tengah
   a. M. Transversus parinea profundus.
   b. M. Stingfer uretra.
3. Lapisan dalam (diafragma pelvis)
   a. M. Pubokoksigeus.
   b. M. Iliokoksigeus.
   c. M. Koksigeus.

Menentukan Ukuran Panggul

Ukuran panggul dapat ditentukan secara:

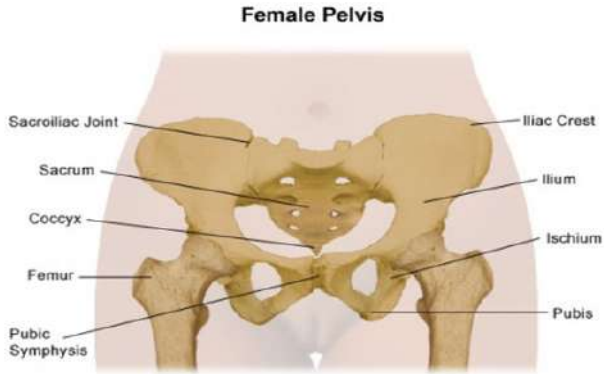
a. Klinik (pelvimetri klinik)
b. Rontgen pelvimetri

Pelvimetri Klinik

1. Pintu atas panggul
   Ukuran terpenting dari pintu atas panggul adalah konjugata vera yang dapat diukur secara tidak langsung yaitu dengan mengukur konjugata diagonalis dengan pemeriksaan dalam:
   1,5 – 2 cm (CV = CD – 1,5)
   Pada panggul yang normal promontorium tidak dapat diraba dengan pemeriksaan dalam karena konjugata diagonalis cukup panjang. Sedangkan pada panggul yang sempit promontorium dapat diraba.
   a. Pintu atas panggul dianggap normal bila:
   a. CD > 11,5 cm
   b. Multigravida dengan riwayat obstetric yang baik
   c. Pada primigravida setelah kehamilan 36 minggu, kepala sudah masuk pintu atas panggul
2. Bidang tengah panggul
   Ukuran-ukuran bidang tengah panggul hanya dapat ditentukan dengan pemeriksaan rongenologik, sedangkan pada pemeriksaan klinik jika spina iskhiadika sangat menonjol atau dinding samping

panggul konvergen atau konkavitas sacrum sangat dangkal, maka ada kemungkinan bahwa bidang tengah panggul sempit.

3. Pintu bawah panggul
   Diameter transversa dan diameter sagitalis posterior dan anterior dapat diukur dengan pelvimeter.
4. Ukuran – ukuran panggul
   Ukuran-ukuran luar tak dapat dipergunakan untuk penilaian,apakah persalinan dapat berlangsung secara biasa atau tidak. Walaupun begitu ukuran-ukuran luar dapat memberikan petunjuk pada kita akan kemungkinan panggul sempit.
5. Ukuran luar yang terpenting ialah:
   a. Distantia spinarum:
      Jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (Ind. 23, Er. 26), kurang lebih 24 – 26 cm
   b. Distantia cristarum:
      Jarak yang terjauh antara crista iliaca kanan dan kira (Ind. 26, Er. 29), kurang lebih 28 – 30 cm.
   c. Conjugata externa (Baudeloque):
      Jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung prosessus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (Ind. 18, Er. 20), 18 cm.
   d. Ukuran lingkar panggul:
      Dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat – tempat yang sama di pihak yang lain (Ind. 80, Er. 90), kurang lebih 10,5 cm.
6. Bentuk Panggul
   a. Bentuk ginekoid.
   b. Panggul android
   c. Panggul anthropoid
   d. Bentuk platypelloid



3.3 Siklus Hormonal

Dalam kehidupan wanita siklus hormonal merupakan sesuatu yang sangat penting dan menentukan dalam reproduksi wanita. Siklus ini akan melibatkan siklus ovarium dan siklus menstruasi.

Terdapat 4 organ yang sangat berperan dalam siklus hormonal Wanita , yaitu:

1. Hipotalamus
2. Hipofisis
3. Uterus
4. Ovarium

3.3.1 Hormon Reproduksi.

1. Hypothalamic- Releasing Hormone: GnRH.
   a. Pelepasan GnRH dari hipothalamus dikontrol oleh beberapa faktor antara lain: Neurotransmiter norepinefrin (meningkatkan sekresi) dan Dopamin (menurunkan sekresi) Endorphin juga menurunkan pelepasan GnRH menstimulasi sekresi FSH dan LH.
   b. Sekresi LH dirangsang terus menerus secara pulsatil oleh GnRH. Sekresi FSH juga dipengaruhi oleh kadar hormon lainnya, seperti Estrogen dan Inhibin yang menghambat sekresi FSH. Karena faktor – faktor yang memengaruhi ini. Sekresi FSH tidak selalu

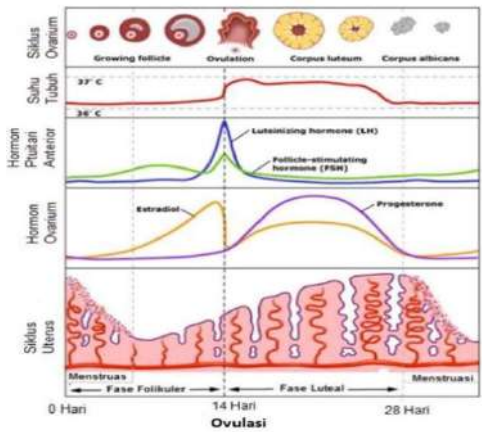
berhubungan dengan jumlah GnRH yang ada. GnRH memiliki half-life yang sangat singkat dan tidak dijumpai dalam sirkulasi sistemik dalam jumlah yang signifikan. Untuk menstimulasisekresi gonadothropin. GnRH tampil secara pulsatil, suatu proses yang menfasilitasi half- lifenya yang sangat pendek.

2. Gonadrotopins: Luteinizing Hormone dan Stimulating Hormone.
   Kedua hormon ini merupakan hormon glikoprotein yang menyerupai FSH dan HCG. Keempat hormon ini memiliki sub unit alpha yang sama, tetapi masing-masingnya mempunyai sub unit beta khas yang membedakan identitas dan fungsi yang nyata. LH menyebabkan terjadinya Ovulasi dan memicu korpus luteum untuk mensitesis progesteron. FSH memicu pematangan folikel di ovarium sehingga terjadi sintesis estrogen dalam jumlah besar.
3. Endrogen.
   Endrogen merupakan hormon steroid. Pada wanita sejumlah kecil testoteron dan dihydrotestosteron diproduksi oleh ovariun yang jika muncul dalam jumlah yang cukup banyak akan menimbulkan efek androgenik yang signifikan.
4. Estrogen.
   Meskipun tidak dibutuhkan untuk perkembangan karakteristik seksual primer pada wanita, estrogen dibutuhkan untuk maturasi sruktur saluran reproduksi wanita, yaitu vaginae, uterus dan tuba fallopi. Estrogen juga menstimulasi perkembangan stromal dan duktal payudara serta mengatur distribusi lemak – lemak tubuh seperti yang terlihat pada wanita. Estrogen juga menstimulasi pertumbuhan endometrial lining dan meningkatkan produksi sekresi vagina dan mukus serviks.
   Estradiol adalah estrogen utama yang diproduksi oleh ovarium. LH dan FSH menstimulasi produksi estradiol melalui aksi terkoordinasi sel-sel theca dan granulosa. Kadar estradiol bervariasi secara nyata selama siklus menstruasi.

5. Progesteron
   Kadar sirkulasi progresteron yang signifikan ditemukan hanya pada waktu setelah ovulasi. Progesteron dan komposisi sintetik sejenis, dikenal dengan progestin, merangsang perubahan sekretorik pada endometrial lining. Progesteron dapat sedikit meningkatkan temperatur tubuh.
6. Hormon lain
   a. Inhibin merupakan hormon glikoprotein, sebagai hasil fungsi gonad, yang mengatur sekresi dan produksi FSH.
   b. Prostaglandin.
   c. Prolaktin

3.3.2 Siklus Menstruasi

Selama siklus menstruasi, endometrium mengalami perubahan histologis dan sitologis serial yang akan mencapai kulminasi dengan menstruasi bila tidak terjadi kehamilan. Perubahan siklik endometrium berdasarkan perubahan anatomis dan fungsional glandula, vaskular dan komponen stroma endometrium. Siklus ini terjadi sebagai respon terhadap siklus hormonal ovarium.



Secara mortologis, endometrium dibagi menjadi 2 , yaitu: Lapisan basal pada 1/3 bawah dan Lapisan fungsional pada 2/3 atas. Lapisan fungsional berfungsi untuk menyiapkan implantasi blastokis oleh karena itu lapisan tersebut mengalami profiferasi, sekresi dan degenerasi.

Lapisan basal berfungsi untuk Regenerasi endimetrium setelah menstruasi.

1. Fase Proliferatif (Follicular, Estrogenic).
   Sebelum menstruasi selesai, telah dimulai restorasi epitel permukaan lapisan fungsional. Sel epitel dari kripta glandula dalam pada stratym basale akan mengalami migrasi melalui ujung glandula yang terbuka dan akan melapisi stroma yang masih telanjang hingga tertutup oleh lapisan epitel. Proses ini disertai regenerasi dari pembuluh darah dan sel stroma. Selama regenerasi hingga ovulasi, endometrium mengalami peningkatan ketebalan hingga beberapa kali lipat.
   Pada endometrium didapatkan beberapa gambaran mitosis epitel, glandula dan stroma. Arteri spiralis akan mengalami regenerasi hingga ke stroma fungsional dan bercabang-cabang dalam stroma. Dengan pertumbuhan spiralis hingga ke stroma fungsional maka endometrium tampak lebih lembab dan kaya vascular. Glandula memanjang dalam tunica propria dan awalnya berbentuk tubular secara terhadap akan lebih berkelok-kelok.Glicogen mulai mengalami akumulasi dalam epitel glandula dan adanya organela sitoplasmik seperti: Glikogen mulai mengalami akumulasi dalam epitel glandulla dan adanya organela sitoplastik seperti Retikulum endoplastik kasar dan aparatus Golgi yang mengindikasikan peningkatan kapasitas sistesis. Fase ini di pengruhi hormon estrogen.
2. Fase Sekretori (Luteal, Progestasional)
   Fase sekretori berlangsung mulai dari saat ovulasi dan pembentukan korpus luteum hingga menstruasi. Fase sekretori, terutama dipengaruhi oleh progesteron bersama dengan estrogen yang relatif masih tinggi pada fase ini. Glandula pada fase sekretori sangat berkelok -kelok, lumen dari glandula mengalami dilatasi, sakulasi dan terisi dan terisi produk sekretori glikogen yang akan berfungsi sebagai sumber nutrisi embrio. Akumulasi timbunan glikogen dalam

jumlah besar dalam sitoplasma basal sel glandula, akan mendesak nukleus lebih ke aspek sebelum inisiasi sekresi aktif.

Edema stroma akan menyebabkan peningkatan ketebalan endometrium hingga 5 mm. Arteri spiralis akan mengalami elongasi dan konvolusi dalam tunika propria dan akan mencapai stroma yang tampak lebih kaya sel dan padat. Progresi ini berlangsung hingga hari ke 21 siklus menstruasi, pada saat itu endometrium mencapai status sekretori penuh dan dapat mendukung implantasi embrio.

3. Fase Menstruasi

   Mendekati menstruasi, terjadi spasme arteri spiralis yang diperantarai hormon prostaglandin yang akan menurunkan suplai darah ke stratum fungsionalis hingga 2/3 bagian. Sekresi lokal prostaglandin tersebut selain menyebabkan spasme dan nekrosis iskemik juga akan menyebabkan kontraksi uterus.

Bab 4

Kesehatan Reproduksi

4.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi sangat penting untuk diketahui dalam masyarakat. Luasnya ruang lingkup kesehatan reproduksi menuntut bahwa penanganan secara lintas program dan sektor keterlibatan LSM, organisasi profesi dan semua pihak yang terkait, di mana aspek sosial budaya dalam kesehatan reproduksi juga menuntut perlunya adaptasi sesuai dengan kondisi di Negara kita. Kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat yang menyeluruh, meliputi aspek fisik, mental dan sosial dan bukan sekedar tidak adanya penyakit atau gangguan segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsinya maupun proses reproduksi itu sendiri.

Adapun tujuan kesehatan reproduksi adalah memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada setiap perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan mengatur fungsi dan proses reproduksi.

Sasaran Kesehatan Reproduksi meliputi laki laki dan perempuan dalam usia subur, yaitu remaja putra dan putri yang belum menikah, termasuk juga pekerja seks dan masyarakat yang termasuk keluarga prasejahtera.

4.2 Kesehatan Reproduksi

4.2.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi

Reproduksi secara sederhana dapat diartikan sebagai kemampuan untuk "membuat kembali". Dalam kaitannya dengan kesehatan, reproduksi diartikan sebagai kemampuan seseorang memperoleh keturunan (beranak) (Baso, 1999). Menurut WHO dan ICPD (International Conference on Population and Development) 1994 yang diselenggarakan di Kairo kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat yang menyeluruh, meliputi aspek fisik, mental dan sosial dan bukan sekedar tidak adanya penyakit atau gangguan segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsinya maupun proses reproduksi itu sendiri (Negara, 2005).

Menurut Mariana Amiruddin, definisi kesehatan reproduksi adalah sekumpulan metode, teknik, dan pelayanan yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan reproduksi melalui pencegahan dan penyelesaian masalah kesehatan reproduksi yang mencakup kesehatan seksual, status kehidupan dan hubungan perorangan, bukan semata konsultasi dan perawatan yang berkaitan dengan reproduksi dan penyakit yang ditularkan melalui hubungan seks (Mahfina, 2009).

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya (WHO). Kesehatan reproduksi adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta proses (ICPD, 1994).

Kesehatan reproduksi merupakan suatu kondisi Sejahtera secara keseluruhan, baik dari segi fisik dan mental serta sosial juga terbebas dari penyakit atau kondisi kecacatan dalam hal sistem dan fungsi serta proses reproduksi (Kemkes, 2020)

4.2.2 Perkembangan Kesehatan Reproduksi Perempuan

Menurut Robert Havinghurst dalam Sarlito, seorang remaja dalam menghadapi tugas perkembangan sehubungan dengan perubahan-perubahan fisik dan peran sosial yang sedang terjadi pada dirinya. Tugas itu adalah

menerima kondisi fisiknya yang berubah (Sarwono, 2001). Masa remaja sebagai titik awal proses reproduksi menunjukkan persiapan strategi intervensi perlu dimulai jauh sebelum masa usia subur. Nilai anak perempuan dan laki-laki dalam keluarga dan masyarakat, dan bagaimana perlakuan yang mereka terima merupakan faktor penting yang turut menentukan kesehatan reproduksi mereka dimasa datang. Bagi masa remaja awal, adanya kematangan jasmani (seksual) itu umumnya digunakan dan dianggap sebagai ciri-ciri primer akan datangnya masa remaja. Adapun ciri-ciri lain disebut sebagai ciri-ciri sekunder dan ciri-ciri tersier.

Ciri-ciri sekunder wanita (Ahmadi, 2005):

1. Pinggul semakin besar dan melebar.
2. Kelenjar-kelenjar pada dada menjadi berisi (lemak).
3. Suara menjadi bulat, merdu, dan tinggi.
4. Muka menjadi bulat dan berisi

Adapun ciri-ciri tersier antara lain, ada perubahan cara bicara, cara tertawa, cara pakaian, jalannya, dan lain-lain. Prinsip-prinsip reproduksi yang meliputi menstruasi, kehamilan, proses melahirkan, memelihara diri agar tetap tampil rapi dan bersih, bertingkah laku sopan dalam menjaga diri, dan menghindari hubungan seksual sebelum menikah (Maryanti, 2009).

4.2.3 Tujuan Kesehatan Reproduksi

Tujuan kesehatan reproduksi adalah memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada setiap perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan mengatur fungsi dan proses reproduksi. Selain itu kesehatan reproduksi juga bertujuan untuk meningkatkan kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksi, meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial perempuan dalam menentukan waktu, jarak, dan jumlah anak yang diinginkan, meningkatkan peran serta dan tanggung jawab pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan istri dan anak-anaknya (Seriana, 2023).

4.2.4 Sasaran Kesehatan Reproduksi

Sasaran pembinaan kesehatan reproduksi adalah remaja usia 10–24 tahun dan kelompok masyarakat/orang dewasa yang peduli dengan permasalahan remaja. Adapun sasaran kesehatan reproduksi terbagi menjadi:

1. Sasaran Utama: laki laki dan perempuan dalam usia subur, yaitu remaja putra dan putri yang belum menikah, termasuk juga pekerja seks dan masyarakat yang termasuk keluarga prasejahtera. Adapun komponen kesehatan reproduksi remaja adalah remaja yang berisiko atau menderita HIV/ AIDS, remaja yang berisiko dan remaja pengguna NAPZA dan masalah seksualitas.
2. Sasaran Antara yaitu para tenaga kesehatan: Dokter Ahli, dokter umum, perawat, bidan dan pemberi layanan kepada masyarakat: kader posyandu/ kader kesehatan, dukun terlatih, LSM, tokoh agama ataupun tokoh masyarakat.

4.2.5 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi Dalam Lingkup Kehidupan

Ruang lingkup kesehatan reproduksi dalam lingkup kehidupan:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
2. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi termasuk PMS, HIV/AIDS.
3. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi.
4. Kesehatan reproduksi remaja.
5. Pencegahan dan penanganan infertil.
6. Kanker pada usia lanjut.
7. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker serviks, mutilasi genital, fistula, dll.

4.2.6 Faktor Yang Memengaruhi Kesehatan Reproduksi

1. Faktor Demografis - Ekonomi
   Kesehatan reproduksi dapat dipengaruhi oleh faktor ekonomi. Faktor ini mencakup kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan

kurangnya pengetahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Sedangkan faktor demografi yang dapat memengaruhi Kesehatan Reproduksi adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, rasio remaja tidak sekolah, lokasi/tempat tinggal yang terpencil.

2. Faktor Budaya dan Lingkungan

   Faktor budaya dan lingkungan dapat memengaruhi kesehatan reproduksi, antara lain dapat memengaruhi praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena terkadang tidak sejalan, atau berlawanan, pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu kepercayaan banyak anak banyak rejeki, dan terkadang masalah seksualitas dianggap masih tabu untuk dibicarakan di depan anak dan remaja.

3. Faktor Psikologis

   Low self esteem atau perasaan rendah diri, adanya tekanan teman sebaya, tindakan kekerasan di rumah/di sekolah/ di lingkungan terdekat dan juga adanya dampak dari keretakan dalam rumah tangga (orang tua bercerai), rasa tidak berharga dan rasa depresi pada remaja.

4. Faktor Biologis

   Faktor biologis meliputi cacat sejak lahir atau ketidaksempurnaan organ reproduksi, cacat pada lokasi saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, keadaan gizi buruk kronis, anemia, radang panggul atau adanya keganasan pada alat reproduksi. Faktor ini dapat memengaruhi kesehatan reproduksi dan memberikan dampak yang kurang baik terhadap kesehatan perempuan. Untuk mengurangi dampak tersebut perlu adanya penanganan yang cepat dan tepat.

4.2.7 Hak-Hak Reproduksi

Konferensi internasional kependudukan dan pembangunan disepakati hal-hal reproduksi yang bertujuan untuk mewujudkan kesehatan bagi individu secara utuh, baik kesehatan Rohani dan jasmani, meliputi:

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
2. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi.
3. Hak kebebasan berpikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi.
4. Hak dilindungi dan kematian karena kehamilan.
5. Hak untuk menentukan jumlah dan jarak kehamilan.
6. Hak atas kebebasan dan keamanan yang berkaitan dengan kehidupan reproduksi.
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari pelecehan, pemerkosaan, kekerasan, penyiksaan seksual.
8. Hak mendapatkan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.
9. Hak atas pelayanan dan kehidupan reproduksi.
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam berkeluarga dan kehidupan kesehatan reproduksi.
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Menurut BKKBN 2000, kebijakan teknis operasional di Indonesia, untuk mewujudkan pemenuhan hak-hak reproduksi:

1. Promosi hak-hak reproduksi Dilaksanakan dengan menganalisis perundang-undangan, peraturan, dan kebijakan saat ini berlaku apakah sudah seiring dan mendukung 4 kesehatan reproduksi dan keluarga berencana hak-hak reproduksi dengan tidak melupakan kondisi lokal sosial budaya masyarakat.

2. Advokasi hak-hak reproduksi advokasi dimaksudkan agar mendapat dukungan komitmen dari para tokoh politik tokoh Agama, tokoh masyarakat, LSM/LSOM, dan swasta.
3. KIE hak-hak reproduksi dengan KIE diharapkan masyarakat semakin mengerti hak-hak reproduksi sehingga dapat bersama-sama mewujudkannya (Permatasari, 2022).

4.2.8 Elemen Pelayanan Kesehatan Reproduksi

1. Tersedia pelayanan dan konseling, infertilitas dan edukasi tentang KB yang sesuai dan berkualitas.
2. Layanan antenatal, intranatal dan postnatal yang aman dan berkualitas. Pencegahan dan pengobatan pada kasus infertilitas.
3. Pencegahan dan penanganan praktik aborsi yang tidak aman.
4. Pelayanan Tindakan aborsi yang aman dan sesuai dengan undang-undang.
5. Pelayanan dan pengobatan IMS, ISR (Infeksi Saluran Reproduksi) dan gangguan-gangguan dalam kesehatan reproduksi.
6. Ketersediaan informasi dan konseling tentang seksualitas yang sehat, bagaimana peran dan tanggung jawab untuk menjadi orang tua yang baik dan bertanggung jawab.
7. Pencegahan terjadinya kekerasan seksual dan kekerasan rumah tangga termasuk praktik-praktik budaya yang merugikan seperti sunat pada bayi perempuan.
8. Pelayanan rujukan pada kasus-kasus yang diakibatkan oleh kehamilan, persalinan, nifas, kontrasepsi, infertilitas, aborsi, IMS, ISR, HIV/AIDS serta kanker pada organ-organ reproduksi.
9. Tersedianya fasilitas diagnostik dan pengobatan gangguan reproduksi.

4.2.9 Komponen Kesehatan Reproduksi

Strategi kesehatan reproduksi menurut komponen pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Komponen kesejahteraan ibu dan anak
   Peristiwa kehamilan, persalinan dan nifas merupakan kurun kehidupan wanita yang paling tinggi risikonya karena dapat membawa kematian, makna kematian seorang ibu bukan hanya satu keluarga tetapi hilangnya kehidupan sebuah keluarga. Peran ibu sebagai wakil pimpinan rumah tangga, ibu dan anak-anak yang dilahirkan, istri dari suami, anak bagi seorang ibu yang melahirkan, ataupun tulang punggung bagi sebuah keluarga, semua sulit untuk digantikan. Tindakan untuk mengurangi terjadinya kematian ibu karena kehamilan dan persalinan, harus dilakukan pemantauan sejak dini agar dapat mengambil Tindakan yang cepat dan tepat sebelum berlanjut pada keadaan kebidanan darurat. Upaya intervensi dapat berupa pelayanan antenatal, pelayanan persalinan dan masa nifas. Upaya intervensi tersebut merupakan dimensi pertama dari paradigma baru pendekatan secara continuum of care yaitu sejak kehamilan, persalinan, nifas, hari-hari dan tahun-tahun kehidupan perempuan. Dimensi kedua adalah tempat yaitu menghubungkan berbagai Tingkat pelayanan di rumah masyarakat dan kesehatan. Informasi akurat perlu diberikan atas ketidakpatuhan bahwa hubungan seks yang dilakukan, akan mengakibatkan kehamilan, dan bahwa tanpa menggunakan kontrasepsi kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi, bila jalan keluar yang ditempuh dengan melakukan pengguguran maka hal ini akan mengancam jiwa ibu tersebut.
2. Komponen Keluarga Berencana
   Komponen ini penting karena Indonesia menempati urutan keempat dengan jumlah penduduk terbanyak di Indonesia. Indonesia diprediksi akan mendapat “bonus demografi” yaitu bonus yang dinikmati oleh seluruh Negara sebagai akibat dari besarnya proporsi penduduk produktif (rentang 15-65 tahun) dalam evolusi kependudukan yang akan dialami dan diperkirakan terjadi pada tahun 2020-2030. Untuk mengantisipasi kemungkinan timbulnya masalah tersebut pemerintah mempersiapkan kondisi ini dengan Program

Keluarga Berencana yang ditujukan pada upaya peningkatan kesejahteraan ibu dan kesejahteraan keluarga. Calon suami-istri agar merencanakan hidup berkeluarga atas dasar cinta kasih, serta pertimbangan rasional tentang masa depan yang baik bagi kehidupan suami istri dan anak-anak mereka di kemudian hari. Keluarga berencana bukan hanya sebagai upaya/strategi kependudukan dalam menekan pertumbuhan penduduk agar sesuai dengan daya dukung lingkungan tetapi juga merupakan strategi bidang kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan ibu melalui pengaturan kapan ingin mempunyai anak, mengatur jarak anak dan merencanakan jumlah kelahiran nantinya. Sehingga seorang ibu mempunyai kesempatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan dirinya. Pelayanan yang berkualitas juga perlu ditingkatkan dengan lebih memperhatikan pandangan klien terhadap pelayanan kesehatan yang ada.

3. Komponen pencegahan dan penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk penyakit menular seksual dan HIV/AIDS.
   Pencegahan dan penanganan infeksi ditujukan pada penyakit dan gangguan yang berdampak pada saluran reproduksi. Baik yang disebabkan penyakit infeksi yang non PMS seperti Tuberculosis, Malaria, Filiriasis, maupun infeksi yang tergolong penyakit menular seksual, seperti gonorhea, sifilis, harpes genital, chlamydia, ataupun kondisi infeksi yang mengakibatkan infeksi rongga panggul (pelvic indlammatory diseases/PID) seperti penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) yang tidak steril. Semua contoh penyakit tersebut bila tidak mendapatkan penanganan yang baik dapat berakibat seumur hidup pada wanita maupun pria, yaitu misalnya kemandulan, hal ini akan menurunkan kualitas hidup wanita maupun pria.
4. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja
   Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga perlu diarahkan pada masa remaja, di mana terjadi peralihan dari masa anak menjadi dewasa dan perubahan-perubahan dari bentuk dan

fungsi tubuh terjadi dalam waktu relative cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder dan berkembangnya jasmani secara pesa, menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat mempertanggungjawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. Informasi dan penyuluhan, konseling dan pelayanan klinik perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini. Selain itu lingkungan keluarga dan masyarakat harus ikut peduli dengan kondisi remaja ini sehingga dapat membantu memberikan jalan keluar bila remaja mengalami masalah tidak malah disalahkan, tetapi perlu diarahkan dan dicarikan jalan keluar yang baik dengan mengenalkan tempat-tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja untuk mendapatkan konseling ataupun pelayanan klinis sehingga remaja masih dapat melanjutkan kehidupannya.

5. Komponen Usia Lanjut

   Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi (menopause/andropause). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui skrining keganasan organ reproduksi misalnya kanker rahim pada wanita, kanker prostat pada pria serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibatnya seperti kerapuhan tulang dan lain-lain.

   Hasil yang diharapkan dan pelaksanaan kesehatan reproduksi tersebut adalah peningkatan akses. Informasi secara menyeluruh mengenai seksualitas dan reproduksi, masalah kesehatan reproduksi, manfaat dan risiko obat, alat, perawatan, tindakan intervensi, dan bagaimana kemampuan memilih dengan tepat sangat diperlukan. Paket pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas yang menjawab kebutuhan wanita maupun pria. Kontrasepsi (termasuk strerilisasi) yang aman dan efektif. Kehamilan dan persalinan yang direncanakan dan aman. Penanganan tindakan pengguguran kandungan tidak aman. Pencegahan dan penanganan sebab kemandulan (ISR/PMS).

Informasi secara menyeluruh termasuk dampak terhadap otot dan tulang, libido, dan perlunya skrinning keganasan (kanker) organ reproduksi. Pengukuran adanya perubahan yang positif terhadap hasil akhir di atas akan menunjukkan kemajuan pencapaian tujuan pelayanan kesehatan reproduksi yang menjawab kebutuhan kesehatan reproduksi individu, suami-istri dan keluarga.

4.3 Gender Dalam Kesehatan Perempuan

4.3.1 Pengertian Gender

Secara sederhana gender bisa dimaknai sebagai peranan, perilaku, dan kegiatan yang dikonstruksikan secara sosial, yang dianggap oleh masyarakat sesuai untuk laki-laki ataupun perempuan.

Penggolongan gender:

1. Maskulin: karakter yang maco.
2. Feminin: karakter yang lemah lembut.
3. Androgini: karakter terletak di antara feminin dan maskulin.

Catatan: Saat ini belum ada terminologi yang disepakati bersama untuk menjelaskan gender ketiga ini. Androgini, apakah gabungan keduanya atau tidak ada Gender disebabkan setiap orang merasa harus mengidentifikasikan dirinya dengan salah satu dari kategori yang ada yaitu feminin atau maskulin. Meskipun ada banyak orang yang merasa bahwa mereka memiliki aspek feminin dan maskulin di dalam dirinya dan beberapa mereka yang merasa tidak nyaman dengan keadaan ini akan mempresentasikan dirinya secara berlebihan sesuai dengan identitas gender tertentu, misalnya berlaku secara ekstrim feminin atau ekstrim maskulin.

Tabel 4.1: Perbedaan Seks dan gender

NO.	SEKS	GENDER
1	Seks merupakan jenis kelamin fisik.	Gender merupakan sifat dan karakteristik yang diletakkan kepada laki-laki dan perempuan secara sosial.
2	Seks adalah biologis, bawaan sejak lahir.	Gender adalah konstruksi sosial masyarakat.
3	Seks diberi oleh Tuhan.	Gender ditentukan oleh manusia.
4	Penggolongan seks adalah laki-laki, perempuan dan interseks.	Penggolongan gender adalah maskulin, feminin dan androgini.

Karakteristik seks yang primer adalah bagian tubuh manusia yang berperan penting dalam reproduksi, misalnya: perempuan memiliki serviks, klitoris, tuba fallopi, indung telur, uterus, vagina, dan vulva. Sementara laki-laki mempunyai epidimis, penis, prostat, skortum, vesikula, seminalis, dan testis.

Penggolongan sederhana jenis kelamin adalah laki-laki, perempuan, dan interseks. Seks (jenis kelamin) pada dasarnya ditentukan oleh alat kelamin bagian luar kelamin, alat reproduksi bagian dalam, kromosom, hormon, dan berbagai karakteristik tambahan lainnya, misalnya: payudara, rambut muka, dan rambut bagian tubuh lainnya. Semua karakteristik ini dapat diukur dengan menggunakan teknologi yang tepat.

Penggolongan gender adalah maskulin, feminin, dan androgini. Gender merujuk pada peranan, perilaku, dan kegiatan yang dikonstruksikan secara sosial yang dianggap oleh masyarakat sesuai untuk laki-laki atau perempuan.

Konsep gender berubah bersamaan dengan waktu dan berbeda antara satu budaya dengan budaya lainnya. Gender berbicara tentang peran, perilaku, mentalitas, dan karakteristik emosional yang dibentuk oleh masyarakat. Seorang laki-laki diharapkan memiliki bentuk fisik yang besar dan mempunyai karakteristik yang tegas dan rasional. Sementara perempuan diharapkan memiliki bentuk fisik yang langsing, cantik, dan bersih serta mengambil peran sebagai tokoh dibelakang layar dan penurut. Androgini merupakan kata berasal dari Yunani yang berarti laki-laki dan Perempuan. Androgini merujuk pada percampuran antara karakteristik sosial dan fisik, laki-laki dan perempuan di mana tidak ada karakteristik yang dominan. Komponen seks tidaklah

berbeda jauh antara satu masyarakat dengan masyarakat lainnya. Sementara itu komponen gender berbeda secara signifikan.

Contoh dari karakteristik gender sebagai berikut:

1. Laki-laki merokok dipandang biasa, sementara perempuan merokok dipandang aneh.
2. Perempuan dianggap pengemudi mobil yang lebih buruk dibandingkan laki-laki.
3. Perempuan dipandang lebih cocok melakukan pekerjaan rumah dibandingkan laki-laki.
4. Tenaga kerja perempuan dipandang lebih murah daripada tenaga kerja laki-laki.

4.3.2 Identitas dan Peran Gender

Identitas gender adalah cara pandang seseorang mengenai dirinya, apakah maskulin, feminin atau androgini.

Peran gender adalah harapan masyarakat terhadap diri seseorang berdasarkan pada jenis kelaminnya. Identitas gender adalah cara seseorang menampilkan dirinya di depan umum, termasuk cara mereka berpakaian, berbicara, potongan rambut, dll yang mengacu pada identitas gender. Untuk sebagian besar orang, identitas gender sejalan dengan peran gender. Misalnya, seorang perempuan yang mempunyai identitas gender feminin dan menampilkan dirinya di depan umum secara feminin atau seorang laki-laki yang menampilkan dirinya di depan umum secara maskulin. Identitas gender merupakan cara pikir seseorang akan dirinya berkaitan dengan jenis kelaminnya, maka identitas gender merupakan aspek psikologis yang informasinya hanya dapat diperoleh berdasarkan pada penuturan dari orang tersebut.

4.3.3 Kondisi-Kondisi Yang Memengaruhi Penerapan Gender Keliru

Dalam kehidupan sehari-hari banyak kondisi yang terjadi serta memberikan pengaruh pada cara pandang kita terhadap laki-laki dan perempuan yang kemudian membentuk takaran tertentu bagi laki-laki dan perempuan untuk bertindak.

Beberapa kondisi yang memengaruhi penerapan gender yang keliru:

1. Adat-adat lokal
   Banyak sekali adat lokal yang memberikan kekuasan pada laki-laki untuk memiliki perempuan sehingga ketika masih muda perempuan adalah milik ayahnya, setelah menikah menjadi milik suaminya, dan ketika tua menjadi milik anak laki-lakinya.
2. Materi pendidikan formal sejak dini
   Banyak sekali materi dalam pendidikan yang kita jalani memberikan kontribusi terhadap pola pandang gender melalui contoh dalam buku pelajaran yang terkadang bias gender.
3. Pendidikan dalam rumah
   Permasalahan gender dalam keluarga yang mensosialisasi nilai-nilai yang berbeda untuk anak laki-laki dan anak perempuan.
4. Pendidikan umum masyarakat
   Sosialisasi dan penyebaran informasi dan media masa yang mensosialisasikan konsep gender yang sering merugikan perempuan.

4.3.4 Persoalan Seputar Seksualitas Yang Dipengaruhi Persoalan Gender Dalam Masyarakat

Persoalan gender yang terus berlangsung di masyarakat menyelubungi semua aspek kehidupan seseorang, terutama perempuan. Salah satu aspek yang dipengaruhinya adalah bagaimana seksualitas perempuan menjadi subordinat dalam sebuah relasi seksualitas antara perempuan dan laki-laki di mana perempuan lebih banyak menjadi korban karena ketidakseraan yang ada.

1. Masyarakat kita masih memandang bahwa seksualitas adalah hal yang tabu untuk dibicarakan secara terbuka terutama bagi perempuan.
   Banyak sekali anak dan remaja mendapatkan informasi seksualitas dari sumber yang tidak tepat dan mendapatkan informasi yang salah. Banyak remaja melakukan perilaku yang berhubungan dengan seksualitasnya berdasarkan pengetahuan yang tidak benar sehingga menempatkan anak atau remaja tersebut pada risiko besar terhadap IMS, kekerasan seksual, pelecehan seksual, bahkan ancaman

terhadap nyawa mereka. Sampai saat ini permasalahan seksualitas yang ada di masyarakat masih menyebabkan kerugian yang lebih besar pada anak atau remaja perempuan dibandingkan kerugian yang dialami anak atau remaja laki-laki.

2. Budaya menempatkan urusan pribadi menjadi urusan publik
   Budaya yang masih saja terjadi memberikan tekanan pada laki-laki dan perempuan serta dalam kenyataannya lebih memberikan tekanan pada perempuan sehingga seakan-akan sudah menjadi hak bagi masyarakat untuk menggugatnya (perempuan) apabila kejadiannya tidak sesuai dengan kebiasaan yang dilakukan masyarakat, misalnya tentang keputusan menikah atau tidak, melahirkan atau tidak, kapan menikah, kapan melahirkan dan sebagainya. Pemahaman masyarakat pada hak reproduksi dan hak menikah yang sesungguhnya merupakan hak pribadi masih rendah sehingga sering terjadi kekerasan psikologis pada seorang anggota masyarakat terutama perempuan ketika dia tidak melakukan kebiasaan yang dilakukan oleh orang-orang dalam komunitasnya.
3. Budaya yang tidak memihak pada Perempuan
   Sampai saat ini masih banyak budaya dalam masyarakat yang berhubungan dengan permasalahan seksualitas yang cara penggunaannya tidak berpihak pada perempuan dan memiliki kecenderungan merugikan pihak perempuan serta lebih sering menempatkan perempuan sebagai korban. Sampai saat ini kepedulian masyarakat terhadap permasalahan seksualitas masih sangat rendah. Sudut pandang yang sempit seringkali mengaburkan permasalahan yang sebenarnya dikarenakan sikap kritis masyarakat yang masih kurang antara lain karena tidak memadainya pendidikan seksualitas sejak dini.
4. Mitos seksualitas tentang relasi perempuan dan laki-laki
   Sampai saat ini, mitos-mitos seksualitas seputar keperkasaan manusia yang tendensius dimiliki secara hakiki oleh laki-laki yang memberikan pengaruh terhadap hubungan antara laki-laki dan perempuan di mana laki-laki yang “dipaksa” harus menjadi perkasa

akan melakukan banyak upaya yang mendapatkan prediksi perkasa tersebut dan sebaliknya menekan perempuan untuk mendapatkan citra istri ideal dan penurut. Pemahaman yang sempit tentang makna perkasa juga salah satu pemicu Tindakan-tindakan tidak masuk akal yang dilakukan oleh laki-laki. Pengetahuan yang keliru yang didapat dari sumber-sumber yang tidak tepat menjadi penyebab terjadinya perilaku-perilaku yang mengukuhkan mitos-mitos seksualitas makin dipercaya oleh orang-orang.

Bab 5

Kehamilan

5.1 Pengertian Kehamilan

Menurut Nugrawati & Amriani (2021) Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisologis. Setiap perempuan yang memiliki organ reproduksi yang sehat, telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang sehat maka besar kemungkinan akan terjadi kehamilan. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya bayi dengan lama 280 hari atau 40 minggu yang dihitung dari hari pertama haid terakhir. Penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Fitriani et al. (2021) Konsepsi adalah hasil proses pembuahan sel sperma pada telur yang di kenal dengan istilah fertilisasi. Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot . Ibu hamil adalah seorang wanita yang sedang mengandung yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Kehamilan adalah waktu transisi, yaitu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak itu lahir (Ratnawati, 2020)

Kehamilan merupakan penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Maka, dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan bertemunya sel telur dan sperma di dalam atau diluar Rahim dan

berakhir dengan keluarnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir (Yulaikhah, 2019)

5.2 Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Susanto & Fitriana (2019) tanda dan gejala kehamilan diklasifikasikan menjadi tiga bagian yaitu:

5.2.1 Tanda Dan Gejala Kehamilan Pasti

1. Ibu merasakan gerakan kuat bayi di dalam perutnya. Sebagian besar ibu mulai merasakan tendangan bayi pada usia kehamilan lima bulan
2. Bayi dapat dirasakan di dalam Rahim. Semenjak umur kehamilan 6 atau 7 Bulan
3. Denyut jantung bayi dapat terdengar. Saat usia kehamilan menginjak bulan ke5 atau ke-6 denyut jantung bayi terkadang dapat didengar menggunakan instrumen yang dibuat untuk mendengarkan, seperti stetoskop atau fetoskop
4. Tes kehamilan medis menunjukkan bahwa ibu hamil. Tes ini dilakukan dengan perangkat tes kehamilan di rumah atau di laboratorium dengan urine atau darah ibu

5.2.2 Tanda Dan Gejala Kehamilan Tidak Pasti

1. Ibu tidak menstruasi Hal ini seringkali menjadi pertama kehamilan. Jika ini terjadi, ada kemungkinan ibu hamil, tanda sebab berhentinya haid adalah pertanda dibuahinya sel telur oleh sperma. Kemungkinan penyebab tanda lain adalah gizi buruk, masalah emosi, atau menopause (berhenti haid)
2. Mual atau ingin muntah Banyak ibu hamil yang merasakan mual di pagi hari (morning sickness), namun ada beberapa ibu yang mual sepanjang hari. Kemungkinan penyebab lain dari mual adalah penyakit atau parasit

3. Payudara menjadi peka Payudara lebih lunak, sensitif, gatal dan berdenyut seperti kesemutan dan jika disentuh terasa nyeri. Hal ini menunjukkan peningkatan produksi hormone estrogen dan progesterone
4. Ada bercak darah dan kram perut Adanya bercak darah dan kram perut disebabkan oleh implantasi atau menempelnya embrio ke dinding ovulasi atau lepasnya sel telur matang dari Rahim. Hal ini merupakan keadaan yang normal. 5. Ibu merasa letih dan mengantuk sepanjang hari Rasa letih dan mengantuk umum dirasakan pada 3 atau 4 bulan pertama kehamilan. Hal ini diakibatkan oleh perubahan hormone dan kerja ginjal, jantung serta paru-paru yang semakin keras untuk ibu dan janin. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah anemia, gizi buruk, masalah emosi dan terlalu banyak bekerja
5. Sakit kepala Sakit kepala terjadi karena lelah, mual, dan tegang serta depresi yang disebabkan oleh perubahan hormon tubuh saat hamil. Meningkatnya pasokan darah ke tubuh juga membuat ibu hamil pusing setiap ganti posisi.
6. Ibu sering berkemih Tanda ini terjadi pada 3 bulan pertama dan 1 hingga 2 bulan terakhir kehamilan. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah stress, infeksi, diabetes, ataupun infeksi saluran kemih.
7. Sembelit Sembelit dapat disebabkan oleh meningkatnya hormone progesterone. Selain mengendurkan otot Rahim, hormone itu juga mengendurkan otot dinding usus, sehingga memperlambat gerakan usus agar penyerapan nutrisi janin lebih sempurna
8. Sering meludah Sering meludah atau hipersalivasi disebabkan oleh perubahan kadar estrogen.
9. Temperature basal tubuh naik Temperatur basal adalah suhu yang diambil dari mulut saat bangun pagi. Temperature ini sedikit meningkat setelah ovulasi dan akan turun ketika mengalami haid.
10. Ngidam Tidak suka atau tidak ingin makanan tertentu merupakan ciri khas ibu hamil. Penyebabnya adalah perubahan hormone.

11. Perut ibu membesar Setelah 3 atau 4 bulan kehamilan biasanya perut ibu tampak cukup besar sehingga terlihat dari luar. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah ibu mengalami kanker atau pertumbuhan lain di dalam tubuhnya

5.2.3 Tanda Dan Gejala Kehamilan Palsu

Pseudocyesis (kehamilan palsu) merupakan keyakinan di mana seorang wanita merasakan dirinya sedang hamil namun sebenarnya ia tidak hamil. Wanita yang mengalami pseudocyesis akan merasakan sebagian besar atau bahkan semua tanda tanda dan gejala kehamilan.

Meskipun penyebab pastinya masih belum diketahui, dokter menduga bahwa faktor psikologis lah yang mungkin menjadi penyebab tubuh untuk "berpikir bahwa ia hamil".

Tanda-tanda kehamilan palsu:

1. Gangguan menstruasi
2. Perut bertumbuh
3. Payudara membesar dan mengencang, perubahan pada puting dan mungkin produksi ASI
4. Merasakan pergerakan janin
5. Mual dan muntah
6. Kenaikan berat badan

5.3 Adaptasi Anatomi dan Fisiologi Selama Kehamilan

5.3.1 Sistem Reproduksi

Menurut Gultom & Hutabarat (2020) adaptasi anatomi dan fisiologi selama kehamilan adalah sebagai berikut:

1. Uterus
   Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu). Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan adalah 30x25x20cm dengan kapasitas lebih dari 4000cc
2. Serviks Uteri
   Serviks menjadi lunak (soft) serta terdapat pertambahan dan pelebaran pembuluh darah yang menyebabkan warnanya menjadi kebiru-biruan (livide). Hal tersebut juga meningkatkan kerapuhan sehingga mudah berdarah ketika melakukan senggama
3. Ovarium
   Saat ovulasi terhenti, tidak terjadi pembentukan folikel baru dikarenakan adanya kadar relaksin yang mempunyai pengaruh menenangkan sehingga pertumbuhan janin menjadi baik sampai aterm 4. Vagina dan Vulva
4. Vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan.

5.3.2 Sistem Payudara

Selama kehamilan payudara mengalami pertumbuhan tambah membesar, tegang dan berat, dapat teraba nodul-nodul, dan bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi pada puting susu dan areola payudara.

5.3.3 Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan, ketika kepala janin mulai turun akan menyebabkan kandung kemih tertekan sehingga timbul gangguan sering kencing.

5.3.4 Sistem Pencernaan

1. Rongga Mulut Gusi dapat menjadi kemerahan dan melunak, kadang berdarah apabila hanya terkena cedera ringan, misalnya pada saat gosok gigi
2. Motilitas Saluran Gastrointestinal Hormon estrogen membuat pengeluaran asam lambung meningkat yang dapat menyebabkan pengeluaran air liur yang berlebihan (hipersalivasi), daerah lambung terasa panas, terjadi mual dan sakit/pusing kepala terutama pagi hari

3. Lambung dan Esofagus Esophagus dan lambung berubah selama kehamilan, perubahan perubahan tersebut menyokong terjadinya refluks gastroesofageal yang menimbulkan rasa heartburn pada ibu Panas perut terjadi karena terjadinya aliran balik asam gastrik ke dalam esofagus bagian bawah
4. Usus Kecil, Besar dan Appendiks Pergerakan usus makin berkurang (relaksasi otot-otot polos) sehingga makanan lebih lama berada di dalam lambung dan apa yang telah dicerna lebih lama di dalam usus. Hal ini mungkin baik untuk reabsorpsi, tetapi dapat menimbulkan konstipasi
5. Hati Perubahan terjadi secara fungsional yaitu dengan menurunnya albumin plasma dan globulin plasma dalam rasio tertentu. Kejadian ini merupakan keadaan yang normal pada wanita hamil
6. Empedu Fungsi kandung empedu berubah selama kehamilan karena pengaruh hipotoni dari otot-otot halus

5.3.5 Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem musculoskeletal yang dirasakan oleh ibu hamil trimester III dikarenakan hormon progesterone dan hormon relaksasi menyebabkan relaksasi jaringan ikat otot-otot untuk persiapan persalinan yang akan datang

5.3.6 Sistem Metabolisme

Pada wanita hamil, Basal Metabolic Rate (BMR) meningkat hingga 15- 20% yang umumnya terjadi pada triwulan terakhir. Peningkatan BMR mencerminkan peningkatan kebutuhan oksigen di unit janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kinerja jantung ibu (Fitriani, Firawati, & Raehan, 2021).

5.3.7 Perubahan Berat Badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT)

Wanita dengan BMI kategori rendah, peningkatan ideal saat hamil 12,5- 18kg. Wanita dengan BMI normal, peningkatan ideal pada saat hamil 11,5- 16kg. Wanita dengan BMI tinggi, peningkatan ideal 7-11,5kg (Fitriani, Firawati, & Raehan, 2021).

5.3.8 Sistem Pernafasan

Pertumbuhan uterus meningkatkan tekanan intra-abdomen sehingga diafragma terdorong ke atas yang berdampak pada menurunnya volume cadangan ekspirasi diikuti oleh peningkatan volume tidal yang menyebabkan sensasi sesak napas sementara (Suarayasa, 2020).

5.4 Perubahan Adaptasi Psikologis Ibu Hamil

Psikologis ibu hamil diartikan sebagai periode krisis, saat terjadinya gangguan dan perubahan identitas peran. Definisi krisis merupakan ketidakseimbangan psikologi yang disebabkan oleh situasi atau tahap perkembangan. Awal perubahan psikologi ibu hamil yaitu periode syok, menyangkal, bingung, dan sikap menolak. Persepsi wanita bermacam-macam ketika mengetahui dia hamil, seperti kehamilan suatu penyakit, kejelekan atau sebaliknya yang memandang kehamilan sebagai masa kreativitas dan pengabdian kepada keluarga. Faktor penyebab terjadinya perubahan psikologi wanita hamil ialah meningkatnya produksi hormon progesteron. Hormon progesterone memengaruhi kondisi psikisnya, akan tetapi tidak selamanya pengaruh hormon progesterone menjadi dasar perubahan psikis, melainkan kerentanan daya psikis seorang atau lebih dikenal dengan kepribadian. Wanita hamil yang menerima atau sangat mengharapkan kehamilan akan lebih menyesuaikan diri dengan berbagai perubahan. Berbeda dengan wanita hamil yang menolak kehamilan. Mereka menilai kehamilan sebagai hal yang memberatkan ataupun mengganggu estetika tubuhnya seperti gusar, karena perut menjadi membuncit, pinggul besar, payudara membesar, capek dan letih. Tentu kondisi tersebut akan memengaruhi kehidupan psikis ibu menjadi tidak stabil (Widaryanti & Febriati, 2020)

5.4.1 Trimester I (Periode penyesuaian terhadap kehamilan)

Pada awal kehamilan sering muncul perasaan ambivalen di mana ibu hamil merasa ragu terhadap kenyataan bahwa dirinya hamil. Ambivalen dapat terjadi sekalipun kehamilan ini direncanakan dan sangat diharapkan. Gambaran

respon terhadap ambivalen ini yaitu selama beberapa minggu awal kehamilan apakah ibu hamil atau tidak serta menghabiskan banyak waktu untuk membuktikan kehamilan (Widatiningsih & Dewi, 2017)

5.4.2 Trimester II (Periode sehat)

Trimester ini ibu merasa lebih stabil, kesanggupan mengatur diri lebih baik, kondisi ibu lebih menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik tubuhnya, janin belum terlalu besar sehingga belum menimbulkan ketidaknyamanan. Ibu sudah mulai menerima dan mengerti tentang kehamilannya. Secara kogniti, pada trimester II ibu cenderung membutuhkan informasi mengenai pertumbuhan dan perkembangan bayinya serta perawatan kehamiannya (Widatiningsih & Dewi, 2017).

5.4.3 Trimester III

Trimester ini sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebgai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Ada perasaan cemas mengingat bayi dapat lahir kapanpun. Hal ini membuatnya berjaga-jaga sementara ia memperhatikan dan menunggu tanda dan gejala persalinan muncul. Rasa cemas dan takut akan proses persalinan dan kelahiran meningkat, yang menjadi perhatian yaitu rasa sakit, luka saat melahirkan, kesehatan bayinya, kemampuan jadi ibu yang bertanggung jawab dan bagaimana perubahan hubungan dengan suami, ada gangguan tidur, harus dijelaskan tentang proses persalinan dan kelahiran agar timbul kepercayaan diri pada ibu bahwa ia dapat melalui proses persalinan dengan baik (Dartiwen dan yati, 2019)

5.5 Tanda Bahaya Kehamilan

5.5.1 Definisi Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama masa kehamilan, yang apabila tidak dilaporkan atau terdeteksi dini bisa menyebabkan kematian pada ibu dan janin. Tanda bahaya kehamilan harus segera ditangani dan dideteksi sejak dini

karena setiap tanda bahaya kehamilan bisa mengakibatkan komplikasi pada masa kehamilan. Tanda-tanda bahaya kehamilan adalah gejala yang menunjukkan bahwa ibu dan bayi dalam keadaan bahaya (Sutanto & Fitriana, 2019).

5.5.2 Macam-macam tanda bahaya selama kehamilan

1. Preeklamsia Preeklamsia merupakan tekanan darah tinggi disertai dengan proteinuria (protein dalam air kemih) atau edema (penimbunan cairan) yang terjadi pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan.
   Klasifikasi preeklamsia ada dua yaitu:
   a. Preeklamsia ringan Preeklamsia terjadi jika terdapat tanda-tanda berikut:
      - Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.
      - Edema umum,kaki, jari, tangan, dan muka atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu.
      - Proteinuria memiliki berat 0,3 gram atau per liter, kualitatif 1+ atau 2 + pada urin kateter atau midstream.
   b. Preeklamsia berat Preeklamsia berat ditandai sebagai berikut:
      - Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
      - Proteinuria 5 gram atau lebih per liter
      - Oliguria yaitu jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam
      - Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium • Terdapat edema paru dan sianosis. (Ratnawati, 2020)
2. Perdarahan pervaginan
   Perdarahan pravaginam dalam kehamilan cukup normal. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan atau spotting. Perdarahan tidak normal yang terjadi pada awal kehamilan (perdarahan merah, banyak atau perdarahan dengan nyeri), kemungkinan abortus, mola atau kehamilan ektopik. Ciri-ciri

perdarahan tidak normal pada kehamilan lanjut (perdarahan merah) banyak, kadang – kadang, tidak selalu, disertai rasa nyeri) bisa berarti plasenta previa atau solusio plasenta.

3. Sakit kepala yang hebat, menetap yang tidak hilang.
   Sakit kepala hebat dan tidak hilang dengan istirahat adalah gejala pre eklamsia dan jika tidak di atasi dapat menyebabkan kejang bahkan stroke.
4. Perubahan visual secara tiba – tiba (pandangan kabur)
   Pendangan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi edema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang dapat memengaruhi sistem saraf pusat. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur dapat menjadi tanda dari preeklamsia.
5. Nyeri abdomen yang hebat
   Nyeri abdomen yang dirasakan oleh ibu hamil bila tidak ada hubungannya dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri yang dikatakan tidak normal apabila ibu merasakan nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini kemungkinan karena appendisitis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, gastritis.
6. Bengkak pada wajah atau tangan.
   Hampir setiap ibu hamil mengalami bengkak normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki. Hal tersebut menunjukkan tanda bahaya apabila muncul bengkak pada wajah dan tangan dan tidak hilang setelah beristirahat dan disertai keluhan fisik lain. Hal ini dapat merupakan tanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia.
7. Bayi bergerak kurang dari seperti biasanya
   Pada ibu yang sedang hamil ibu akan merasakan gerakan janin yang berada di kandungannya pada bulan ke 5 atau sebagian ibu akan merasakan gerakan janin lebih awal. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 x dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah

terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. (Sutanto & Fitriana, 2019)

5.6 Kunjungan Antenatal Care

Kunjungan Antenatal Care Kunjungan antenatal care adalah kunjungan yang dilakukan oleh ibu hamil selama kehamilannya yang merupakan upaya pencegahan dan penanggulangan adanya penyakit bahkan gangguan yang dapat membahayakan ibu dan kandungannya. (Kemenkes RI, 2020) Cakupan Pelayanan ANC terdiri dari K1 dan Cakupan K4. Cakupan K1 adalah cakupan paling pertama yang didapatkan oleh ibu hamil di pelayanan antenatal care dari tenaga kesehatan. Cakupan K4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar yang ada. Kunjungan antenatal dilakukan secara berkala. Kunjungan antenatal dianggap lengkap ketika ibu mendapatkan pelayanan sesuai prosedur yaitu diberikan minimal 4 kali selama masa kehamilan di mana ketentuannya 1 kali Pelayanan ANC merupakan pelayanan yang komprehensif dan berkualitas untuk ibu hamil memeriksakan kehamilannya, di mana pelayanan antenatal ini sangat penting bagi ibu hamil yaitu untuk deteksi dini masalah, penyakit/komplikasi kehamilan biasanya ditanya mengenai tanda-tanda yang terkait dengan masa kehamilan seperti muntah berlebihan, pusing, sakit kepala, berdebar-debar, cepat lelah, sesak napas, keputihan yang berbau, keputihan, Gerakan janin ,perilaku berubah selama kehamilan dan riwayat kekerasan terhadap perempuan. Pelayanan antenatal care juga memberikan konseling kesehatan pada ibu hamil seperti pola makan ibu hamil yang baik dan sehat, inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif selama 6 bulan, perawatan tali pusar, penggunaan alat kontrasepsi,di trimester pertama , 1 kali di trimester kedua dan 2 kali di trimester ke ketiga.(Kementrian Kesehatan RI, 2018).

Pelayanan ANC merupakan pelayanan yang komprehensif dan berkualitas untuk ibu hamil memeriksakan kehamilannya, di mana pelayanan antenatal ini sangat penting bagi ibu hamil yaitu untuk deteksi dini masalah, penyakit/komplikasi kehamilan biasanya ditanya mengenai tanda-tanda yang terkait dengan masa kehamilan seperti muntah berlebihan, pusing, sakit kepala, berdebar-debar, cepat lelah, sesak napas, keputihan yang berbau, keputihan, Gerakan janin ,perilaku berubah selama kehamilan dan riwayat kekerasan

terhadap perempuan. Pelayanan antenatal care juga memberikan konseling kesehatan pada ibu hamil seperti pola makan ibu hamil yang baik dan sehat, inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif selama 6 bulan, perawatan tali pusar, penggunaan alat kontrasepsi,status imunisasi tetanus ibu hamil, dan pemberian tablet penambah darah. (Fatimah & Nuryaningsih, 2017)

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan secara berkala dan teratur. Bila kehamilan normal, jumlah kunjungan cukup 6 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 2 kali trimester II, dan 3 kali pada trimestre III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil (Kemenkes RI, 2023)

5.7 Pelayanan Asuhan Standar Antenatal Care

Pelayanan Asuhan Standar Antenatal Care Pelayanan Asuhan Standar Antenatal Care Menurut (Buku KIA, 2023) standar pelayanan antenatal care merupakan unsur penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi.

Pelayanan asuhan standar yang diberikan di pelayanan antenatal care oleh pelayanan kesehatan minimal 10 T yaitu:

1. Timbang Berat Badan Dan Ukur Tinggi Badan (T1) Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan sangatlah penting untuk ibu hamil karena menandakan keadaan ibu dan janin yang dikandung. Kenaikan berat badan normal pada waktu kehamilan adalah 0,5 kg per minggu mulai trimester dua. Kenaikan berat badan normal mencapai 12-15 kg
2. Tensi atau Ukur Tekanan Darah (T2) Mengukur tekanan darah merupakan hal yang penting dalam masa kehamilan. Tekanan darah normal pada ibu hamil yaitu 110/80mmHg140/90mmHg, bila melebihi 140/90mmHg perlu waspada adanya preeclampsi.

3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (T3) Pemeriksaan antropometri yang digunakan untuk mengukur risiko KEK. LILA pada WUS dengan risiko KEK adalah 23,5 cm dan apabila kurang dari 23,5 cm wanita tersebut mengalami KEK.
4. Tinggi Fundus Uteri (T4) Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal tujuannya untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Pengukuran menggunakan pita meteran dengan cara dilengkungkan atau dipegang lurus diantara jari dengan tangan kanan keujung fundus uteri
5. Pemeriksaan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (T5) Penilaian DJJ dilakukan di akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Denyut jantung janin normal yaitu 120-160x/menit. Denyut jantung janin sudah dapat didengar dengan funduscope mulai usia kehamilan 16 sampai 18 minggu.
6. Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (T6) Imunisasi TT diberikan dengan tujuan mencegah tetanus pada ibu dan bayi yang akan dilahirkan. Imunisasi TT sebaiknya dilakukan sebelum kehamilan 8 bulan. TT 1 diberikan sejak diketahui positif hamil di mana biasanya diberikan pada kunjungan awal ibu hamil. Jarak minimal pemberian TT1 ke TT2 minimal 4 minggu
7. Pemberian Tablet Zat Besi (Fe) 90 Tablet Selama Kehamilan (T7) Tablet besi yang diberikan kepada ibu hamil sebesar 60 mg dan asam folat 500mg. tujuannya untuk upaya pencegahan anemia dan pertumbuhan otak bayi, sehingga mencegah kerusakan otak pada bayi. Setiap ibu hamil harus mendapatkan 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak pertama kali pemeriksaan. Tablet sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi karena mengganggu penyerapan. Jika ibu hamil diduga anemia maka diberikan 2-3 tablet zat besi perhari.
8. Periksa laboratorium dan USG (T8) Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan dari awal

kehamilan adalah triple eliminasi yang terdiri dari sifilis, hepatitis B, dan HIV. Deteksi kondisi kehamilan dan janin dengan Ultrasonografi/ USG.

9. Tatalaksana/Penanganan Kasus (T9) Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus Kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.
10. Temu Wicara dan Konseling (T10) Konseling dilakukan setiap ibu melakukan pemeriksaan antenatal care dengan melakukan memberitahu ibu cara perilaku hidup bersih dan sehat, meninjau kesehatan ibu hamil, memberitahu peran suami dan keluarga dalam masa kehamilan, tanda bahaya kehamilan,asupan gizi seimbangn untuk ibu hamil, gejala penyakit menular, inisiasi menyusui dini dan KB.

5.8 Tujuan Kunjungan Antenal Care

Tujuan Kunjungan Antenatal Care Menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2018) ada beberapa tujuan dari kunjungan antenatal care yaitu:

1. Mengetahui bila terdapat komplikasi kehamilan yang mungkin terjadi sejak dini
2. Memantau kemajuan kehamilan demi memastikan kesehatan pada ibu dan tumbuh kembang janin yang dalam kandungan.
3. Meningkatkan pertahanan kesehatan ibu dan janin
4. Mempersiapkan proses persalinan agar bayi dapat terlahir dengan selamat serta meminimalkan trauma yang mungkin dirasakan ibu saat melakukan persalinan
5. Mempersiapkan ibu untuk bisa melewati masa nifas dengan baik serta memberikan ASI eksklusif pada bayinya.
6. Mempersiapkan peran sang ibu dan keluarga untuk dapat menerima kelahiran sang buah hati agar tumbuh kembang anak menjadi baik

5.9 Lokasi Pelayanan Antenal Care

Lokasi Pelayanan Antenatal Care Menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2018) fasilitas kesehatan yang melakukan pemeriksaan kehamilan antenatal care yaitu:

1. Puskesmas
2. Klinik Bersalin
3. Rumah sakit

Pemeriksaan antenatal care pada ibu hamil dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti bidan, perawat, dokter umum dan juga dokter spesialis obstetric dan ginekologi (dokter kandungan)

Bab 6

Persalinan

6.1 Pengertian Persalinan

Menurut World Health Organization (WHO), persalinan merupakan proses di mana bayi lahir pada rentang usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu, dengan posisi kepala bayi menghadap ke bawah, dimulai secara alami (dengan dorongan alami dari ibu dan melalui jalan lahir), memiliki risiko rendah pada tahap awal persalinan, dan setelah proses persalinan, baik ibu maupun bayi berada dalam kondisi yang baik.

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifudin, 2012)

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta, dan selaput ketuban dikeluarkan dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (>37 minggu) tanpa adanya komplikasi. Proses persalinan dimulai ketika uterus mengalami kontraksi, yang menyebabkan pembukaan dan penipisan pada serviks, dan berakhir ketika plasenta dikeluarkan secara lengkap. Seorang ibu belum dianggap dalam proses persalinan (inpartu) jika kontraksi uterus tidak menghasilkan perubahan pada serviks (Kurniawati, 2021).

6.2 Faktor-faktor Penyebab Dimulainya Persalinan

1. Faktor Hormonal
   Satu hingga dua minggu sebelum persalinan, terjadi penurunan hormon estrogen dan progesteron. Progesteron berperan dalam merilekskan otot polos, yang mengakibatkan penurunan aliran darah. Hal ini dapat merangsang produksi prostaglandin, yang kemudian memicu pelepasan oksitosin. Proses ini juga menginduksi kontraksi pada uterus.
2. Faktor Syaraf
   Karena bayi membesar dan mulai masuk ke panggul, tekanan yang dihasilkan dapat merangsang ganglion servikalis, yang pada gilirannya memicu kontraksi uterus.
3. Faktor Kekuatan Plasenta
   Degenerasi plasenta dapat mengakibatkan penurunan produksi hormon progesteron dan estrogen.
4. Faktor nutrisi
   Suplai nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan dikeluarkan.
5. Faktor partus
   Penolong menyebabkan persalinan dengan menggunakan oksitosin dan alat bantu seperti amniotomo atau laminaria. (Prawirohardjo, 2020).

6.3 Tanda dan Gejala Inpartu

1. Intensitas kontraksi meningkat, frekuensinya menjadi lebih sering dan teratur dengan jarak yang lebih pendek antara kontraksi, sehingga menimbulkan rasa sakit yang lebih kuat.
2. Ada peningkatan dalam jumlah lendir dan darah yang keluar.

3. Terkadang, ketuban pecah secara spontan.
4. Saat pemeriksaan dalam, serviks mulai melebar secara horizontal dan mencapai pembukaan penuh. (Praworohardjo, 2020)

6.4 Persiapan Persalinan

Persiapan ibu untuk persalinan dimulai selama kehamilan dengan sangat baik, meliputi aspek fisiologis dan psikologis. Peran petugas kesehatan sangat penting dalam membantu persiapan ini. Selama kehamilan, penting untuk menanamkan rasa percaya diri pada ibu hamil dan memberikan informasi yang diperlukan, terutama kepada Primigravida yang belum pernah melahirkan sebelumnya. Karena kurangnya pengetahuan, rasa takut, dan kecemasan dapat meningkatkan rasa sakit saat persalinan (Sumarah, 2012).

6.5 Jenis-jenis Persalinan

Jenis persalinan berdasarkan dari teknik persalinan menurut Papila (2018), yakni:

6.5.1 Persalinan (Pervaginam) Normal dan Spontan

1. Pengertian Persalinan Pervaginam
   Persalinan pervaginam merujuk pada proses persalinan melalui vagina atau jalan lahir alami. Persalinan normal pervaginam terjadi tanpa bantuan obat-obatan, hanya dengan kekuatan alami ibu untuk mendorong bayi keluar. Sementara itu, persalinan pervaginam spontan masih memerlukan bantuan obat-obatan dan mungkin memerlukan jahitan luas di organ reproduksi. Contohnya, seorang ibu mungkin memerlukan infus obat untuk meningkatkan kontraksi.
2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan
   Menurut Walyani (2015), berbagai faktor memengaruhi proses persalinan:

a. Faktor Passage (Jalan Lahir):
   - Jalan lahir terbagi atas dua bagian, yaitu bagian keras yang melibatkan tulang-tulang panggul (rangka panggul), dan bagian lunak yang terdiri dari otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligamen-ligamen.
   - Ukuran panggul dapat diukur menggunakan berbagai alat, seperti pita meter, jangka panggul (seperti martin, oseander, collin, dan baudelokue), serta melalui pelvimetri klinis dengan pemeriksaan dalam atau rongenologis.
   - Ukuran dalam panggul juga penting, di antaranya adalah konjugata vera, konjugata transversa, konjugata oblonga, dan konjugata obstetrika.

b. Faktor Power (His dan Mengejan):
   - His (kontraksi uterus) merupakan gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri. Kontraksi ini memiliki sifat-sifat seperti simetris, dominan di fundus, dan relaksasi.
   - Selama kontraksi, otot-otot rahim menguncup, menebal, dan menjadi lebih pendek, mendorong janin dan kantong amnion ke arah segmen bawah rahim dan serviks.
   - His memiliki sifat involuter, intermiten, terasa sakit, terkoordinasi, dan kadang-kadang dipengaruhi oleh faktor fisik, kimia, dan psikis.

c. Passengger Passengger terdiri dari:
   - Janin

     Selama janin dan plasenta berada dalam rahim, pertumbuhan mereka tidak selalu normal. Faktor-faktor seperti kelainan genetik dan kebiasaan buruk ibu bisa mempengaruhi pertumbuhan yang tidak normal. Contohnya termasuk:
     - ✓ Kelainan bentuk dan ukuran janin seperti anensefalus, hidrosefalus, atau janin yang terlalu besar (makrosomia).
     - ✓ Kelainan posisi kepala janin, seperti presentasi puncak, muka, atau dahi, serta kelainan pada posisi oksiput.

- ✓ Kelainan letak janin, seperti sungsang, lintang, mengelak, atau presentasi rangkap seperti kepala-tangan, kepala-kaki, atau kepala-tali pusat.
- ✓ Kepala janin adalah bagian penting dalam proses persalinan, memiliki karakteristik sebagai berikut:
  - ➢ Bentuknya oval, memudahkan bagian besar kepala untuk keluar terlebih dahulu, memfasilitasi kelahiran yang lancar.
  - ➢ Fleksibilitas kepala memungkinkannya bergerak dalam berbagai arah, kemungkinan rotasi saat proses persalinan.
  - ➢ Letak sendi kepala yang sedikit ke belakang mendukung fleksibilitas kepala untuk melakukan rotasi saat proses persalinan.

- Plasenta

  Plasenta memiliki bentuk bundar atau oval dengan diameter sekitar 15-20 cm dan ketebalan sekitar 2-3 cm, serta berat sekitar 500-600 gram. Ada beberapa penyebab terlepasnya plasenta:
  - ✓ Saat bayi dilahirkan, rahim mengecil secara tiba-tiba. Setelah bayi lahir, rahim tetap memiliki dinding yang tebal, sementara rongga rahim hampir tidak ada. Fundus uteri, yang berada sedikit di bawah pusar, menjadi tempat perlekatan plasenta saat rahim mengecil secara tiba-tiba. Plasenta harus mengikuti pengecilan ini, yang membuatnya menjadi dua kali setebal seperti pada awal persalinan. Akibat pengecilan ini, tempat perlekatan plasenta menjadi kuat, sehingga plasenta bisa melipat dan beberapa bagian mungkin terlepas dari dinding rahim karena tidak bisa mengikuti pengecilan dari dasarnya.
  - ✓ Cairan ketuban, yang berperan sebagai bantalan pelindung selama pertumbuhan dan perkembangan janin. Fungsinya meliputi perlindungan terhadap trauma fisik,

pencegahan infeksi, stabilitas suhu, dan memfasilitasi gerakan janin. Volume air ketuban dalam rahim meningkat seiring pertambahan usia kehamilan dan aktivitas organ tubuh janin. Pada usia kehamilan sekitar 25 minggu, rata-rata volume air ketuban adalah sekitar 239 ml, yang kemudian meningkat menjadi sekitar 984 ml pada usia kehamilan sekitar 33 minggu.

d. Posisi Ibu

Posisi ibu memiliki dampak pada penyesuaian anatomi dan fisiologi selama persalinan. Posisi tegak memiliki beberapa keuntungan. Mengubah posisi dapat menghilangkan rasa letih, meningkatkan kenyamanan, dan meningkatkan sirkulasi (Melzack, dkk, 2019). Posisi tegak mencakup berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok. Dalam posisi tegak, gaya gravitasi membantu penurunan bayi. Kontraksi uterus menjadi lebih kuat dan efisien, membantu dalam penipisan dan pembukaan serviks, sehingga proses persalinan menjadi lebih cepat. Posisi tegak juga dapat mengurangi kemungkinan tekanan pada tali pusat. Selain itu, dalam kondisi normal, posisi tegak meningkatkan curah jantung karena kontraksi uterus membantu mengalirkan darah ke pembuluh darah. Ini juga membantu mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu dan mencegah kompresi pembuluh darah. Saat bayi menuruni jalan lahir, tekanan bagian presentasi pada reseptor regang dasar panggul merangsang refleks pengedanan ibu. Rangsangan ini memicu pelepasan oksitosin dari hipofisis posterior (refleks Ferguson), yang meningkatkan intensitas kontraksi uterus. Saat ibu mendorong dalam posisi duduk atau jongkok, otot-otot perut bekerja secara sinkron dengan kontraksi uterus.

e. Psikologis Ibu

Ketidakpahaman wanita tentang proses persalinan dan informasi yang diberikan padanya dapat meningkatkan tingkat kecemasannya. Wanita yang melahirkan cenderung

menyampaikan kekhawatiran mereka jika diminta. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya memberikan petunjuk tentang jenis dukungan yang diperlukan. Memberikan bantuan yang efektif sesuai dengan harapan wanita akan membantu hasil persalinannya, menghemat energi wanita, dan mengelola rasa nyeri merupakan bagian dari dukungan untuk mengurangi kecemasan. Dukungan psikologis dari keluarga dan teman-teman membantu memperlancar proses persalinan. Upaya untuk menciptakan suasana yang nyaman di ruang persalinan, memberikan kontak fisik, memberikan teknik penenangan non-farmakologis, memberikan pengobatan pereda nyeri jika diperlukan, dan yang paling penting, memberikan kehadiran dan dukungan emosional adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis yang positif, proses persalinan dapat berjalan dengan lebih lancar (Sumarah, 2012).

3. Tahapan Persalinan

Persalinan terbagi menjadi empat tahap, di antaranya::

a. Persalinan Kala I

Persalinan kala I merupakan tahap awal persalinan yang terjadi dari pembukaan serviks dari nol hingga mencapai pembukaan lengkap. Pada awal tahap ini, kontraksi rahim biasanya belum terlalu kuat, sehingga ibu atau wanita yang bersangkutan masih dapat bergerak. Secara klinis, persalinan dianggap telah dimulai ketika timbulnya kontraksi rahim dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bercampur darah, yang dikenal sebagai "bloody show".

b. Kala II (Pengeluaran)

Mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) hingga kelahiran bayi adalah fase selanjutnya dalam proses persalinan. Durasi fase ini adalah sekitar 2 jam untuk primigravida dan 1 jam untuk multigravida. Pada tahap ini, kontraksi rahim menjadi lebih intens dan cepat, dengan interval sekitar 2-3 menit. Dalam keadaan normal, pada tahap ini bayi telah masuk ke dalam ruang

panggul, sehingga saat terjadi kontraksi, tekanan pada otot-otot dasar panggul dirasakan, yang secara refleks menimbulkan dorongan untuk mendorong (mengedan).

c. Kala III (Pelepasan)
   Fase ini dimulai segera setelah kelahiran bayi dan berlangsung hingga lahirnya plasenta, yang biasanya tidak melebihi 30 menit. Setelah bayi lahir, uterus terasa keras dengan bagian atasnya (fundus uteri) sedikit di atas pusar. Beberapa menit kemudian, uterus akan berkontraksi lagi untuk mengeluarkan plasenta dari dindingnya.
d. Kala IV (Observasi)
   Mulai dari saat plasenta lahir hingga dua jam pertama setelah persalinan, tujuan utamanya adalah memberikan perawatan yang memadai untuk mencapai persalinan yang steril dan aman, dengan memperhatikan kebutuhan dan kesejahteraan ibu dan bayi (Sumarah, 2012).

4. Pengaruh kecemasan dalam persalinan
   Kecemasan yang dialami oleh ibu selama persalinan dapat menyebabkan kelelahan dan kehilangan kekuatan, yang dapat mengganggu proses persalinan. Ini bisa mengakibatkan keterlambatan dalam tahap Kala I atau Kala II. Seorang ibu hamil yang memahami proses persalinan cenderung lebih berkolaborasi dan mungkin merasa nyeri yang lebih ringan (Mochtar, 2019). Ini bisa dilakukan selama Perawatan Antenatal (ANC), yang didukung dengan pemberian nutrisi yang seimbang, senam hamil, imunisasi, pemilihan tempat persalinan yang tepat, persiapan perlengkapan untuk bayi dan ibu, semua ini bertujuan untuk memastikan kelancaran proses persalinan (Weisberg dan Paquette, 2019).
   Kecemasan dan ketakutan dapat mengganggu ketenangan ibu selama persalinan. Selain itu, bantuan persalinan dari dokter, bidan, atau tenaga medis lainnya juga memiliki dampak besar pada kelancaran proses persalinan. Oleh karena itu, kerjasama, pengertian, dan kepercayaan antara penolong persalinan dan ibu sangat penting.

Penolong persalinan sebaiknya menyampaikan empati, simpati, dan kepercayaan kepada ibu selama proses persalinan (Liewellyn, 2019).

6.5.2 Persalinan Sectio Caesarea

1. Pengertian Sectio Caesarea
   Sectio caesarea, atau lebih dikenal dengan istilah bedah sesar, merupakan metode pengirisan dan pembedahan untuk melahirkan bayi dengan membuat sayatan pada abdomen (laparotomi) dan uterus (histerotomi) ibu, yang bertujuan untuk mengeluarkan satu atau lebih bayi. (Dewi, 2016)
   Sectio caesarea adalah Ini adalah jenis persalinan yang disebut sectio caesarea atau bedah sesar, di mana bayi dilahirkan melalui irisan pada dinding perut dan rahim, dengan rahim tetap utuh, dan biasanya dilakukan ketika berat janin melebihi 500 gram. (Sarwono, 2018).
2. Sectio caesarea merupakan prosedur bedah untuk pelahiran janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus (Liu, 2012).
3. Etiologi
   Tingkat sectio caesarea terus meningkat di Indonesia. Dalam dua dekade terakhir, proporsi persalinan melalui sectio caesarea meningkat dari 5% menjadi 20%. Menurut Depkes RI (2016) Secara umum, persentase sectio caesarea di rumah sakit pemerintah adalah sekitar 20-25% dari total persalinan, sementara di rumah sakit swasta, angkanya jauh lebih tinggi, berkisar antara 30-80% dari total persalinan.
   Kenaikan jumlah sectio caesarea disebabkan oleh peningkatan kualitas teknik operasi dan fasilitas, meningkatnya kebersihan operasi, perbaikan dalam teknik anestesi, peningkatan kenyamanan pasca operasi, serta pengurangan durasi perawatan. Hal ini juga berdampak pada penurunan signifikan tingkat penyakit dan kematian ibu dan bayi yang terkait dengan prosedur persalinan tersebut. (Dewi, 2016).

4. Indikasi

   Berdasarkan urgensi dan kepentingannya, sectio caesarea dapat dikelompokkan ke dalam empat kategori, menurut Edmonds (2015):

   a. Kategori 1 atau darurat: Dilakukan segera untuk menyelamatkan ibu atau janin, misalnya dalam kasus abrupsio plasenta atau kondisi parah lainnya yang mengancam nyawa.
   b. Kategori 2 atau mendesak: Dilakukan segera karena adanya komplikasi yang signifikan, namun tidak secara langsung mengancam jiwa ibu atau janin, seperti dalam kasus distosia.
   c. Kategori 3 atau terjadwal: Dilakukan tanpa ada komplikasi yang diantisipasi sebelumnya.
   d. Kategori 4 atau elektif: Dilakukan berdasarkan keinginan dan persetujuan ibu serta kesiapan tim operasi.
   e. Prosedur tindakan sectio caesarea meliputi beberapa langkah, seperti:
   f. Izin dari keluarga: Rumah sakit memberikan surat izin yang harus ditandatangani oleh keluarga sebelum operasi dilakukan.
   g. Pembiusan: Pasien diberikan bius epidural atau spinal, sehingga tetap sadar tetapi tidak merasakan sakit selama operasi.
   h. Sterilisasi: Area perut yang akan dioperasi disterilkan untuk mencegah infeksi selama prosedur.
   i. Pemasangan alat: Infus dan kateter dipasang sesuai kebutuhan ibu.
   j. Pembedahan: Dokter melakukan sayatan dan memasuki rahim untuk mengangkat bayi sesuai dengan posisinya.
   k. Pengeluaran plasenta: Setelah bayi lahir, plasenta diangkat dari rahim.
   l. Penjahitan: Luka operasi dijahit kembali secara bertahap untuk menutupnya (Juditha, dkk, 2015).

5. Komplikasi

   Berikut ini beberapa masalah yang mungkin terjadi setelah operasi caesarea, seperti yang dijelaskan oleh beberapa sumber:

a. Menurut Rasjidi (2015), komplikasi utama dari operasi caesarea meliputi kerusakan pada organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus selama prosedur operasi, serta masalah yang berkaitan dengan anestesi, perdarahan, infeksi, dan tromboemboli. Tingkat kematian ibu cenderung lebih tinggi pada operasi caesarea dibandingkan dengan persalinan alami.
b. Sementara menurut Aksu, Kucuk, dan Duzgun (2015), salah satu risiko komplikasi yang dapat timbul akibat operasi caesarea adalah trombosis vena, yang dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti trombofilia.
c. Leifer (2015) juga menyebutkan beberapa komplikasi yang dapat terjadi setelah operasi caesarea, antara lain aspirasi, emboli pulmonal, perdarahan, infeksi urinaria, cedera pada kandung kemih, tromboflebitis, infeksi pada luka operasi, masalah yang terkait dengan efek anestesi, serta cedera atau masalah pernapasan pada bayi.

Bab 7

Masa Nifas

7.1 Definisi Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu. Masa nifas atau yang disebut juga *puerperium* berasal dari bahasa latin, yaitu puer yang artinya melahirkan atau berarti masa sesudah melahirkan (Sulfianti, 2021).

Ada beberapa pengertian masa nifas, antara lain:

1. Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Sulistyawati, 2015)
2. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan. (Anggraini, 2018)

3. Masa nifas atau puerperium merupakan bentuk masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil. (Sujiyatini;Nurjanah;Kurniati, 2010)
4. Masa nifas *(puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Ambarwati, Eny Retna;Wulandari, 2010)

7.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas untuk:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis di mana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) di mana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian, interpretasi data dan analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi, sehingga dengan asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi secara dini penyulit maupun komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.
3. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya ke fasilitas pelayanan rujukan.
4. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan pengaturan jarak kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat serta memberikan pelayanan keluarga berencana, sesuai dengan pilihan ibu.
5. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
6. Mendapatkan kesehatan emosi. (Kaparang, 2023)

7.3 Peran dan tanggungjawab Masa Nifas

Menurut Rinjani Margareta dkk (2024) peran dan tanggung jawab Bidan dalam masa nifas adalah:

1. Mendeteksi secara dini komplikasi yang terjadi pada masa nifas.
2. Sebagai teman terdekat, sekaligus pendamping ibu nifas dalam menghadapi saat-saat kritis masa nifas.
3. Sebagai pendidik dalam usaha pemberian pendidikan kesehatan terhadap ibu dan keluarga.
4. Sebagai pelaksana asuhan kepada klien dalam hal tindakan perawatan, pemantauan, penanganan masalah, rujukan dan deteksi dini komplikasi masa nifas.
5. Melakukan manajemen asuhan kebidanan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosis, dan rencana tindakan serta melaksanakannya demi mempercepat proses pemulihan.
6. Melakukan evaluasi berkelanjutan dan penatalaksanaan perawatan kesejahteraan ibu bersalin.
7. Memberikan bantuan pemulihan dari ketidaknyamanan fisik ibu.
8. Memberikan bantuan saat menyusui.
9. Mengajarkan peran baru sebagai orang tua.
10. Melaksanakan kunjungan rumah sebagai evaluasi pelaksanaan asuhan nifas ibu.

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis, baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60 % kematian ibu termasuk kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50 % kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam. Oleh karena itu, peran dan tanggungjawab bidan memberikan asuhan kebidanan pada ibu nifas adalah untuk mencegah kematian pada ibu di masa nifas.

Peran bidan antara lain sebagi berikut:

1. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
2. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi, serta keluarga.
3. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
4. Membuat kebijakan, perencana program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak, serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
5. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
6. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktikkan kebersihan yang aman.
7. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosis, dan rencana tindakan, juga melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, serta mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas. (Rinjani, 2024)

7.4 Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas terbagi menjadi 3, yaitu:

1. Puerperium dini (*immediate puerperium*)
   Puerperium dini (*immediate puerperium*) yaitu pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum).
2. Puerperium intermedial (*early puerperium*)
   Puerperium intermedial (*early puerperium*) yaitu suatu masa di mana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.

3. Remote puerperium (*later puerperium*)
   Remote puerperium (later puerperium) yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun. (Taufan, Nugroho;Nurrezki;Warnaliza, 2014)

7.5 Kebijakan Program Masa Nifas

Kebijakan program nasional pada masa nifas yaitu paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu masa nifas maupun bayinya.
5. Program dan kebijakan teknis. (Kaparang, 2023)

Kebijakan program nasional masa nifas, perawatan ibu nifas mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan dilakukan minimal 4 kali kunjungan nifas, yaitu:

1. Kunjungan pertama: 6 jam – 2 hari setelah persalinan.
2. Kunjungan kedua: 3 – 7 hari setelah persalinan.
3. Kunjungan ketiga: 8 – 28 hari setelah persalinan.
4. Kunjungan keempat: 29 – 42 hari setelah persalinan. (RI, 2019)

7.6 Ruang Lingkup Pelayanan Masa Nifas

Pelayanan pasca persalinan adalah pelayanan kesehatan yang diberikan bagi ibu dan bayi baru lahir dalam kurun waktu 6 jam sampai 42 hari setelah melahirkan, yang dilaksanakan secara terintegrasi dan komprehensif. Ibu nifas dan bayi baru lahir yang sehat dipulangkan setelah 24 jam pasca melahirkan, sehingga sebelum pulang diharapkan ibu dan bayinya mendapat 1 kali pelayanan pasca persalinan.(RI, 2020)

Pelayanan pasca persalinan terintegrasi dengan program-program lain yaitu program Gizi, Penyakit Menular, Penyakit Tidak Menular, Imunisasi, Jiwa dan lain-lain. Pelayanan pasca persalinan yang komprehensif adalah pelayanan pasca persalinan diberikan mulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (termasuk laboratorium), pelayanan KB pasca persalinan, tata laksana kasus, KIE dan rujukan bila diperlukan.

Ruang lingkup pelayanan pasca persalinan pada ibu meliputi:

1. Anamnesis
2. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu
3. Pemeriksaan tanda-tanda anemia
4. Pemeriksaan tinggi fundus uteri
5. Pemeriksaan kontraksi uterus
6. Pemeriksaan kandung kemih dan saluran kencing
7. Pemeriksaan lokhia dan perdarahan
8. Pemeriksaan jalan lahir
9. Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
10. Identifikasi risiko dan komplikasi
11. Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada masa nifas
12. Pemeriksaan status mental ibu
13. Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan
14. Pemberian KIE dan konseling
15. Pemberian kapsul vitamin A (RI, 2020)

Ruang lingkup Pelayanan Pasca persalinan pada bayi baru lahir mengenai upaya kesehatan anak, meliputi:

1. Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial.
2. Manajemen Terpadu Bayi Muda yang merupakan bagian dari MTBS.
3. Skrining Bayi Baru Lahir.
4. Pemberian Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) dan konseling kepada ibu dan keluarganya.(RI, 2020)

Pelayanan pasca persalinan menurut Kemenkes RI (2020) meliputi penilaian terhadap keadaan umum (fisik) dan psikologis (kejiwaan) ibu, juga pemeriksaan laboratorium penunjang dengan jenis pelayanan meliputi seperti tabel di bawah ini:

Tabel 7.1: Jenis Pelayanan Pasca Persalinan Ibu (RI, 2019)

No	Jenis Pemeriksaan/Pelayanan	KF 1 6-48 jam	KF 2 3-7 hr	KF 3 8-28 hr	KF 4 29-42 hr
1	Pemeriksaan menggunakan Formulir Pemeriksaan ibu nifas	V	V	V	V
2	Skrining status T dan berikan imuninasi Td apabila diperlukan	-	-	-	V
3	Skrining status HIV, Hepatitis B, Sifilis*	*	*	*	*
4	Skrining Status TB	*	*	*	*
5	KIE Masa Nifas	V	V	V	V
6	Pencatatan pada Buku KIA dan Kartu Ibu	V	V	V	V

Keterangan:

V : pemeriksaan rutin

* : atas indikasi

1. Skrining status T
   Seluruh Wanita Usia subur perlu mendapatkan imunisasi Tetanus untuk melindungi dari penyakit Tetanus pada ibu (Tetanus maternal) dan pada bayinya (Tetanus Neonatal). Pada masa pasca persalinan, ibu nifas juga dilakukan skrining status imunisasi tetanusnya, dan diberikan injeksi Td apabila belum mencapai status T5 dan sudah memenuhi syarat interval.
2. Skrining status HIV
   Apabila ibu belum diketahui status HIV, tenaga kesehatan harus menanyakan apakah ibu nifas sudah dites HIV atau belum. Apabila ibu belum pernah diperiksa HIV saat hamil, maka akan dilakukan tes HIV pada ibu nifas, sebagai upaya pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak pada masa menyusui dan juga untuk pemberian ARV profilaksis pada bayi bila memang ibu tersebut terdiagnosis HIV.
3. Skrining status TB
   Kehamilan akan meningkatkan risiko berkembangnya TB aktif pada ibu yang sebelumnya terinfeksi (infeksi TB laten), terutama pada trimester terakhir atau pada periode awal pasca persalinan. Penularan TB dari ibu ke anak dapat terjadi ketika neonatus tertular M *tuberculosis* saat dalam rahim melalui penyebaran hematogen lewat vena umbilikal, atau saat persalinan melalui aspirasi atau meminum cairan amnion atau sekresi *cervicovagina*l yang terkontaminasi M *tuberculosis*.
   Gejala TB adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan.
   Tenaga kesehatan perlu juga menanyakan apakah ibu dalam pengobatan TB. Bila ibu terdiagnosis TB atau dalam pengobatan TB maka bayi perlu diperhatikan tanda dan gejala TB yang biasanya muncul di minggu pertama sampai dengan minggu ketiga, meliputi letargi, sulit minum dan kesulitan pertambahan berat badan. Bila

tidak ada tanda dan gejala TB maka bayi diberikan profilaksis dengan INH 10 mg/kg BB/hari selama 6 bulan.

4. Kesehatan jiwa

   Sindrome *Baby blues* atau sering disebut *postpartum distress syndrome* adalah perasaan sedih dan gundah yang dialami oleh sekitar 50-80% ibu setelah melahirkan bayinya, dengan beberapa gejala seperti menangis, mudah kesal, lelah, cemas, tidak sabaran, tidak percaya diri, enggan memperhatikan bayinya, mudah tersinggung dan sulit konsentrasi.

   Sindrom *Baby Blues* masih tergolong ringan dan biasanya berlangsung hingga 2 minggu. Jika ibu mengalaminya lebih dari dua minggu kemungkinan mengalami Depresi Pasca Persalinan. Pada Pelayanan pasca persalinan, tenaga kesehatan dapat mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk skrining/deteksi gejala-gejala depresi.

7.7 Standar Pelayanan Masa Nifas

Standar pelayanan kebidanan terdiri dari 24 standar pelayanan, terdapat tiga standar dalam standar pelayanan masa nifas, yaitu:

1. Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

   Pernyataan standar:

   Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermi.

   Untuk terlaksananya perawatan bayi baru lahir dengan segera dan tepat, maka:

   a. Bidan yang mendampingi persalinan dan memberikan perawatan bayi baru lahir adalah bidan yang sudah terlatih dan terampil.
   b. Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir dengan menggunakan skor APGAR.

c. Bidan yang menolong bayi dapat melakukan upaya pernafasan dan melakukan resusitasi bayi baru lahir.
d. Bidan segera mengenal tanda-tanda hipotermi dan dapat melakukan tindakan yang tepat untuk mencegah dan menangani hipotermi.
e. Bidan melakukan pencegahan infeksi bayi baru lahir.
f. Bidan segera mengenal tanda-tanda hipoglikemia dan melakukan penatalaksanaan yang tepat jika terjadi.
g. Bidan menyiapkan perlengkapan dan peralatan untuk perawatan yang bersih dan aman bagi bayi.
h. Melakukan pencatatan di buku ibu, kartu bayi dan buku KIA.

2. Standar 14: Penanganan pada 2 jam pertama setelah persalinan
   Pernyataan standar:
   Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.
3. Standar 15: pelayanan bagi Ibu dan Bayi pada Masa Nifas
   Pernyataan standar:
   Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB. (Walyani, Elisabeth Siwi;Purwoastuti, 2015)

7.8 Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Dan Konseling Pelayanan Masa Nifas Bagi Ibu dan Keluarga

Pada masa nifas, ibu, suami dan keluarga perlu diberikan informasi dan edukasi untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan pada masa nifas, seperti perawatan ibu pasca melahirkan, tanda bahaya ibu dan bayi baru lahir. Pemberian KIE dilakukan pada setiap kunjungan sesuai dengan panduan yang ada di buku KIA.

Konseling dapat diberikan pada keadaan-keadaan yang membutuhkan pemahaman mendalam bagi ibu, suami dan keluarga seperti:

1. Pemilihan metode kontrasepsi khususnya pada ibu berisiko dan perencanaan keluarga.
2. Pemberian ASI eksklusif.
3. Bayi dari ibu ODHA.
4. Bayi dari ibu Hepatitis B.
5. Bayi dari ibu dengan masalah kesehatan mental.
6. Masalah kesehatan lainnya yang berisiko bagi kesehatan ibu dan bayinya.(RI, 2020)

7.9 Hak-hak Ibu dalam Pelayanan Masa Nifas

Menurut Permenkes RI Nomor 97 tahun 2014, ibu nifas memiliki hak-hak seperti berikut di bawah ini:

1. Pasal 15
    a. Pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan meliputi:
        - Pelayanan kesehatan bagi ibu.
        - Pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir.

b. Pelayanan kesehatan bagi ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a paling sedikit 3 (tiga) kali selama masa nifas.
c. Pelayanan kesehatan bagi ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan ketentuan waktu pemeriksaan meliputi:
   - 1 (Satu) kali periode 6 (enam) jam sampai dengan 3 (tiga) hari pasca persalinan;
   - 1 (Satu) kali periode 4 (empat) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pascapersalinan;dan
   - 1 (Satu) kali pada periode 29 (dua puluh sembilan) hari sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan.
d. Kegiatan Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
   - Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu
   - Pemeriksaan tinggi fundus uteri
   - Pemeriksaan lokhia dan perdarahan
   - Pemeriksaan jalan lahir
   - Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
   - Pemberian kapsul vitamin A
   - Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan
   - Konseling, dan
   - Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas
e. Pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilaksanakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

2. Pasal 16
   a. Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 ayat (4) huruf g bertujuan untuk menjaga jarak kehamilan berikutnya atau membatasi jumlah anak yang dilaksanakan dalam masa nifas.
   b. Pelayanan kontrasepsi sebagaimana dimaksud ayat (1) dilaksanakan melalui pemilihan metode kontrasepsi sesuai

pilihan pasangan suami istri, sesuai indikasi, dan tidak mempengaruhi produksi Air Susu Ibu.

Bab 8

Manajemen Kebidanan

8.1 Pendahuluan

Manajemen kebidanan merupakan disiplin ilmu yang memadukan teori dan praktik kebidanan dengan prinsip-prinsip manajemen untuk memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas. Buku ini bertujuan untuk memberikan pemahaman mendalam tentang bagaimana bidan dapat mengelola pelayanan kesehatan ibu dan anak secara efektif dan efisien. Dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kesehatan, bidan dituntut untuk memiliki kompetensi yang tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga kemampuan manajerial yang baik.

Di Indonesia, peran bidan sangat penting dalam sistem pelayanan kesehatan, terutama di daerah-daerah yang sulit dijangkau oleh tenaga medis lainnya. Bidan seringkali menjadi ujung tombak dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Oleh karena itu, penguasaan manajemen kebidanan menjadi krusial untuk memastikan pelayanan yang diberikan memenuhi standar kualitas yang telah ditetapkan.

Buku ini disusun untuk memenuhi kebutuhan pendidikan dan pelatihan bidan dalam mengembangkan kompetensi manajerial mereka. Melalui buku ini, pembaca akan mendapatkan gambaran lengkap tentang konsep dasar

manajemen kebidanan, mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, hingga evaluasi pelayanan kebidanan. Setiap bab dalam buku ini dilengkapi dengan studi kasus dan contoh nyata yang diambil dari pengalaman praktik sehari-hari, sehingga pembaca dapat lebih mudah memahami dan menerapkan ilmu yang didapat.

Selain itu, buku ini juga membahas tentang tantangan dan masalah yang sering dihadapi dalam manajemen kebidanan, serta strategi untuk mengatasinya. Dengan demikian, diharapkan buku ini dapat menjadi panduan praktis bagi bidan dalam mengelola pelayanan kebidanan secara profesional dan berorientasi pada peningkatan kualitas hidup ibu dan anak.

Dengan penyajian materi yang komprehensif dan aplikatif, buku ini diharapkan dapat menjadi referensi utama bagi mahasiswa kebidanan, bidan praktik, dan tenaga kesehatan lainnya yang berkecimpung dalam bidang kebidanan. Selain itu, buku ini juga diharapkan dapat memberikan kontribusi positif dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

8.2 Konsep dan Prinsip Manajemen Pada Umumnya

8.2.1 Konsep Manajemen

Pengertian manajemen sangat universal, tetapi tidak ada kesepakatan mengenai batasannya banyak definisi yang dapat dipilih sesuai dengan tujuan masing-masing. Batasan yang paling singkat mengenai manajemen yaitu:

Manajemen adalah membuat pekerjaan selesai (*getting things done*). Prinsip yang mendasari batasan ini adalah ‘komitmen pencapaian’ yakni komitmen untuk melakukan kegiatan yang bertujuan, bukan semata-mata kegiatan. Untuk menegaskan gagasan tujuan ini, batasannya dapat ditulis ulang sebagai: ‘manajemen adalah mengungkapkan apa yang hendak dikerjakan, kemudian menyelesaikannya’. Dengan kata lain, manajemen menentukan tujuan dahulu secara pasti (yakni menyatakan dengan rinci apa yang hendak dituju) dan mencapainya.

8.2.2 Prinsip-Prinsip Manajemen

Tiga prinsip pokok manajemen adalah efisien, efektif, dan rasional dalam mengambil keputusan.

1. Efisiensi
   Efisiensi adalah bagaimana mencapai akhir dengan hanya menggunakan sarana yang perlu, atau dengan menggunakan sarana sedikit mungkin. Efisiensi adalah ukuran mengenai hubungan antara hasil yang dicapai dan usaha yang telah dikeluarkan (misalnya oleh seorang tenaga kesehatan).
2. Efektivitas
   Efektivitas adalah seberapa besar suatu tujuan sedang, atau telah tercapai; efektivitas merupakan sesuatu yang hendak ditingkatkan oleh manajemen.
3. Rasional dalam mengambil keputusan
   Pengambilan keputusan yang rasional sangat diperlukan dalam proses manajemen. Keputusan merupakan su atau pilihan dari dua atau lebih tindakan. Dalam istilah manajemen, pengambilan keputusan merupakan jawaban atas pertanyaan tentang perkembangan suatu kegiatan.

8.3 Pengertian Manajemen Kebidanan

Menurut buku 50th IBI, 2007, Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Menurut Depkes RI, 2005, Manajemen Kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada individu, keluarga, dan masyarakat.

Menurut Helen Varney, 1997, Manajemen Kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan

pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien.

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh ACNM (1999) terdiri atas:

1. Mengumpulkan dan memperbarui data yang lengkap dan relevan secara sistematis melalui pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengkaji riwayat kesehatan dan melakukan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberi informasi dan dukungan kepada klien sehingga dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi, bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi perencanaan, melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi, dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi dalam situasi darurat jika terdapat penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

8.4 Sasaran Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan tidak hanya diimplementasikan pada asuhan kebidanan pada individu akan tetapi dapat juga diterapkan di dalam pelaksanaan pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada keluarga dan

masyarakat.manajemen kebidanan mendorong para bidan menggunakan cara yang teratur dan rasional sehingga mempermudah pelaksanaan yang tepat dalam memecahkan masalah klien dan kemudian akhirnya tujuan mewujudkan kondisi ibu dan anak yang sehat dapat tercapai.

Seperti yang telah dikemukakan di atas bahwa permasalahan kesehatan ibu dan anak yang ditangani oleh bidan mutlak menggunakan metode dan pendekatan manajemen kebidanan. Sesuai dengan lingkup dan tanggungjawab bidang maka sasaran manajemen kebidanan ditujukan kepada baik individu ibu dan anak, keluarga maupun kelompok masyarakat.

Individu sebagai sasaran dalam asuhan kebidanan disebut klien.yang dimaksud klien disini ialah setiap individu yang dilayani oleh bidan baik itu sehat maupun sakit.klien yang sakit disebut pasien.upaya menyehatkan dan meningkatkan status kesehatan keluarga akan lebih efektif bila dilakukan melalui ibu baik di dalam keluarga maupun di dalam kelompok masyarakat.di dalam pelaksanaan manajemen kebidanan,bidan memandang keluarga dan kelompok masyarakat sebagai kumpulan individu-individu yang berada di dalam suatu ikatan sosial di mana ibu memegang peran sentral.

Manajemen kebidanan dapat digunakan oleh bidan di dalam setiap melaksanakan kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan,pencegahan penyakit,penyembuhan,pemulihan kesehatan ibu dan anak dalam lingkup dan tanggungjawab.

8.5 Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

1. Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan.
2. Menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosis atau masalah.
3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta rujukan berdasarkan kondisi klien.
5. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya.
6. Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman.
7. Mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif.

Ketujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney adalah sebagai berikut:

Langkah I (pertama): Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu:

1. Riwayat kesehatan
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
3. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya,
4. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultsi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

Langkah II (kedua): Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-

data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa "kemungkinan wanita hamil", dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori "nomenklatur standar diagnosa" tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

Langkah III (ketiga): Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memunkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan pemuaian uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaian uterus yang berlebihan tersebut (misalnya pelihidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar). Kemudian ia harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena pemuaian uterus yang berlebihan. Pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya distocia bahu dan juga kebutuhan untuk resusitasi. Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus prematur atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap

simptomatik terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

Langkah IV (keempat): Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter fan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat di mana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distocia bahu, atau nilai APGAR yang rendah). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yan lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medis yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawat klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

Langkah V (kelima): Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah

teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain, asuhannya terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kehidupan membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang atau tidak akan dilakukan oleh klien.

Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

Langkah VI (keenam): Melaksanakan Perencanaan

pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya: memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi di mana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

Langkah VII (ketujuh): Evaluasi

Pada langkah ke VII ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam

masalah diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif

8.6 Lingkup Praktik Kebidanan

1. Ruang Lingkup dan Sasaran
   Dalam melaksanakan praktik, bidan memberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan terhadap perempuan pada masa prakonsepsi, masa hamil, melahirkan dan postpartum, maupun masa interval, melaksanakan pertolongan persalinan di bawah tanggung jawabnya sendiri, dan member asuhan pada bayi baru lahir, bayi dan anak balita, dalam rangka menyiapkan sumber daya manusia atau generasi penerus yang berkualitas. Asuhan tersebut termasuk tindakan pemeliharaan, pencegahan, deteksi, serta intervensi dan rujukan pada keadaan risiko tinggi, termasuk kegawatan anak.
   Sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga, dan masyarakat, yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan, dan pemulihan.
2. Lahan Praktik Pelayanan Kebidanan
   BPS (Bidan Praktik Swasta), Puskesmas, Rumah Bersalin, dan Rumah Sakit.

8.7 Pengorganisasian Praktik Asuhan Kebidanan

1. Pelayanan Mandiri
   Pelayanan mandiri adalah layanan kebidanan primer yang dilakukan oleh seorang bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan

2. Kolaborasi
   Kolaborasi adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan
3. Rujukan
   Layanan rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya, yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan yang dilakukan oleh bidan ke tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau ke profesi kesehatan lain. Pelayanan bidan yang tepat akan meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayi.

Tujuan utama penilaian risiko adalah untuk mendapatkan riwayat kesehatan reproduksi secara menyeluruh . pertanyaan meliputi:(Parmawati, I., Nisman, W. A., Lismidiati, W., & Mulyani, 2020)

1. Usia
   Seiring dengan peningkatan usia ibu, risiko infertilitas, aneuploidi janin, keguguran, diabetes gestasional, preeklamsia, dan lahir mati juga meningkat. Wanita harus menyadari risiko ini dan sebaiknya jangan menunda kehamilan sampai usia 30-an atau 40-an, atau sebaliknya tidak harus hamil lagi pada usia tersebut bila tidak betul-betul diperlukan. Usia ayah yang lanjut juga memiliki beberapa risiko bagi anak.
2. Riwayat Pekerjaan
3. Riwayat umum
   a. Keinginan dan rencana untuk hamil, lama menikah, rencana menikah
   b. Siklus menstruasi,
   c. Kontrasepsi yang sedang atau pernah dipakai,
   d. Obat-obatan yang pernah/sedang dipakai
   e. Alergi obat-obatan atau lainnya

4. Riwayat ginekologis
   a. Hasil pap smear abnormal,
   b. Gangguan siklus menstruasi,
   c. Mioma uteri, Kista ovarium
   d. Operasi ginekologis
   e. Penyakit menular seksual seperti gonore, klamidia, kondiloma, sifilis atau herpes

5. Riwayat Obstetri buruk
   a. Pernah abortus, hamil kosong/blighted ova, kematian janin, bayi cacat
   b. Pernah mengalami KPD/Ketuban Pecah Dini, kelahiran preterm, bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah
   c. Pernah hamil di luar kandungan,
   d. Pernah hamil mola, atau penyakit trofoblas gestasional ganas
   e. Perdarahan dalam kehamilan/pascasalin,
6. Imunisasi yang pernah didapat
   a. Hepatitis B
   b. Tetanus Toksoid
   c. Rubella
7. Penyakit Keturunan
   a. Diabetes mellitus
   b. Talasemia
   c. Penyakit autoimun (HIV, SLE,APS)
   d. Epilepsi
   e. Sistik fibrosis
8. Penyakit Kronis yang pernah/sedang diderita
   a. Diabetes melitus
   b. Hipertensi
   c. Penyatik rongga mulut dan gigi
   d. Obesitas berat

9. Obat-obatan yang pernah/sedang dikonsumsi
   a. Kokain
   b. Heroin
10. Alkohol, merokok, kafein
11. Pernah mendapat produk darah, pernah mengalami komplikasi transfusi
12. Diet yang sedang dilakukan, suplemen atau herbal yang dikonsumsi
13. Pemakaian herbal rutin
14. Olahraga yang rutin dilakukan
15. Binatang peliharaan
16. Pekerjaan, jenisnya, lama bekerja, risiko untuk penularan penyakit atau cedera
17. Keadaan kesehatan mental/psikis

8.8 Intervensi

Berbagai intervensi terbukti dapat menurunkan kejadian kelainan kongenital, gangguan pertumbuhan janin dan beberapa komplikasi kehamilan seperti persalinan preterm, solusio plasenta atau pencegahan eklampsia.

Intervensi yang telah dilakukan antara lain:(Dewi, 2011)

1. Berhenti merokok
   Wanita yang sedang merencanakan kehamilan akan lebih termotivasi untuk berhenti merokok dan petugas kesehatan dapat memanfaatkan konseling prakonsepsi untuk memotivasi ibu menghentikan merokok
2. Beberapa vaksinasi melindungi infeksi kongenital yang dapat menyebabkan cacat janin. Vaksin hidup (varisela; campak, gondongan dan rubella) harus diberikan minimal satu bulan sebelum kehamilan untuk menghindarkan sindroma rubella kongenital.
3. Menurunkan berat badan untuk mencapai indeks massa tubuh normal (BMI) sangat penting dilakukan sebelum hamil, karena terbukti obesitas berhubungan dengan infertilitas dan sebaliknya ibu yang

terlalu kurus (terutama dengan gangguan asupan makanan) berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah. (Alza Yelssi, 2016)

4. Perubahan Perilaku (misalnya mencuci tangan dan tindakan higienis lainnya, menghindari konsumsi daging setengah matang, makanan yang tidak dipasteurisasi dan sayuran mentah) dapat mengurangi risiko tertular infeksi , seperti toksoplasmosis , sitomegalovirus , dan listeriosis.
5. Hipertensi harus terkontrol sebelum konsepsi. Obat antihipersi seperti ACE inhibitor dan ARB, harus dihindari pada kehamilan, karena pada setiap tahap kehamilan terkait dengan efek buruk pada janin. Pasien yang ingin hamil harus mengganti obatnya dengan yang aman untuk janin. Wanita dengan hipertensi yang tidak terkontrol harus dievaluasi kesehatan umumnya lebih dahulu agar kehamilan tidak merugikan ibu dan janinnya.
6. Ibu yang mengidap Asma harus di bawah kontrol yang baik sebelum hamil. Bila diperlukan, penggunaan steroid (dihirup dan sistemik) pada kehamilan umumnya aman, terutama bila dibandingkan dengan risiko gangguan asam basa ibu dan hipoksemia janin bila obat asma tidak dipakai.
7. Penyakit tiroid memerlukan pemantauan ketat fungsi tiroid, karena hiper dan hipotiroidi dapat memengaruhi kesuburan dan luaran kehamilan.
8. Wanita dengan riwayat kejang dan wanita yang menggunakan obat antiepilepsi harus menerima informasi menyeluruh tentang risiko kehamilan bagi ibu dan janin, penyesuaian dalam rejimen obat mereka, dan suplemen asam folat untuk mengurangi risiko NTD. Pemakaian valproate untuk kejang harus dihentikan, dan harus diganti dengan obat alternatif yang memadai, karena valproate merupakan teratogen paling kuat dibanding obat antiepilepsi lainnya.
9. Untuk wanita dengan lupus eritematosus sistemik, prognosis kehamilan yang terbaik adalah bila remisi penyakit telah tercapai setidaknya enam bulan sebelum kehamilan dan fungsi ginjal pasien

stabil, normal atau mendekati normal. Obat yang dikonsumsi ibu mungkin perlu diubah karena potensi risiko janin.

10. Karies gigi dan penyakit mulut lainnya (misalnya periodontitis) dapat berhubungan dengan komplikasi kehamilan, seperti kelahiran preterm dan ketuban pecah dini, sehingga perlu dirujuk ke dokter gigi yang tepat sebelum ibu hamil.
11. Penyakit Keturunan
    Untuk wanita dengan riwayat penyakit keturunan, diperlukan rujukan untuk konseling genetik. Pemeriksaan kromosom ibu sebagai pembawa, potensi risiko penyakit genetik pada janin, pilihan tentang diagnosis prenatal dan intervensi yang mungkin akan dilakukan, harus dijelaskan sebelum ibu menentukan untuk hamil.
12. Masalah psikososial - stres psikososial, kesehatan mental, dan masalah keuangan atau lainnya. harus diidentifikasi dan intervensi dengan tepat untuk menghindarkan kurangnya dukungan sosial, hambatan untuk perawatan prenatal, dan kekerasan dalam rumah tangga.
13. Penyakit jiwa ibu harus diidentifikasi dan diobati dengan adekuat dan ibu harus menunggu untuk hamil agar dapat menghindari efek obat, efek kejiwaan, dan gangguan hubungan ibu dengan bayinya. Support suami dan keluarga harus baik, karena penyakit yang tidak diobati atau diobati tidak adekuat akan mengakibatkan berbagai konsekuensi. Idealnya, pasien harus menunggu sampai ia telah menjadi euthymic, yang mungkin memakan waktu 6 sampai 12 bulan, sebelum ia mencoba untuk hamil.
14. Megavitamin, suplemen makanan yang tidak penting, dan obat-obat herbal harus dihentikan, mengingat bahwa risiko terhadap janin dari zat-zat tersebut umumnya belum dievaluasi. Dosis vitamin A yang terlalu tinggi selama awal kehamilan telah dikaitkan dengan cacat lahir 13,14. Persiapan multivitamin yang mengandung lebih dari 5000 unit internasional vitamin A harus dihindari (peningkatan risiko teratogenesis pada dosis pemberian > 10.000 internasional unit / hari).

Dengan memperhatikan faktor risiko ibu, penapisan faktor risiko seperti tertulis di atas serta upaya intervensinya, kita dapat berharap agar kehamilan yang direncanakan akan menghasilkan generasi berikut yang lebih baik.

8.9 Promosi Kesehatan Pranikah

Berdasarkan definisi sehat menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO) adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh dan tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan. Jadi kesehatan pasangan pra nikah penting sekali untuk mendukung tercapainya pernikahan yang langgeng sampai hari tua. Pernikahan yang bisa saling mengisi dan beradaptasi, bisa mengatasi masalah yang dihadapinya dengan bijaksana dan dewasa. Idealnya tes kesehatan pra nikah dilakukan enam bulan sebelum dilakukan pernikahan. Tes kesehatan pra nikah dapat dilakukan kapanpun selama pernikahan belum berlangsung. Jika pada saat pengecekan ternyata ditemui ada masalah maka pengobatan dapat dilakukan setelah menikah.(Kementerian Kesehatan RI, 2015)

8.10 Tes Kesehatan bagi Pasangan yang akan Menikah

8.10.1 Program Pre-Marital Screening

Pre-Marital Screening atau Pre-Marital Check Up terdiri atas beberapa kelompok tes yang dirancang untuk mengidentifikasi adanya masalah kesehatan saat ini atau masalah kesehatan yang akan muncul di kemudian hari saat pasangan hamil dan memiliki anak. Rangkaian pemeriksaan kesehatan tersebut adalah sebagai berikut. Pertama, pemeriksaan kesehatan secara umum.(Ida Ayu Saputri, 2017)

1. Pertama, pemeriksaan kesehatan umum ini terdiri dari:
   a. Pemeriksaan fisik / klinis lengkap
      Diantara manfaat pemeriksaan fisik lengkap adalah untuk mengetahui status tekanan darah seseorang. Tekanan darah yang

normal adalah salah satu kunci kesehatan. Tekanan darah tinggi atau hipertensi berbahaya saat perempuan hamil, karena dapat menyebabkan pertumbuhan janin terhambat. Pemeriksaan fisik juga bisa mendeteksi gejala obesitas, karena obesitas dapat memengaruhi tingkat kesuburan. Obesitas selama kehamilan dapat menyebabkan munculnya beberapa risiko seperti diabetes, pre-eklampsia, infeksi saluran kemih, sulit untuk melahirkan tepat waktu, juga meningkatkan risiko keguguran dan kesulitan saat melahirkan.

b. Pemeriksaan darah rutin

Pemeriksaan darah rutin ini meliputi kadar hemoglobin (hb), hematokrit, sel darah putih (leukosit) dan faktor pembekuan darah (trombosit). Para calon ibu perlu mengetahui kadar hb-nya untuk mendeteksi gejala anemia, juga perlu mengetahui adanya gangguan faktor pembekuan darah. Dari hasil pemeriksaan darah dapat diketahui kondisi kadar kolesterol tinggi yang meningkatkan risiko penyakit jantung koroner dan stroke.

Pemeriksaan gula darah yang dilakukan sewaktu puasa dan tidak puasa, dapat mengetahui adanya diabetes mellitus, atau adanya kelainan yang dapat berkembang menjadi diabetes mellitus, seperti intoleransi glukosa. Ibu hamil yang menderita diabetes tidak terkontrol dapat mengalami beberapa masalah seperti janin yang tidak sempurna atau cacat, hipertensi, hydramnions atau meningkatnya cairan ketuban, meningkatkan risiko kelahiran prematur, serta macrosomia –yaitu bayi menerima kadar glukosa yang tinggi dari Ibu saat kehamilan sehingga janin tumbuh sangat besar.

c. Golongan darah dan rhesus

Rhesus adalah sebuah penggolongan atas ada atau tiadanya substansi antigen-D pada darah. Rhesus positif berarti ditemukan antigen-D dalam darah dan rhesus negatif berarti tidak ada antigen-D. Kebanyakan warga bangsa Asia memiliki rhesus

positif (+), sedangkan kebanyakan warga bangsa Eropa memiliki negative (-).

Banyak pasangan suami istri tidak mengetahui rhesus darah pasangan masing-masing. Padahal, jika rhesus mereka bersilangan, bisa memengaruhi kualitas keturunan. Jika seorang perempuan (rhesus negatif) menikah dengan laki-laki (rhesus positif), bayi pertamanya memiliki kemungkinan untuk memiliki rhesus negatif atau positif.(Susanti, D., Rustam, Y., & Doni, 2018)

Jika bayi mempunyai rhesus negatif, tidak ada masalah. Tetapi, jika bayi memiliki rhesus positif, masalah mungkin timbul pada kehamilan berikutnya. Bila ternyata kehamilan yang kedua merupakan janin yang memiliki rhesus positif, kehamilan ini berbahaya. Karena antibodi anti rhesus dari ibu dapat memasuki sel darah merah janin. Sebaliknya, tidak masalah jika perempuan memiliki rhesus positif dan lelaki rhesus negatif.

Apabila ibu bergolongan darah O sedangkan bayi bukan bergolongan darah O adalah salah satu faktor risiko jaundice atau kuning pada bayi (ABO Incompatibility). Bila diketahui janin memiliki rhesus positif (+) sedangkan ibu memiliki rhesus negatif (-), akan menimbulkan inkompatibilitas rhesus yang bisa mengakibatkan kematian pada janin. Dengan mengetahui rhesus sebelum hamil, dokter dapat segera mengatasinya.

d. Urinalisis lengkap

Pemeriksaan urin penting dilakukan agar bisa diketahui adanya infeksi saluran kemih (ISK) dan adanya kondisi darah, protein, dan lain-lain yang menunjukkan adanya penyakit tertentu. Penyakit ISK saat kehamilan berisiko baik bagi ibu maupun bayi, seperti kelahiran prematur, berat janin yang rendah, bahkan risiko kematian saat persalinan.

2. Kedua, pemeriksaan penyakit hereditas

Yang dimaksud dengan penyakit hereditas adalah yang diturunkan dari orangtua. Calon pengantin harus memiliki pemahaman bahwa

bila orangtua atau garis keturunannya mengidap penyakit genetik, maka anak yang akan lahir nanti bisa berisiko mengidap penyakit yang sama. Pemeriksaan ini meliputi:

a. Thalasemia

Thalasemia adalah salah satu penyakit kelainan darah. Penderita penyakit ini tidak mampu memproduksi hemoglobin yang normal. Thalasemia telah menjadi salah satu isu kesehatan di Indonesia karena 3 – 10 % populasi di Indonesia adalah carrier atau pembawa gen thalasemia beta, dan 2,6 - 11 % adalah pembawa gen thalasemia alfa. Jika diasumsikan terdapat 5% saja carrier dan angka kelahiran 23 per mil dari total populasi 240 juta jiwa di Indonesia, maka diperkirakan terdapat 3.000 bayi penderita thalassemia setiap tahunnya. Saat ini paling tidak tercatat 5.000 pasien thalasemia di Indonesia dan diperkirakan angka ini jauh lebih rendah dibandingkan dengan jumlah penderita thalasemia di Indonesia yang tidak terdata.

Talasemia mayor merupakan jenis thalasemia yang disebabkan "sifat" darah yang dibawa kedua orang tua. Penyakit ini membuat seseorang menjadi tergantung pada transfusi darah dan kesempatan hidupnya terbatas. Di sisi lain, talasemia minor tidak menyebabkan gejala berat dan penderitanya dapat hidup normal, tapi ia tetap membawa "sifat" penyakit thalasemia dalam tubuhnya. Jika kedua orang tua mengidap talasemia minor, 25 % kemungkinan anaknya akan mengidap talasemia mayor, 50 % akan mengidap talasemia minor, dan 25 % akan normal. Jika hanya salah satu orang tua mengidap talasemia minor, 50 % kemungkinan si anak akan mengidap talasemia minor dan 50 % akan normal. Rumus penurunan talasemia berlaku juga pada penyakit hemofilia dan albino. Dengan pengecekan darah, kita dapat memprediksi kemungkinan yang akan muncul dan mencegah hal yang tidak kita inginkan.

b. Hemofilia

Darah pada seorang penderita hemofilia tidak dapat membeku dengan sendirinya secara normal. Proses pembekuan darah pada seorang penderita hemofilia tidak secepat dan sebanyak orang lain yang normal. Penderita hemofilia lebih banyak membutuhkan waktu untuk proses pembekuan darahnya.

c. Sickle Cell Disease

Sickle Cell Disease (SCD) disebut juga penyakit sel sabit, merupakan penyakit kelainan sel darah merah yang mudah pecah sehingga menyebabkan anemia. Secara statistik penyakit ini lebih banyak ditemukan pada ras Afrika, Timur Tengah Dan beberapa kasus di Asia, terutama India.

3. Ketiga, pemeriksaan penyakit menular

Beberapa penyakit menular bisa terdeteksi melalui pemeriksaan pranikah, di antaranya adalah:

a. HIV, Hepatitis B (HBV) dan Hepatitis C (HCV)

Menurut data WHO, saat ini terdapat 4,1 juta jiwa di dunia yang terinfeksi HIV, di mana 95% diantaranya berada di negara berkembang seperti sub-sahara Afrika dan Asia Tenggara. Berdasarkan data dari Kementrian Kesehatan RI, pada tahun 2012 ditemukan 21.511 penderita HIV, dan jumlah ini jauh lebih banyak dibanding tahun sebelumnya. Untuk penderita Hepatitis B saat ini diperkirakan sebanyak 1,8 milyar manusia di dunia, dengan 350 juta jiwa sudah mengalami infeksi kronis; dan diperkirakan 170 juta jiwa di dunia terinfeksi virus Hepatitis C.

Penyakit HIV, Hepatitis B dan C adalah penyakit yang mengancam jiwa manusia. Infeksi virus ini dapat ditularkan melalui darah, hubungan seksual dan cairan tubuh. Penularan HIV juga bisa melalui transfusi darah dan transplantasi organ tubuh. Sedangkan penularan virus Hepatitis B dan C rentan terjadi pada pemakai obat-obatan terlarang melalui jarum suntik. Pemeriksaan tiga jenis penyakit infeksi ini sangat penting karena virus-virus ini dapat ‘diam’ atau ‘tidur’ dalam jangka waktu yang

lama tanpa menunjukkan gejala apapun. Menikah dengan seseorang yang membawa virus ini berisiko membahayakan pasangan dan juga calon bayi. Jika seorang laki-laki mengidap hepatitis B dan akan menikah, calon istrinya harus memiliki kekebalan terhadap penyakit ini. Caranya adalah dengan mendapatkan imunisasi hepatitis B. Inilah manfaat pemeriksaan kesehatan pranikah.

b. TORCH (Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex Virus)

   Tes TORCH berfungsi untuk menguji adanya infeksi penyakit yang bisa menyebabkan gangguan pada kesuburan laki-laki maupun perempuan. Tubuh yang terinfeksi TORCH dapat mengakibatkan cacat atau gangguan janin dalam kandungan. Infeksi TORCH saat kehamilan dapat menyebabkan keguguran, bayi lahir prematur, atau bahkan kelainan bawaan pada bayi.

c. Venereal Disease Screen (pemeriksaan untuk penyakit syphilis) dan IMS

   Pemeriksaan untuk penyakit syphilis dan penyakit-penyakit lain yang ditularkan melalui hubungan seksual —sexually transmitted infections (STI), infeksi saluran reproduksi (ISR) atau infeksi menular seksual (IMS) selain dapat mendeteksi adanya penyakit tersebut, juga sekaligus bisa melakukan pengobatan sekaligus mengubah gaya hidup menjadi lebih sehat.

   Penyakit seperti chlamydia, gonorrhea, dan HPV atau Human papillomavirus, herpes, penyakit ini semua dapat menimbulkan masalah kesuburan dan masalah saat kehamilan. Jika salah satu calon pengantin atau keduanya menderita ISR/IMS/STI, sebelum menikah ia harus berobat dulu sampai sembuh. Sebuah survei yang dilakukan Durex, mengungkapkan fakta bahwa 21 % masyarakat Indonesia tidak mengetahui apakah pasangan mereka pernah mengidap infeksi menular seksual (IMS) atau tidak. Sekitar 27 % laki-laki tidak mengetahui bahwa pasangan mereka

pernah menderita IMS dan hanya 13 % perempuan yang tidak mengetahui bahwa pasangannya pernah mengidap IMS.

4. Keempat, pemeriksaan yang berhubungan dengan organ reproduksi dan kesuburan

   Pemeriksaan kesehatan yang berhubungan dengan organ reproduksi dan kesuburan ini dilakukan baik untuk laki-laki maupun untuk perempuan.

   a. Untuk perempuan

      Pemeriksaan untuk perempuan meliputi USG, agar diketahui kondisi rahim, saluran telur dan indung telur. Pemeriksaan lebih lanjut seperti HSG (Hysterosalpingogram) untuk mengetahui kondisi tuba falopi dan adakah sumbatan akibat kista, polip endometrium, tumor fibroid, dan lain-lain. Pemeriksaan selanjutnya diperlukan untuk perempuan yang siklus haidnya tidak teratur atau sebaliknya berlebihan. Hormon yang diperiksa misalnya hormon FSH (follicle stimulating hormone), LH (luteinizing hormone) dan Estradiol (hormone estrogen).

   b. Untuk laki-laki

      Selain dilakukan pemeriksaan fisik seperti pemeriksaan penis, skrotum, prostat juga dilakukan pemeriksaan hormon FSH yang berperan dalam proses pembentukan sperma serta kadar hormon testosteron. Dapat dilakukan juga analisis semen dan sperma.

5. Kelima, pemeriksaan tambahan

   Selain berbagai jenis pemeriksaan di atas, diperlukan juga beberapa pemeriksaan dan tindakan kesehatan lainnya, seperti:

   a. Alergi

      Salah satu yang sering terlewatkan adalah alergi. Alergi adalah sistem kekebalan tubuh yang bereaksi di luar normal terhadap beberapa substansi (allergen) yang tidak berbahaya bagi sebagian besar manusia. Kecenderungan seseorang memiliki alergi adalah karena faktor keturunan, walaupun tidak selalu orang tua yang memiliki bakat alergi akan menurunkannya kepada anak-anaknya. Penting untuk membuat daftar hal-hal yang memicu

alergi dari kedua pasangan terutama bila pasangan ada yang pernah mengalami reaksi anafilaksis yang dapat menyebabkan kematian.

b. Vaksinasi Dewasa

Vaksin yang berkaitan langsung dengan kehamilan adalah vaksin hepatitis B, tetanus, MMR (Measles, Mumps, Rubella), varisela (cacar air), influenza, serta vaksin dewasa lainnya sesuai jadwal imunisasi yang dikeluarkan oleh petugas Satgas Imunisasi Dewasa.

6. Keenam, pemeriksaan kesehatan untuk ibu dan calon ibu

Selain pemeriksaan di atas, ada lima pemeriksaan yang juga direkomendasikan untuk dilakukan oleh calon pengantin perempuan karena mereka akan menjadi calon ibu, juga penting dilakukan oleh para ibu yang sudah memiliki anak, yaitu:

a. Pemeriksaan periodontal

Pemeriksaan ini meliputi pembersihan rutin dan pemeriksaan gusi untuk menjaga gigi dan gusi agar tetap sehat dan bebas dari infeksi serta penyakit.Bagian yang diperiksa adalah sambungan antara gusi dan gigi serta kemungkinan adanya peradangan di sekitar gusi.

Hal ini menjadi penting karena perempuan yang memiliki penyakit gusi berisiko 7 kali lipat lebih tinggi melahirkan prematur. Selain itu pada ibu hamil lebih rentan mengalami peradangan gusi akibat adanya perubahan hormon.Karenanya ibu hamil harus lebih sering memeriksakan diri ke dokter yaitu setiap 3-4 bulan sekali, terutama jika sering mengalami gusi berdarah.

b. Pemeriksaan thyroid stimulating hormone (TSH)

Pemeriksaan ini akan menunjukkan apakah kadar hormon tiroid seseorang kurang aktif (hipotiroid) atau justru terlalu aktif (hipertiroid). karena kadar hormon ini bisa memengaruhi kesehatan perempuan. Pemeriksaan ini penting karena gangguan tiroid dapat mengganggu kesempatan seseorang untuk hamil, misalnya perempuan yang mengalami hipotiroid akan terganggu

proses ovulasinya sedangkan hipertiroid bisa meningkatkan risiko keguguran atau kelahiran prematur.

c. Pemeriksaan hitung darah lengkap (complete blood count /CBC)
Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengevaluasi seberapa baik sumsum tulang belakang dan sistem kekebalan tubuh bekerja. Jika sel darah putihnya tinggi, hal ini menunjukkan adanya infeksi. Jika kadar hemoglobin rendah, menunjukkan adanya anemia, dan jika kadar platelet rendah menunjukkan adanya masalah dalam pembekuan darah.
Setelah seorang perempuan memiliki anak, cenderung memiliki periode menstruasi yang berat sehingga membuat seseorang rentan terhadap anemia. Selain itu untuk mengetahui apakah ada gangguan dalam jumlah komponen darahnya.

d. Pap smear
Pap smear, dilakukan untuk mendeteksi perubahan pra kanker atau kanker pada leher rahim. Biasanya dokter akan mengambil sedikit sampel cairan di leher rahim dan memeriksakannya di laboratorium. Pemeriksaan ini penting dilakukan oleh perempuan yang sudah menikah. Deteksi dini bisa mencegah kondisi yang lebih serius seperti kanker leher rahim.

e. Pemeriksaan kepadatan mineral tulang
Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui kepadatan mineral tulang yang dapat memicu osteoporosis. Kondisi ini terjadi saat tulang mulai tipis dan lemah. Untuk memeriksanya biasanya digunakan mesin yang disebut dengan dual energy photon absorptiometry (DEXA). Pemeriksaan ini lebih penting lagi untuk dilakukan bagi perempuan yang memiliki riwayat osteoporosis, atau mengkonsumsi obat tiroid dan steroid.
Masalah bisa bertambah parah saat seorang ibu menyusui. Jika ia tidak mendapatkan kalsium yang cukup, maka tubuh akan mengambilnya dari tulang dan diberikan pada bayi. Karenanya penting untuk mengetahui apakah kepadatan mineral tulangnya masih baik atau sudah berkurang.

8.10.2 Upaya-Upaya Promosi Kesehatan Pada Pasangan Pranikah

Menurut Pratiwi 2011, upaya-upaya promosi kesehatan pada pasangan pranikah sebagai berikut:

1. Upaya promotif
   a. Penyuluhan tentang gizi pada pranikah
      Pasangan pranikah banyak mengesampingkan nutrisi nya dengan alasan sibuk mempersiapkan pernikahannya yang sebenarnya tidak perlu terlalu dipusingkan. Al ini sering terjadi pada wanita yang sibuk dengan program diet nya yang nanti akan berdampak pada psikologisnya.u. untuk itu penyuluhan tentang gizi seimbang sangat diperlukan agar tidak terjadi kekurangan nutrisi
   b. Sex Education
      Hal ini dilakukan untuk memberikan pengetahuan pada pasangan pranikah agar hubungannya tetap harmonis. Karena fakta membuktikan banyak pasangan yang bercerai karena kurangnya pendidikan seks sebelum nikah. Pendidikan seks ini dapat kita lakukan dengan cara penyuluhan seperti pendidikan tentang kesehatan reproduksi, PMS (Penyakit Menular Seksual), cara dan waktu berhubungan yang sehat, dan lain-lain.(Nurasiah, 2016)
   c. Personal Hygiene
      Merupakan salah satu yang menjadi prioritas utama bagi pasangan pranikah. Di mana biasanya pasangan pranikah terutama wanita lebih sering melakukan perawatan yang terdiri dari perawatan payudara, kulit, rambut, kuku, genitalia dll. Tetapi hal ini terkadang tergantung pada budaya masing-masing daerah.
   d. Imunisasi CATIN
      Imunisasi bertujuan untuk mencegah pasangan terutama pada wanita agar tidak terserang oleh virus clostridium tetani, apabila nanti wanita tersebut hamil dan terjadi perlukaan saat persalinan maka si ibu tidak akan mudah mengalami infeksi dan perdarahan postpartum.(Adlina Atifa, 2020)

2. Upaya Preventif
   a. Pemeriksaan papsmear
      Tindakan ini bertujuan untuk mendeteksi ada atau tidaknya seseorang itu terjangkit kanker serviks. Dapat disarankan pada pasangan melakukan pemeriksaan di laboratorium atau ke rumah sakit
   b. Pemeriksaan Hematologi
      Tindakan ini bertujuan untuk mendeteksi ada atau tidak nyaseseorang menderita kelainan darah. Seperti terjangkit HIV, TB, virus rubella ,virus toxoplasma dan sebagainya. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan 6 bulan sebelum pernikahan karna dalam jarak waktu yang cukup akan keluar hasil pemeriksaan dan jika ada kelainan dapat dilakukan penanggulangan permasalahannya.
3. Upaya kuratif
   Pengobatan TORCH dan kanker serviks pada wanita yang akan menikah dengan memberikan pengobatan secara intensif. Menyakinkan pada pasangan kalau terjangkitnya penyakit tersebut bukan berarti tidak dapat menikah dan menjalani hidup sebagai seorang istri Perbaikan nutrisi pada pasangan pra nikah untuk memperbaiki tingkat kesuburan pasangan dan mencegah terjadinya infertilitas.
4. Upaya Rehabilitatif
   Di dalam upaya rehabilitatif promosi kesehatan pra nikah, dapat mengenai perawatan kanker serviks tingkat lanjut. Memberikan perawatan pada wanita yangakan menikah dan telah menjalani pengobatan lanjutan.

Bab 9

Kebidanan Komunitas

9.1 Pendahuluan

Kebidanan komunitas adalah konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas merupakan upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak balita di dalam keluarga dan masyarakat.

Kebidanan komunitas juga memberi perhatian terhadap pengaruh faktor lingkungan meliputi fisik, biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual terhadap kesehatan masyarakat dan memberi prioritas pada strategi pencegahan, peningkatan dan pemeliharaan kesehatan.

Kebidanan komunitas meliputi kelompok-kelompok di masyarakat yaitu balita, remaja, ibu hamil, ibu nifas, dan ibu menyusui. Kebidanan komunitas sendiri bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan ibu, bayi dan balita di wilayah kerjanya. Sehingga peran serta bidan dalam komunitas sangatlah penting khususnya terkait kesehatan.

9.2 Kebidanan Komunitas

9.2.1 Pengertian Kebidanan Komunitas

Kebidanan komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (Susanti & Rika Ruspita, 2022)

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan Konsep adalah kerangka ide yang mengandung suatu pengertian tertentu. Kebidanan berasal dari kata "Bidan". Menurut ICM, IFGO dan WHO 2005, bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan kebidanan yang diakui oleh pemerintah setempat, lulus dari pendidikan tersebut, dan berkualifikasi untuk diregistrasi serta mendapat izin melakukan praktik kebidanan. Menurut Kepmenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002 bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti pendidikan bidan dan lulus sesuai persyaratan yang berlaku. Bidan merupakan tenaga profesional yang bekerja sebagai mitra Perempuan dalam memberikan dukungan dan asuhan kebidanan yang mencakup pencegahan, promosi, deteksi dini komplikasi pada ibu dan anak, serta melaksanakan Tindakan kegawatdaruratan.

WHO mendefinisikan komunitas sebagai suatu kelompok sosial dalam wilayah tertentu yang mempunyai keyakinan, nilai dan budaya serupa yang berinteraksi satu sama lain (Walsh, 2008). Bidan Komunitas *(Community Midwifery)* adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu.

Kebidanan komunitas adalah konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak balita di dalam keluarga dan masyarakat.

9.2.2 Sasaran Kebidanan Komunitas

Sasaran pelayanan kebidanan komunitas adalah individu, keluarga, dan kelompok masyarakat (komunitas). Individu yang dilayani adalah bagian dari keluarga atau komunitas. Menurut UU nomor 23 tahun 1992, yang dimaksud

dengan keluarga adalah suami, istri, anak dan anggota keluarga lainnya. Kelompok di masyarakat adalah kelompok lain, balita, remaja, ibu hamil, ibu nifas, dan ibu menyusui. Pelayanan ini mencakup upaya pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan, penyembuhan, serta pemulihan kesehatan, bidan memandang pasiennya sebagai makhluk sosial yang memiliki budaya tertentu dan dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, politik, sosial budaya, dan lingkungan sekitarnya.

9.2.3 Tujuan Asuhan Kebidanan di Komunitas

Tujuan dari pelayanan kebidanan komunitas adalah meningkatkan kesehatan ibu dan anak balita di dalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat sejahtera dalam komunitas tertentu (Syahlan, 1996).

1. Tujuan umum
   Meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan ibu, bayi dan balita di wilayah kerjanya.
2. Tujuan khusus
   a. Meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan komunitas sesuai tanggung jawab bidan.
   b. Meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil, persalinan, perawatan nifas dan perinatal, dan bayi dan balita.
   c. Menurunkan jumlah kasus-kasus yang berkaitan dengan risiko kehamilan, persalinan, nifas dan perinatal.
   d. Mendukung program pemerintah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu, bayi dan anak.
   e. Membangun jaringan kerja dengan fasilitas rujukan dan tokoh masyarakat setempat atau unsur terkait lainnya

9.2.4 Filosofi Kebidanan Komunitas

Pengertian filosofi secara umum adalah ilmu yang mengkaji tentang akal budi mengenai hakikat yang ada. Filosofi Kebidanan adalah keyakinan atau pandangan hidup bidan yang digunakan sebagai kerangka pikir dalam memberikan asuhan kebidanan.

Menurut KEPMENKES 369/MENKES/SK/II/2007:

1. Keyakinan tentang kehamilan dan persalinan. Hamil dan bersalin merupakan suatu proses alamiah dan bukan penyakit.
2. Keyakinan tentang Perempuan. Setiap perempuan adalah pribadi yang unik mempunyai hak, kebutuhan, keinginan masing-masing. Oleh sebab itu perempuan harus berpartisipasi aktif dalam setiap asuhan yang diterimanya.
3. Keyakinan fungsi Profesi dan manfaatnya. Fungsi utama profesi bidan adalah mengupayakan kesejahteraan ibu & bayinya, proses fisiologis harus dihargai, didukung dan dipertahankan. Bila timbul penyulit, dapat menggunakan teknologi tepat guna dan rujukan yang efektif, untuk memastikan kesejahteraan perempuan & janin/bayinya.
4. Keyakinan tentang pemberdayaan perempuan dan membuat keputusan. Perempuan harus diberdayakan untuk mengambil keputusan tentang kesehatan diri dan keluarganya melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) dan konseling. Pengambilan keputusan merupakan tanggung jawab bersama antara perempuan, keluarga & pemberi asuhan.
5. Keyakinan tentang tujuan Asuhan. Tujuan utama asuhan kebidanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (mengurangi kesakitan dan kematian). Asuhan kebidanan berfokus pada pencegahan, promosi kesehatan yang bersifat holistik, diberikan dengan cara yang kreatif & fleksibel, suportif, peduli; bimbingan, monitor dan pendidikan berpusat pada perempuan; asuhan berkesinambungan, sesuai keinginan & tidak otoriter serta menghormati pilihan perempuan
6. Keyakinan tentang Kolaborasi dan Kemitraan. Praktik kebidanan dilakukan dengan menempatkan perempuan sebagai partner dengan pemahaman holistik terhadap perempuan, sebagai satu kesatuan fisik, psikis, emosional, sosial, budaya, spiritual serta pengalaman reproduksinya. Bidan memiliki otonomi penuh dalam praktiknya yang berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.
7. Sebagai Profesi bidan mempunyai pandangan hidup Pancasila, seorang bidan menganut filosofis yang mempunyai keyakinan di

dalam dirinya bahwa semua manusia adalah mahkluk bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual yang unik merupakan satu kesatuan jasmani dan rohani yang utuh dan tidak ada individu yang sama.

8. Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan dan perbedaan kebudayaan. Setiap individu berhak menentukan nasib sendiri dan mendapatkan informasi yang cukup dan untuk berperan di segala aspek pemeliharaan kesehatannya.
9. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan dan bayinya berhak mendapat pelayanan berkualitas.
10. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga, yang membutuhkan persiapan sampai anak menginjak masa-masa remaja. Keluarga-keluarga yang berada di suatu wilayah/daerah membentuk masyarakat kumpulan dan masyarakat Indonesia terhimpun di dalam satu kesatuan bangsa Indonesia. Manusia terbentuk karena adanya interaksi antara manusia dan budaya dalam lingkungan yang bersifat dinamis mempunyai tujuan dan nilai-nilai yang terorganisir. Beberapa keyakinan yang mendasari praktek kebidanan komunitas:
    a. Pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia dapat dijangkau dan dapat diterima semua orang.
    b. Penyusunan kebijakan seharusnya melibatkan penerimaan pelayanan dalam hal ini komunitas.
    c. Bidan sebagai pemberi pelayanan dan klien sebagai penerima perlu menjalin kerjasama yang baik.
    d. Kesehatan merupakan tanggung jawab setiap orang. Falsafah kebidanan komunitas:
        - Manusia
        - Kesehatan
        - Lingkungan
        - Kebidanan

9.2.5 Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan Komunitas

1. Pelayanan kebidanan berfokus pada upaya preventif, promotif, pertolongan persalinan, deteksi komplikasi, pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan dalam melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.
2. Melaksanakan konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada wanita, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini mencakup pendidikan antenatal, persiapan menjadi orang tua, serta dapat meluas sampai kesehatan wanita, kesehatan reproduksi dan asuhan anak.
3. Bidan dapat praktek di berbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, rumah sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

9.2.6 Peran Bidan di Komunitas

Berikut ini adalah peran bidan di komunitas sebagai berikut:

1. Pemberi pelayanan kesehatan (provider).
   Memberi pelayanan kebidanan secara langsung dan tidak langsung kepada klien (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) dengan menggunakan asuhan kebidanan.
2. Pendidik.
   Memberi pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga yang berisiko tinggi, kader kesehatan, dan lain-lain.
3. Pengelola.
   Mengelola (merencanakan, mengorganisasi, menggerakkan, dan mengevaluasi) pelayanan kebidanan, baik secara langsung maupun tidak langsung dan menggunakan peran aktif masyarakat dalam kegiatan komunitas.
4. Konselor.
   Memberi konseling / bimbingan kepada kader, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan komunitas sesuai prioritas.

5. Pembela klein (advokat).
   Peran bidan sebagai penasehat telah didefinisikan oleh Kohnke (1980) adalah kegiatan memberi informasi dan sokongan kepada seseorang sehingga mampu membuat keputusan yang terbaik dan memungkinkan bagi dirinya. Sokongan dapat berupa dorongan secara verbal atau keterlibatan berdiskusi dengan petugas kesehatan lain, instansi atau anggota keluarga dalam melindungi dan memfasilitasi keluarga dan masyarakat dalam pelayanan kebidanan komunitas.
6. Kolaborator / koordinator.
   Kolaborasi dengan disiplin ilmu lain, baik pintas-program maupun sektoral.
7. Perencana.
   Peranan bidan di komunitas sebagai perencanaan, yaitu dalam bentuk perencanaan pelayanan kebidanan individu dan keluarga serta berpartisipasi dalam perencanaan program di masyarakat luas untuk suatu kebutuhan tertentu yang ada kaitannya dengan kesehatan.
8. Peneliti.
   Melakukan penelitian untuk mengembangkan kebidanan komunitas.

9.2.7 Tanggung Jawab Bidan di Komunitas

Tanggung jawab bidan pada pelayanan kebidanan komunitas meliputi kemampuan memberikan penyuluhan dan pelayanan individu, keluarga dan masyarakat. Bidan harus mampu bertindak secara profesional dalam bentuk:

1. Mampu memisahkan nilai-nilai dan keyakinan pribadi dengan tugas kemanusiaan sebagai bidan, dan
2. Mampu bersikap non judgemental (tidak menghakimi), non dikcriminative (tidak membeda-bedakan), dan memenuhi standar prosedur kepada semua klien.

Tanggung jawab bidan di komunitas:

1. Memberi penyuluhan dan pelayanan dalam konteks individu, keluarga dan masyarakat.

2. Menilai tradisi yang baik dan membudidayakannya, yaitu budaya yang sensitif dan gender dan hak asasi manusia (HAM), nilai-nilai masyarakat yang adil dan hukum serta norma yang tidak melanggar hak asasi manusia.
3. Menjaga pengetahuannya tetap up to date, berusaha secara terus menerus mengembangkan pengetahuan, keterampilan dan kemahiran.
4. Bertindak profesional yaitu mampu memisahkan nilai-nilai keyakinan pribadi dengan tugas kemanusiaan sebagai bidan.
5. Menerima tanggung jawab untuk mengambil keputusan serta konsekuensi dari suatu keputusan.
6. Berkomunikasi dan bekerja sama dengan pekerja kesehatan profesional lainnya (perawat, dokter dan lain-lain) dengan rasa hormat dan martabat.
7. Memelihara kerja sama yang baik dengan staf kesehatan dan Rumah Sakit pendukung untuk memastikan sistem rujukan yang optimal.
8. Melakukan pemantauan mutu yang mencangkup penilaian sejawat, pendidikan berkesinambungan, mengkaji ulang kasus-kasus, dan Audit Maternal Perinatal (AMP).
9. Bekerja sama dengan masyarakat setempat untuk meningkatkan akses dan mutu asuhan kesehatan. Menjadi bagian dari upaya untuk meningkatkan status kesehatan Perempuan dan kondisi hidup mereka serta menghilangkan praktik kultur yang terbukti merugikan perempuan.

9.2.8 Unsur-unsur Kebidanan Komunitas

Unsur- unsur kebidanan komunitas meliputi:

1. Bidan

   Sampai saat ini belum ada pendidikan khusus untuk menghasilkan tenaga bidan yang bekerja di komunitas, yang ada hanya menghasilkan bidan yang mampu bekerja di desa, sebagai tenaga kesehatan bidan yang membantu keluarga dan masyarakat.

2. Pelayanan Kebidanan

   Hubungan interaksi antara bidan dengan kliennya dilakukan melalui pelayanan kebidanan. Pelayanan kebidanan adalah segala aktivitas yang dilakukan bidan untuk menyelamatkan klien dari gangguan kesehatan.

   Tujuan pelayanan di komunitas untuk meningkatkan kesehatan ibu, anak balita di dalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat dan sejahtera di komunitas.

   Pelayanan kebidanan komunitas juga merupakan bagian atau kelanjutan dari pelayanan kesehatan yang diberikan di Rumah Sakit.

   Pelayanan kebidanan komunitas mencakup upaya pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, penyembuhan serta pemulihan.

   Kegiatan pelayanan kebidanan komunitas bisa dilakukan di puskesmas, polindes, posyandu, praktik mandiri bidan atau dirumah klien. Kegiatan pelayanan meliputi:

   a. Penyuluhan atau pendidikan kesehatan.
   b. Pemeliharaan kesehatan ibu dan anak
   c. Pengobatan sederhana bagi ibu dan balita.
   d. Perbaikan gizi keluarga.
   e. Imunisasi ibu dan anak.
   f. Pertolongan persalinan di rumah.
   g. Pelayanan KB.

3. Sasaran pelayanan kebidanan komunitas

   Sasaran kebidanan komunitas adalah individu, keluarga, dan kelompok masyarakat.

4. Lingkungan

   Lingkungan mencakup lingkungan fisik, sosial berkaitan dengan adat dan budaya di masyarakat serta flora dan fauna berkaitan dengan penghijauan, pemanfaatan pekarangan dengan tanaman yang bergizi.

5. Ilmu pengetahuan serta teknologi (IPTEK)
   Pelayanan kebidanan komunitas menggunakan IPTEK sesuai dengan tuntutan masyarakat. Bidan harus mengembangkan kemampuannya agar tidak ketinggalan terhadap kemajuan IPTEK dibidang kesehatan.

9.2.9 Masalah Kebidanan di Komunitas

1. Kematian Ibu dan Bayi
   Sejak kehamilan pertama manusia, mereka mengarahkan diri pada keterampilan menolong persalinan. Di Indonesia dikenal penolong persalinan paraji atau dukun beranak. Salah satu bentuk kepedulian dunia tentang tingginya angka kematian ibu di seluruh dunia melalui WHO dan UNICEF (1978) melaksanakan pertemuan dan mencanangkan *primary health care dan health for all be the years* 2000. Diperkirakan terjadi kematian di negara berkembang.
   Menurut WHO (2019), angka kematian ibu menjadi salah satu target global Sustainable Development Goals (SDGs) yang masuk dalam perhatian utama dengan harapan angka kematian ibu menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Sedangkan jumlah kematian ibu di dunia menjadi 303.000 kasus. Jumlah kematian ibu dalam data ASEAN sebesar 235 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan jumlah menurut Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2019 sebanyak 4.221 kasus dan 4.627 pada tahun 2020 (Kemenkes, 2022).
   Sebagian besar kematian maternal masih dapat dihindari jika pertolongan pertama dapat dilakukan dengan memuaskan. Kematian maternal disebabkan oleh faktor penyebab langsung dan faktor penyebab tidak langsung.
   Beberapa faktor penyebab langsung kematian ibu di Indonesia antara lain:
   a. Perdarahan
   b. Eklamsia
   c. Infeksi

Sedangkan faktor penyebab tidak langsung kematian ibu karena terlambat dan terlalu terkait dengan:

a. Faktor kemudahan akses
b. Faktor sosial budaya
c. Faktor pendidikan
d. Faktor ekonomi

Berdasarkan data Sampling Registration System (SRS) tahun 2018, sekitar 76% kematian ibu terjadi di fase persalinan dan pasca persalinan dengan proporsi 24% terjadi saat hamil, 36% saat persalinan dan 40% pasca persalinan; yang mana lebih dari 62% Kematian Ibu dan Bayi terjadi di rumah sakit. Artinya akses masyarakat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan sudah cukup baik.

Tingginya kematian ini disebabkan oleh berbagai faktor risiko yang terjadi mulai dari fase sebelum hamil yaitu kondisi wanita usia subur yang anemia, kurang energi kalori, obesitas, mempunyai penyakit penyerta seperti tuberculosis dan lain-lain. Pada saat hamil ibu juga mengalami berbagai penyakit seperti hipertensi, perdarahan, anemia, diabetes, infeksi, penyakit jantung dan lain-lain. "Kesulitan ini disebabkan kondisi saat hamil, jadi saat hamil misalnya ibu hamil menderita anemia, mengalami kurang gizi, mengalami penyakit tekanan darah tinggi saat hamil. Inilah yang menyebabkan tingginya angka kematian ibu," kata Prof. Kadir dalam Temu Media *World Patient Safety Day* Tahun 2021.

2. Kehamilan Remaja

Masa remaja merupakan masa peralihan masa transisi masa pancaroba yang penuh gejolak yaitu masa kanak-kanak menuju masa dewasa mandiri, kehamilan bisa jadi dambaan tetapi mungkin juga dianggap malapetaka apabila kehamilan itu sendiri tidak belum diinginkan (Ambarawati 2011). Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada remaja, merupakan akibat perilaku seksual baik disengaja (sudah menikah) maupun tidak disengaja (belum menikah). Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada usianya relatif

muda yaitu usia kurang dari 20 tahun; kurangnya pengetahuan tentang waktu yang aman untuk melakukan hubungan seksual mengakibatkan terjadi kehamilan remaja yang sebagian besar tidak dikehendaki. Kehamilan telah menimbulkan posisi remaja dalam situasi yang serba salah dan memberikan tekanan batin atau stres yang disebabkan oleh beberapa faktor (Rohan dan Siyoto, 2013).

Faktor penyebab kehamilan usia dini pada remaja menurut Mutanana dan Mutara (2015) antara lain yaitu latar belakang sosial ekonomi yang buruk karena beberapa anak terkena aktivitas seksual karena orangtua atau wali gagal merawat mereka; pengaruh teman sebaya dalam beberapa anak dipengaruhi oleh teman-teman sesama; beberapa yang mungkin dari lawan jenis; pendidikan seks karena mayoritas anak-anak tidak menerima pendidikan tentang seks; harga diri yang rendah di antara anak-anak juga membuat mereka melakukan hubungan seksual yang mengarah ke awal pernikahan; tingkat pendidikan yang rendah terutama tingkat pendidikan ibu yang gagal berperan dalam mengasuh anak-anak mereka.

Upaya pencegahan kehamilan remaja yaitu pencegahan primer: pencegahan primer tidak terbatas pada mengajarkan kaum muda tentang seksualitas; selain itu masyarakat harus membahas ketidakadilan dalam memberi kesempatan yang menempatkan wanita dan etnik minoritas dalam kondisi di mana mereka berisiko lebih besar untuk menjadi korban masalah sosial seperti kehamilan remaja. Adapun pencegahan sekunder: pencegahan sekunder harus mencakup pelayanan kontrasepsi bagi remaja yang aktif kegiatan seksual; pencegahan tersier: pencegahan tersier harus mencakup kemudahan untuk memperoleh perawatan perinatal keluarga berencana dan perawatan lebih lanjut untuk bayi dan anak-anak para remaja.

Dalam Suryani (2009) kesiapan seorang perempuan untuk hamil dan melarikan atau mempunyai hak anak ditentukan oleh kesiapan dalam tiga hal yaitu kesiapan fisik kesiapan mental emosi dan psikis kesiapan sosial ekonomi.

3. Unsafe Abortion

Banyak efek negatif dari kehamilan remaja diantaranya penyakit fisik seperti anemia, kesulitan bersalin karena tulang panggul belum sempurna, persalinan prematur, kematian janin dalam kandungan, BBLR, dan sebagainya. Di bidang sosial remaja akan gagal menikmati masa remajanya dan akan menerima sikap ungkapan negatif karena dianggap memalukan, yang dapat menimbulkan sikap penolakan remaja terhadap bayi yang dikandungnya. Kehamilan remaja dapat menimbulkan berbagai konsekuensi psikososial seperti putus sekolah, rasa rendah diri, kawin muda dan perceraian dini.

Yang dimaksud dengan aborsi tidak aman atau unsafe abortion adalah pengertian kehamilan dilakukan oleh orang yang tidak terlatih atau kompeten dan menggunakan sarana yang tidak memadai sehingga menimbulkan banyak komplikasi bahkan kematian; banyaknya kematian akibat aborsi yang tidak aman tentu sangat memprihatinkan. Hal ini diakibatkan kurangnya kesadaran perempuan dan masyarakat tentang hak atas pelayanan kesehatan; disamping itu aborsi juga berdampak pada kondisi psikologis perasaan sedih karena kehilangan bayi, beban batin akibat timbulnya perasaan bersalah, dan penyesalan yang dapat mengakibatkan depresi (Suriani, 2009). Unsafe abortion adalah upaya terminasi kehamilan muda di mana pelaksanaan tindakan tersebut tidak dilakukan oleh orang yang memiliki cukup keahlian dan mengerti prosedur standar yang aman sehingga dapat membahayakan kesehatan jiwa pasien. Untuk para pelaku abortus yang tidak profesional upaya yang dilakukan antara lain adalah memasukkan cairan ke dalam uterus. Cairan yang digunakan bervariasi mulai dari air sabun sampai desinfektan rumah tangga yang dimasukkan melalui semprotan ataupun alat suntik, sediaan jamu dan obat-obatan per oral; per oral juga sering digunakan berbagai jamur dan obat yang diduga bersifat abortif, dapat ditemukan di pasaran bebas di beberapa negara berkembang. Di Banglades, obat-obat tersebut kemungkinan mengandung kina dan air raksa (Erica, 1994).

Ciri-ciri unsafe abortion dilakukan oleh tenaga medis atau non medis kurangnya pengetahuan baik pelaku maupun tenaga pelaksana, kurangnya fasilitas dan sarana, status illegal, adapun alasan wanita tidak menginginkan kehamilannya yaitu banyak alasan mengapa wanita tidak menginginkan kehamilannya, antara lain alasan kesehatan di mana ibu tidak cukup sehat atau untuk hamil alasan psikososial di mana ibu tidak ingin punya anak lagi. Kehamilan di luar nikah masalah ekonomi, masalah sosial, kehamilan yang terjadi akibat perkosaan, kegagalan pemakaian alat kontrasepsi, dampak dari perang Uni Soviet yaitu dampak sosial ekonomi dampak kesehatan.

4. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

   Kriteria BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, diperkirakan kejadian BBLR di Indonesia berkisar 14 sampai 17% dari seluruh kelahiran. Penetapan angka tersebut berkaitan dengan pertumbuhan janin yang sesuai dengan usia kehamilan yang normal; umumnya bayi yang normal sendiri berkisar antara 38 sampai 42 Minggu BBLR bisa dibagi menjadi bayi berat lahir sangat rendah atau BBLSR yaitu dengan berat lahir 1000 sampai 1500 gr dan bayi berat lahir amat sangat rendah BBLSR yaitu dengan berat kurang dari 1000 gram.

   Secara umum BBLR berhubungan dengan usia kehamilan yang belum cukup bulan, atau prematur disamping itu juga disebabkan dismaturitas; artinya bayi lahir cukup bulan usia kehamilan 38 minggu tapi berat badannya lahir kecil ketimbang masa kehamilannya, yaitu tidak mencapai 2500 gram.

   Biasanya hal ini terjadi karena adanya gangguan pertumbuhan bayi sewaktu dalam kandungan yang disebabkan oleh penyakit ibu seperti adanya kelainan plasenta, infeksi ibu kurang gizi, kurang darah, sering sakit, merokok, bekerja keras, hipertensi dan keadaan lainnya yang menyebabkan suplai makanan ke bayi berkurang (Wahyuni, dkk., 2020). Faktor-faktor yang dapat menyebabkan BBLR, salah satunya faktor ibu, contohnya penyakit, umur ibu dan keadaan sosial

ekonomi atau sebab lainnya, seperti ibu perokok, ibu peminum alkohol dan ibu pecandu narkotika.

Adapun faktor janin, faktor janin yaitu hidramnion, kehamilan ganda dan kelainan kromosom dan faktor lingkungan yaitu tempat tinggal di dataran tinggi, radiasi dan zat racun. Saifudin (2021) menjelaskan bayi berat lahir rendah atau BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gr sampai dengan 2499 gr.

Menurut Depkes RI (1996), Bayi Berat Lahir Rendah adalah bayi yang lahir dengan berat 2500 gr atau kurang, tanpa memperhatikan usia kehamilannya.

5. Perilaku dan Sosial Budaya Yang Berpengaruh Pada Pelayanan Kebidanan Komunitas

   Dalam pelayanan kebidanan komunitas perilaku dan sosial budaya masyarakat sangat penting diperhatikan, mulai dari kehamilan sampai pada kelahiran bayi. Ada tradisi berupa upacara-upacara yang dilakukan untuk mengupayakan keselamatan bagi janin dalam prosesnya hingga akhir; selain itu adanya pantangan makan pedas asin dan ikan. Ibu nifas tidak boleh keluar rumah selama 40 hari. Adanya perilaku dan sosial budaya yang tidak menguntungkan bagi masyarakat, maka peran bidan di komunitas sangat diharapkan (Pusdiastuti, 2011). Peran bidan tersebut antara lain komunikasi informasi dan edukasi positif KIE tentang menjaga kehamilan, gizi ibu hamil, batasi aktivitas fisik, memberikan pendidikan perawatan bayi baru lahir yang benar dan tepat, memberikan penyuluhan pentingnya pemenuhan gizi selama masa pasca persalinan, bayi dan balita.

   Adapun peran bidan dalam mencegah unsafe abortion yaitu dalam pendidikan keagamaan, penyuluhan tentang aborsi, dan bahayanya pendidikan seks dini, bekerja sama dengan tokoh agama dalam pendidikan keagamaan dan penyuluhan tentang aborsi dan bahayanya. Pelayanan kebidanan adalah segala aktivitas yang dilakukan oleh bidan untuk menyelamatkan pasiennya dari gangguan kesehatan. Titik pelayanan ini merupakan rangkaian kegiatan yang

dilaksanakan secara sistematis, terencana, dan terarah dengan partisipasi aktif individu, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan untuk memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi dan budaya setempat.

6. Kesuburan Wanita

   Kesuburan seorang wanita diukur dengan banyaknya anak yang dilahirkan pada waktu usia produktif. Untuk mengetahui tingkat kesuburan wanita dengan melihat perbandingan atau rasio anak balita dengan wanita child women Rate (CWR). CWR merupakan rata-rata banyaknya anak di bawah usia 5 tahun dibagi 1000 wanita usia subur. Semakin tinggi indeks rasio anak dengan wanita usia subur maka semakin banyak usia produktif yang subur.

   Total Fertility Rate (TFR) atau angka kesuburan umum adalah jumlah lahir hidup per tahun dibagi dengan jumlah wanita usia subur pertengahan dalam persen/permil (Pulungan, 2020).

   Fertilisasi adalah kemampuan seorang istri untuk menjadi hamil dan melahirkan anak hidup oleh suami yang mampu menghamilinya. Jadi, fertilitas adalah fungsi-fungsi satu pasangan yang sanggup menjadikan kehamilan dan kelahiran anak hidup. Adapun masalah-masalah infertilitas meliputi masalah air mani, masalah vagina, masalah serviks, masalah uterus, masalah tuba, masalah ovarium. Perubahan perilaku seksual remaja menuju liberalisasi tanpa batas akan makin meningkatkan kejadian penyakit hubungan seks; penyakit hubungan seks tanpa pengobatan yang tuntas dapat menyebabkan infeksi radang panggul dan mengenai genitalia bagian atas. Penyakit infeksi radang panggul tanpa pengobatan adekuat dapat berlangsung akut dan besar kemungkinan memerlukan tindakan radikal untuk mengangkat sumber infeksinya. Sebagian berlangsung secara menahun dengan menimbulkan kerusakan fungsi utamanya, yaitu prokreasi. Titik kejadian atau infeksi pertama penyakit radang panggul dapat menyebabkan perlekatan yang berat sehingga dapat terjadi gangguan fungsi tuba Fallopi sebagai tempat transportasi

ovum spermatozoa dan hasil konstitusi. Tertutupnya sebagian tubuh fallopi. Upaya promotif dan preventif kesehatan alat reproduksi khususnya para remaja menjadi sangat penting untuk mengurangi jumlah pasangan infertilitas kritis. Pengobatan pasca abortus pasca partum dan penyakit hubungan seksual merupakan kunci utama sehingga pasangan fertilitas dapat ditekan sekecil mungkin. Perlu diingat bahwa pemakaian AKDR atau alat kontrasepsi dalam rahim pada mereka yang belum mempunyai anak atau baru menikah sebaiknya dihindari karena besar kemungkinan terjadi infeksi yang berakhir dengan kerusakan alat genitalia internal khususnya tuba fallopi.

Bab 10

Etika Profesi Kebidanan

10.1 Etika Profesi Kebidanan dan Moralitas Dalam Pelayanan Kebidanan

Pengertian Etika dan Etika Profesi, kata etika berasal dari kata ethos (bahasa Yunani) yang berarti karakter, watak kesusilaan atau adat. Sebagai suatu subjek, etika akan berkaitan dengan konsep yang dimiliki oleh individu ataupun kelompok untuk menilai apakah tindakan-tindakan yang telah dikerjakannya itu salah atau benar, buruk atau baik. Menurut Martin (1993) etika didefinisikan sebagai "*the discipline wich can act as the performance index or reference for our control system*".

Etika adalah refleksi dari apa yang disebut dengan "self control", karena segala sesuatunya dibuat dan diterapkan dari dan untuk kepentingan kelompok sosial (profesi) itu sendiri.

1. Kehadiran organisasi profesi dengan perangkat "*built-in mechanism*" berupa kode etika profesi dalam hal ini jelas akan diperlukan untuk menjaga martabat serta kehormatan profesi, dan di sisi lain

melindungi masyarakat dari segala bentuk penyimpangan maupun penyalahgunaan keahlian (Wignjosoebroto, 1999).

2. Sebuah profesi hanya dapat memperoleh kepercayaan dari masyarakat, bilamana dalam diri para elit profesional tersebut ada kesadaran kuat untuk mengindahkan etika profesi pada saat mereka ingin memberikan jasa keahlian profesi kepada masyarakat yang memerlukannya.

Peranan Etika dan Moral dalam Pelayanan Kebidanan

Etika dalam pelayanan kebidanan merupakan isu utama di berbagai tempat, di mana sering terjadi karena kurang pemahaman para praktisi pelayanan kebidanan terhadap etika.

Bidan sebagai pemberi pelayanan harus menjamin pelayanan yang profesional dan akuntabilitas serta aspek legal dalam pelayanan kebidanan. Sehingga disini berbagai dimensi etik dan bagaimana pendekatan tentang etika merupakan hal yang penting untuk digali dan dipahami. Moralitas merupakan suatu gambaran manusiawi yang menyeluruh, moralitas hanya terdapat pada manusia serta tidak terdapat pada makhluk lain selain manusia.

10.2 Etika Profesi Bidan

Bidan merupakan bentuk profesi yang erat kaitannya dengan etika karena lingkup kegiatan bidan sangat berhubungan erat dengan masyarakat. Karena itu, selain mempunyai pengetahuan dan keterampilan, agar dapat diterima di masyarakat, bidan juga harus memiliki etika yang baik sebagai pedoman bersikap / bertindak dalam memberikan suatu pelayanan khususnya pelayanan kebidanan

1. Profesi

   Profesi adalah pekerjaan yang membutuhkan pelatihan dan penguasaan terhadap suatu pengetahuan khusus. Suatu profesi biasanya memiliki asosiasi profesi, kode etik, serta proses sertifikasi dan lisensi yang khusus untuk bidang profesi tersebut. Pekerjaan tidak sama dengan profesi. Seseorang yang menekuni suatu profesi

tertentu disebut professional, sedangkan professional sendiri mempunyai makna yang mengacu kepada sebutan orang yang menyandang suatu profesi dan sebutan tentang penampilan seseorang dalam mewujudkan unjuk kerja sesuai dengan profesinya.

2. Profesional

   Perilaku profesional yang diharapkan masyarakat diantaranya:

   a. Bertindak sesuai dengan keahlian dan didukung oleh pengetahuan serta pengalaman dan keterampilan yang tinggi
   b. Bermoral tinggi
   c. Berlaku jujur, baik pada orang lain maupun diri sendiri
   d. Tidak melakukan tindakan yang coba-coba yang tidak didukung ilmu pengetahuan profesinya
   e. Tidak memberikan janji yang berlebihan
   f. Tidak melakukan tindakan yang semata-mata didorong oleh pertimbangan komersial
   g. Memegang teguh etika profesi
   h. Mengenal batas-batas pengetahuan
   i. Menyadari dan mengenal ketentuan hukum yang membatasi gerak-gerik dan kewenangannya.

   Bidan sebagai tenaga profesional haruslah memiliki komitmen yang tinggi untuk:

   a. Memberikan asuhan berkualitas sesuai dengan standar etis (etika profesi)
   b. Pengetahuan tentang perilaku etis dimulai dari pendidikan, berlanjut diskusi formal dan informal dengan sejawat
   c. Pada puncaknya mampu mengambil keputusan yang etis untuk memecahkan masalah etika
   d. Menggunakan 2 pendekatan dalam pengambilan keputusan etis yaitu berdasarkan prinsip dan berdasarkan asuhan kebidanan (Beauchamp Childress, 1994)

Menurut Beauchamp Childress, menyatakan ada 4 (empat) pendekatan prinsip dalam etika kesehatan:

a. Tindakan diarahkan sebagai penghargaan terhadap kapasitas otonom setiap orang
b. Menghindarkan berbuat suatu kesalahan
c. Murah hati memberikan sesuatu yang bermanfaat dengan segala konsekuensinya
d. Keadilan dan keberanian menjelaskan manfaat dan risiko yang dihadapi

Ketidakpuasan dalam pendekatan berdasar prinsip memunculkan konflik serta dilema etis yang mengarahkan bidan pada pendekatan berdasar asuhan yaitu sebagai berikut:

a. Berpusat pada hubungan interpersonal dalam asuhan
b. Meningkatkan penghormatan martabat klien
c. Mendengarkan dan menganalisis saran sejawat sebagai tanggung jawab profesional
d. Mengingat kembali arti tanggung jawab moral, kebaikan, kepedulian, empati, perasaan kasih sayang serta menerima kenyataan (Taylor,1993)

Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan haruslah profesional, dikatakan profesional apabila memiliki ciri-ciri berikut ini ;

a. Memiliki keterampilan yang tinggi dalam suatu bidang serta kemahiran dalam menggunakan peralatan tertentu yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas yang bersangkutan dengan bidang tadi
b. Memiliki ilmu dan pengalaman serta kecerdasan dalam menganalisis suatu masalah dan peka dalam membaca situasi cepat dan tepat serta cermat dalam mengambil keputusan terbaik atas dasar kepekaan
c. Memiliki sikap berorientasi ke depan sehingga punya kemampuan mengantisipasi perkembangan lingkungan yang terbentang di hadapannya

d. Memiliki sikap mandiri berdasarkan keyakinan akan kemampuan pribadi serta terbuka menyimak dan menghargai pendapat orang lain, namun cermat dalam memilih yang terbaik bagi diri dan perkembangan pribadinya.

3. Etika Profesi

Etika profesi menurut Keiser dalam (Suhrawardi Lubis, 1994:6-7) adalah sikap hidup berupa keadilan untuk memberikan pelayanan profesional terhadap masyarakat dengan penuh ketertiban dan keahlian sebagai pelayanan dalam rangka melaksanakan tugas berupa kewajiban terhadap masyarakat..

Berikut merupakan prinsip Etika Profesi:

a. Tanggung Jawab
b. Keadilan
c. Otonomi

4. Etika Pelayanan Kebidanan

Dalam pemberian pelayanan kebidanan, bidan haruslah berlandaskan pada fungsi dan moralitas pelayanan kebidanan yang meliputi:

a. Menjaga otonomi dari setiap individu khususnya bidan dan klien Konsep Kebidanan dan Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan
b. Menjaga kita untuk melakukan tindakan kebaikan dan mencegah tindakan yang merugikan atau membahayakan orang lain
c. Menjaga privacy setiap individu
d. Mengatur manusia untuk berbuat adil dan bijaksana sesuai dengan porsinya
e. Dengan etik kita mengetahui apakah suatu tindakan itu dapat diterima dan apa alasannya
f. Mengarahkan pola pikir seseorang dalam bertindak atau dalam menganalisis suatu masalah
g. Menghasilkan tindakan yang benar
h. Mendapatkan informasi tentang hal yang sebenarnya
i. Memberikan petunjuk terhadap tingkah laku / perilaku manusia antara baik, buruk, benar atau salah sesuai dengan moral yang berlaku pada umumnya

j. Berhubungan dengan pengaturan hal-hal yang bersifat abstrak
k. Memfasilitasi proses pemecahan masalah etik
l. Mengatur hal-hal yang bersifat praktik
m. Mengatur tata cara pergaulan baik di dalam tata tertib masyarakat maupun tata cara di dalam organisasi profesi
n. Mengatur sikap, tindak tanduk orang dalam menjalankan tugas profesinya yang biasa disebut kode etik profesi.

5. Pelaksanaan Etika Dalam Pelayanan Kebidanan
   Bidan dalam melaksanakan pelayanan kebidanan menggunakan prinsip sebagai berikut Prinsip kerja bidan adalah:
   a. Kompeten dalam pelayanan kebidanan
   b. Praktik berdasarkan fakta / evidance based
   c. Pengambilan keputusan yang bertanggung jawab
   d. Pemakaian teknologi secara etis
   e. Memahami perbedaan budaya dan etnik
   f. Memberdayakan / mengajarkan untuk promosi, informed choice dan ikut serta dalam pengambilan keputusan
   g. Sabar tapi rational, advokasi
   h. Bersahabat dengan perempuan, keluarga dan masyarakat

10.3 Kode Etik Bidan

Kode etik bidan perlu dipahami dan dimengerti oleh bidan. Kode etik bidan menunjukkan hubungan bidan dengan klien, praktik kebidanan, tanggung jawab profesi, peningkatan pengetahuan dan keterampilan bidan.

1. Pengertian Kode Etik
   Pengertian kode etik adalah norma – norma yang harus diindahkan oleh setiap profesi dalam melaksanakan tugas profesinya dan dalam hidupnya di masyarakat. Kode etik juga diartikan sebagai suatu ciri profesi yang bersumber dari nilai – nilai internal dan eksternal suatu disiplin ilmu dan merupakan pengetahuan komprehensif suatu profesi

yang memberikan tuntunan bagi anggota dalam melaksanakan pengabdian profesi. Umumnya kode etik ditetapkan oleh profesi sendiri dalam suatu kongres. Kode etik harus menjadi self regulation dari profesi. Agar kode etik berhasil dengan baik, maka pelaksanaannya sebaiknya diawasi dan dikontrol.

2. Tujuan Kode Etik

   Secara umum tujuan merumuskan kode etik adalah untuk kepentingan anggota dan organisasi, meliputi:

   a. Untuk menjunjung tinggi martabat dan citra profesi.
   b. Untuk menjaga dan memelihara kesejahteraan para anggota
   c. Untuk meningkatkan pengabdian para anggota profesi
   d. Untuk meningkatkan mutu profesi

3. Kode Etik Bidan Indonesia

   Kode etik profesi bidan merupakan suatu ciri profesi bidan yang bersumber dari nilai – nilai internal dan eksternal suatu disiplin ilmu dan merupakan pernyataan komprehensif profesi bidan yang memberikan tuntunan bagi anggota dalam melaksanakan pengabdian profesi. Kode etik profesi bidan juga merupakan suatu pedoman dalam tata cara dan keselarasan dalam pelaksanaan pelayanan profesional bidan.

   Kode etik bidan Indonesia pertama kali disusun tahun 1986 dan disahkan dalam Kongres Nasional Ikatan Bidan Indonesia (IBI) X tahun 1988, dan petunjuk pelaksanaannya disahkan dalam Rapat Kerja Nasional (Rakernas) IBI tahun 1991. Kode etik bidan Indonesia terdiri atas 7 (tujuh) bab, yang dibedakan atas tujuh bagian:

   a. Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat (6 butir)
   b. Kewajiban bidan terhadap tugasnya (3 butir)
   c. Kewajiban bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya (2 butir)
   d. Kewajiban bidan terhadap profesinya (3 butir)
   e. Kewajiban bidan terhadap diri sendiri (2 butir)
   f. Kewajiban bidan terhadap pemerintah, nusa bangsa dan tanah air (2 butir)

g. Penutup (1 butir)

10.4 Aspek Hukum Dalam Praktik Kebidanan

Seorang bidan harus mengenali beberapa konflik dan isu yang berkembang di masyarakat serta mulai memberdayakan klien dalam pengambilan keputusan terkait pelayanan yang akan mereka terima. Selain itu, bidan harus dapat menerapkan aspek legal dalam pelayanan kebidanan melalui persetujuan klien atau keluarga atas tindakan yang akan mereka terima.

Aspek Legal Dalam Pelayanan Kebidanan

Bidan merupakan profesi yang berhubungan dengan keselamatan jiwa manusia, memiliki pertanggungjawaban dan tanggung gugat (*accountability)* atas semua tindakan yang dilakukannya, sehingga semua tindakan yang dilakukan oleh bidan harus berbasis kompetensi dan didasari suatu evidence based.

Accountability diperkuat dengan satu landasan hukum yang mengatur batas-batas wewenang profesi yang bersangkutan.

1. Legislasi, Registrasi, Lisensi
   a. Legislasi
      Legislasi adalah proses pembuatan undang-undang atau penyempurnaan perangkat hukum yang sudah ada melalui serangkaian kegiatan sertifikasi (pengaturan kompetensi), registrasi (pengaturan kewenangan), dan lisensi (pengaturan penyelenggaraan kewenangan).
      Tujuan Legislasi adalah memberikan perlindungan kepada masyarakat terhadap pelayanan yang telah diberikan.
      Bentuk perlindungan tersebut adalah meliputi:
      - Mempertahankan kualitas pelayanan
      - Memberi kewenangan
      - Menjamin perlindungan hukum

- Meningkatkan profesionalisme

STRB (Surat Tanda Registrasi Bidan) adalah bukti Legislasi yang dikeluarkan oleh Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) atas nama Kementrian Kesehatan menyatakan bahwa bidan berhak menjalankan pekerjaan kebidanan.

Menurut Permenkes No 28 tahun 2017 dinyatakan bahwa: Dalam menjalankan Praktik Kebidanan, Bidan paling rendah memiliki kualifikasi jenjang pendidikan diploma tiga kebidanan.

- 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.

b. Registrasi

Menurut Permenkes No 1464/Menkes/X/2010, registrasi adalah proses pendaftaran, pendokumentasian dan pengakuan terhadap bidan, setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi inti atau standar penampilan minimal yang ditetapkan, sehingga secara fisik dan mental mampu melaksanakan praktik profesinya.

Tujuan Registrasi

- Meningkatkan kemampuan tenaga profesi dalam mengadopsi kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang pesat.
- Meningkatkan mekanisme yang objektif dan komprehensif dalam penyelesaian kasus malpraktik.
- Mendata jumlah dan kategori melakukan praktik

c. Lisensi

Lisensi adalah proses administrasi yang dilakukan oleh pemerintah atau yang berwenang berupa surat izin praktik yang diberikan kepada tenaga profesi yang telah teregistrasi untuk pelayanan mandiri.

Tujuan umum lisensi adalah melindungi masyarakat dan pelayanan profesi.

Tujuan khusus lisensi adalah:

- Memberikan kejelasan batas wewenang.
- Menetapkan sarana dan prasarana.

2. Issue Etik dalam Pelayanan Kebidanan

   Pengertian Issue Etik dan Dilema

   a. Isu adalah masalah pokok yang berkembang di masyarakat atau suatu lingkungan yang belum tentu benar, serta membutuhkan pembuktian.
   b. Issue etik dalam pelayanan kebidanan merupakan topik yang penting yang berkembang di masyarakat tentang nilai manusia dalam menghargai suatu tindakan yang berhubungan dengan segala aspek kebidanan yang menyangkut baik dan buruknya.
   c. Issue moral adalah topik yang penting berhubungan dengan benar dan salah dalam kehidupan sehari – hari.
   d. Dilema yaitu suatu keadaan di mana dihadapkan pada dua alternatif pilihan, yang kelihatannya sama atau hampir sama dan membutuhkan pemecahan masalah. Dilema muncul karena terbentur pada konflik moral, pertentangan batin, atau pertentangan antara nilai-nilai yang diyakini bidan dengan kenyataan yang ada.

3. Issue Etik Dan Dilema

   Issue Etik adalah topik yang cukup penting untuk dibicarakan sehingga mayoritas individu akan mengeluarkan opini terhadap masalah tersebut sesuai dengan asas ataupun nilai yang berkenaan dengan akhlak nilai benar salah yang dianut suatu golongan atau masyarakat.

   Dilema Etik adalah situasi yang menghadapkan individu pada dua pilihan, dan tidak satupun dari pilihan itu dianggap sebagai jalan keluar yang tepat.

   a. Contoh issue etik dalam kehidupan sehari - hari
      - Persetujuan dalam proses melahirkan.
      - Memilih atau mengambil keputusan dalam persalinan
      - Kegagalan dalam proses persalinan

- Pelaksanaan USG dalam kehamilan
- Konsep normal pelayanan kebidanan
- Bidan dan pendidikan seks

b. Contoh masalah etik yang berhubungan dengan teknologi
- Perawatan intensif pada bayi
- Screening bayi
- Transplantasi organ
- Teknik reproduksi dan kebidanan.

c. Contoh masalah etik yang berhubungan dengan profesi
- Pengambilan keputusan dan penggunaan etik
- Otonomi bidan dan kode etik professional
- Etik dalam penelitian kebidanan
- Penelitian tentang masalah kebidanan yang sensitif

Biasanya beberapa contoh mengenai isu etik dalam pelayananan kebidanan adalah berhubungan dengan masalah-masalah sebagai berikut:

a. Agama / kepercayaan
b. Hubungan dengan pasien
c. Hubungan dokter dengan bidan
d. Kebenaran
e. Pengambilan keputusan
f. Pengambilan data
g. Kematian Kerahasiaan
h. Aborsi
i. AIDS
j. In Vitro fertilizationbern

4. Issue Moral Dan Dilema Moral

Isu Moral adalah merupakan topik yang penting berhubungan dengan benar dan salah dalam kehidupan sehari-hari, sebagai contoh nilai-nilai yang berhubungan dengan kehidupan orang sehari - hari menyangkut kasus abortus euthansia, keputusan untuk terminasi kehamilan.

Dilema moral menurut Campbell adalah suatu keadaan di mana dihadapkan pada dua alternatif pilihan, yang kelihatannya sama atau hampir sama dan membutuhkan pemecahan masalah. Beberapa contoh isu moral dalam kehidupan sehari-hari:

a. Kasus abortus
b. Euthanansia
c. Keputusan untuk terminasi kehamilan

10.5 Pengambilan Keputusan Dalam Pelayanan Kebidanan

Seorang bidan sebagai care provider kesehatan harus kompeten dalam menyikapi dan mengambil keputusan yang tepat untuk bahan tindakan selanjutnya sesuai standar asuhan dan kewenangan bidan.

1. Pengambilan Keputusan
   Pengertian Pengambilan keputusan adalah pemilihan alternatif perilaku tertentu dari dua atau lebih alternatif yang ada (George R. Terry).
2. Faktor-faktor yang memengaruhi pengambilan keputusan yaitu:
   a. Fisik: rasa yang dirasakan oleh tubuh
   b. Emosional: perasaan / sikap
   c. Rasional: pengetahuan
   d. Praktik: keterampilan dan kemampuan individu
   e. Interpersonal: jaringan sosial dan hubungan antar individu
   f. Struktural: lingkup sosial, ekonomi dan politik
   g. Posisi atau kedudukan
   h. Masalah yang dihadapi
   i. Situasi dan kondisi
   j. Tujuan

3. Hal Pokok dalam Pengambilan Keputusan
   a. Intuisi: berdasarkan perasaan, lebih subjektif dan mudah terpengaruh
   b. Pengalaman: pengetahuan praktis, seringnya terpapar suatu kasus meningkatkan kemampuan dalam mengambil keputusan
   c. Fakta: keputusan lebih riil, valid dan baik
   d. Wewenang: lebih bersifat rutinitas
   e. Rasional: keputusan bersifat objektif, transparan dan konsisten
4. Ciri keputusan yang etis yaitu:
   a. Mempunyai pertimbangan tentang apa yang benar dan apa yang salah
   b. Sering menyangkut pilihan yang sukar
   c. Tidak mungkin dielakkan
   d. Dipengaruhi oleh norma, situasi, iman dan tabiat serta lingkungan sosial
5. Teori-Teori Pengambilan Keputusan
   a. Utilitarisme
      - Mengutamakan adanya konsekuensi kepercayaan ada nya kegunaan semua manusia memiliki perasaan senang dan sakit.
      - Bentuk utilitarisme ada 2, yaitu: Berdasarkan tindakan, bahwa setiap tindakan ditujukan untuk keuntungan Berdasarkan aturan, bahwa setiap tindakan didasarkan pada prinsip kegunaan dan aturan moral
   b. Deontologi
      - Menurut Immanuel Kant: sesuatu dikatakan baik apabila semua potensi digunakan di jalan yang baik oleh kehendak manusia
      - Menurut W.D. Ross: setiap manusia punya intuisi akan kewajiban dan semua kewajiban berlaku langsung pada diri kita

c. Hedonisme
   - Menurut Aristippos, sesuai kodratnya, manusia mencari kesenangan dan menghindari ketidaksenangan. Hal terbaik adalah menggunakan kesenangan dengan baik dan tidak terbawa oleh kesenangan.
   - Menurut Epikuros, menilai bukan hanya kesenangan (hedone) inderawi tetapi juga kebebasan rasa sakit dan keresahan jiwa

d. Eudemonisme
   Menurut Aristoteles, dalam setiap kegiatan manusia mengejar suatu tujuan ingin mencapai sesuatu yang baik. Semua orang akan setuju bahwa tujuan hidup akhir manusia adalah kebahagiaan (eudemonia). Keutamaan dalam mencapai kebahagiaan melalui keutamaan intelektual dan moral

6. Bentuk pengambilan kebijakan dalam kebidanan
   a. Strategi pengambilan keputusan yang dipengaruhi oleh kebijakan organisasi/pimpinan, fungsi pelayanan dan lain-lain
   b. Cara kerja pengambilan keputusan dengan proses pengambilan keputusan yang dipengaruhi pelayanan kebidanan klinik dan komunitas, strategi pengambilan keputusan dan alternatif yang tersedia
   c. Pengambilan keputusan individu dan profesi yang dipengaruhi standar praktik kebidanan, peningkatan kualitas kebidanan.
7. Kerangka pengambilan keputusan dalam asuhan kebidanan:
   a. Bidan harus mepunyai responsibility dan accountability
   b. Bidan harus menghargai wanita sebagai individu dan melayani dengan rasa hormat
   c. Pusat perhatian pelayanan bidan adalah safety and wellbeing mother
   d. Bidan berusaha menyokong pemahaman ibu tentang kesejahteraan dan menyatakan pilihannya pada pengalaman situasi yang aman

e. Sumber proses pengambilan keputusan dalam kebidanan adalah knowledge, ajaran intrinsik, kemampuan berpikir kritis, kemampuan membuat keputusan klinis yang logis

8. Dimensi Etik dan Peran Bidan
   Dilihat dari sejarah kebidanan, dulu bidan tidak memiliki peran dalam mengambil keputusan karena:
   a. Sistem pelayanan kesehatan yang bersifat paternalistik dokter yang paling ahli
   b. Keengganan bidan: pengambilan keputusan mengandung risiko dan tanggung jawab Keterlibatan bidan dalam pengambilan keputusan sangat penting karena:
      - Menunjang pelayanan antara bidan dan klien
      - Meningkatkan sensitivitas pada klien
      - Women centered care (berfokus pada ibu) dan total care (asuhan secara total) Peran bidan secara menyeluruh meliputi beberapa aspek: praktisi, penasehat, konselor, teman, pendidik dan peneliti atau garis besarnya adalah pelaksana, pengelola, pendidik dan peneliti dalam pelayanan kebidanan.

10.6 Aspek Hukum Praktik Kebidanan

Akuntabilitas bidan dalam praktik kebidanan merupakan suatu hal yang penting dan dituntut dari suatu profesi, terutama profesi yang berhubungan dengan keselamatan jiwa manusia, adalah pertanggungjawaban dan tanggung gugat (accountability) atas semua tindakan yang dilakukannya, sehingga semua tindakan yang dilakukan oleh bidan harus berbasis kompetensi dan didasari suatu evidence based. Accountability diperkuat dengan satu landasan hukum yang mengatur batas-batas wewenang profesi yang bersangkutan.

10.6.1 Hukum Kesehatan

Ilmu hukum adalah kumpulan pengetahuan tentang hukum yang telah dibuat sistematikanya. Kumpulan peraturan hukum disebut sebagai hukum.

Pengertian lain hukum adalah himpunan peraturan yang bersifat memaksa, berisi perintah, larangan atau izin untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu, guna mengatur tata tertib masyarakat. Hukum diperlukan untuk mewujudkan keadilan. Keadilan adalah memberikan kepada setiap orang apa yang menjadi haknya. Hukum 4 Bertujuan untuk memberikan pengayoman bagi manusia. Hukum juga bertujuan untuk mewujudkan apa yang berguna atau berfaedah bagi orang, yakni mewujudkan kebahagiaan sebanyak – banyaknya. Indonesia adalah negara hukum.

Suatu negara hukum mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Ada super *of law*
2. Ada landasan hukum untuk setiap kegiatan negara
3. Ada jaminan hak asasi
4. Ada proses peradilan yang bebas

Peranan hukum yaitu memperlancar dan mendukung

1. Sosial kontrol
2. Sosial inter action
3. Sosial Enginering

Sumber hukum formal adalah:

1. Perundang – undangan
2. Kebiasaan
3. Traktat (perjanjian internasional publik)
4. Yurisprudensi
5. Doktrin (pendapat pakar)

Tindakan yang diambil oleh alat negara terhadap pelanggaran hukum tidak boleh sewenang – wenang, tetapi harus menurut hukum yang berlaku. Macam-macam hukum adalah sebagai berikut: hukum perdata dan hukum publik, hukum material dan hukum formal, hukum perdata, hukum pidana, hukum tata negara / tata usaha negara, hukum Internasional.

10.6.2 Pengantar Hukum Kesehatan

Dalam undang – undang kesehatan ditegaskan bahwa yang dimaksud dengan "kesehatan" adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, maupun

sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pembangunan kesehatan pada dasarnya menyangkut semua segi kehidupan, baik fisik, mental, maupun sosial ekonomi.

Sumber hukum (health law) secara umum dapat kita temukan dalam:

1. Peraturan hukum tertulis, seperti undang – undang;
2. Kebiasaan yang tidak tertulis;
3. Yurisprudensi tetap; dan
4. Doktrin / ajaran ilmu pengetahuan

Hak asasi manusia yang berhubungan dengan kesehatan manusia dimulai dari tiga hak asasi, yaitu:

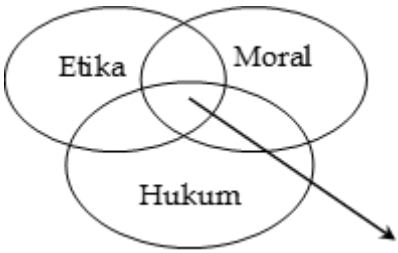
1. *The right to health care* (hak untuk mendapat pelayanan kesehatan)
2. *The right to self determination* (hak untuk menentukan nasib sendiri)
3. *The right to information* (hak untuk mendapat informasi)

Konsep hukum pemeliharaan kesehatan tidak tumbuh dengan sendirinya, melainkan berakar dari ketiga hak asasi tersebut di atas yang diadopsi dari mata rantai pasal 25 The United Nations Universal Declaration of Human Right 1948 dan pasal 1 The United Nation International Concention Civiland Political Rights 1966.

Menurut Leemen hukum kesehatan disusun sebagai berikut:

"Hukum kesehatan meliputi semua ketentuan hukum yang langsung berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan dan penerapan dari hukum perdata, hukum pidana, dan hukum administratif dalam hubungan tersebut pula pedoman internasional, hukum kebiasaan, dan juga yurisprudensi berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, hukum otonom, ilmu, dan literatur menjadi sumber hukum kesehatan. "

Gambaran adanya jalur etik dan hukum dapat dideskripsikan di bawah ini:



Etika = Moral = Hukum

1. Etika profesi bersifat intern *(self imposed regulation*)
2. Majelis disiplin bersifat sebagai hukum publik (ada unsur pemerintah)
3. Hukum bersifat berlaku umum (sifat memaksa)

Berdasarkan paparan di atas maka pemahaman bidan tentang etika, hukum dan hukum kesehatan merupakan hal yang penting bagi bidan dalam menjalankan praktik profesinya. Hal ini untuk menghindari bidan dari kesalahan, kelalaian dan sanksi hukum baik perdata atau hukum pidana.

10.6.3 Aspek Hukum dalam Praktik Kebidanan

Dalam permenkes No 28. Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan dinyatakan bahwa:

1. Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan.
3. Surat Tanda Registrasi Bidan yang selanjutnya disingkat STRB adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah kepada Bidan yang telah memiliki sertifikat kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Surat Izin Praktik Bidan yang selanjutnya disingkat SIPB adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Bidan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik kebidanan.

5. Praktik Mandiri Bidan adalah tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh Bidan secara perorangan.
6. Instansi Pemberi Izin adalah instansi atau satuan kerja yang ditunjuk oleh pemerintah daerah kabupaten/kota untuk menerbitkan izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
7. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.
8. Organisasi Profesi adalah wadah berhimpunnya tenaga kesehatan bidan di Indonesia.

Bab 11

Standar Asuhan Kebidanan

11.1 Pendahuluan

Kebidanan adalah satu bidang ilmu yang mempelajari keilmuan dan seni yang mempersiapkan kehamilan, menolong persalinan, nifas dan menyusui, masa interval dan pengaturan kesuburan, klimakterium dan menopause, bayi baru lahir dan balita, fungsi–fungsi reproduksi manusia serta memberikan bantuan atau dukungan pada perempuan, keluarga dan komunitasnya.(Salsabila, 2023)

Bidan mempunyai peran penting dalam memastikan keamanan dan keselamatan ibu selama perawatan maternitas dan memastikan bayi dan keluarganya mempunyai awal yang baik dalam memulai kehidupan. Bidan merupakan profesi mandiri yang mempunyai kontribusi yang unik yang berdampak kepada seluruh populasi. Ibu dan keluarganya menginginkan adanya pelayanan kebidanan yang menyediakan komunikasi dan penjelasan yang baik, kerjasama tim yang efektif, lingkungan yang aman, dan kesinambungan asuhan. Peran bidan adalah untuk memastikan keinginan mereka tersebut terpenuhi. Kontribusi Bidan terpusat pada pencapaian pelayanan yang berkualitas, dan komunitas yang sehat.(Ayu Nurdiyan, 2018)

Pendokumentasian merupakan suatu bukti pelayanan kesehatan yang beris kegiatan pencatatan, pelaporan yang otentik dan penyimpanan semua kegiatan yang berkaitan dengan pengelolaan klien yang dapat dipergunakan untuk mengungkapkan suatu fakta aktual dan dapat dipertanggungjawabkan (Haslinda, 2017). Pencatatan klinis menjadi dokumen yang sangat berguna bagi bidan maupun pasien yang menerima pelayanan.(Sumiati,2018) Pendokumentasian dapat membantu bidan menjaga informasi dasar secara tertulis yang diperlukan dalam lingkungan praktek, namun pendokumentasian yang akurat dalam lingkungan pelayanan kesehatan harus terkait dengan konsep praktik yang berbasis bukti, objektif, dan tidak memihak.(Risa Pitriani, 2021)

Semua bidan harus meningkatkan kewaspadaan diri yang terkait dengan pendokumentasiuan asuhan yang mereka berikan kepada para pasien mereka, terlepas seberapa banyak pasien mereka. Dokumentasi asuhan kebidanan tersebut harus mencerminkan esensi dari kebidanan: asuhan yang berorientasi pada perempuan yang difokuskan pada keunggulan dalam proses memberikan asuhan dengan perhatian terhadap hasil. Salah satu format catatan yang dapat menjadi dokumentasi kebidanan adalah format catatan S-O-A-P yang tertuang dalam KepMenKes 938 tahun 2007 tentang standar asuhan kebidanan, yakni pada standar VI. Catatan S-O-A-P Adalah metode dokumentasi paling umum yang digunakan oleh penyedia kesehatan, termasuk bidan, untuk memasukkan catatan ke rekam medis pasien. Catatan ini memungkinkan penyedia kesehatan untuk merekam dan berbagi informasi dalam format universal, sistematis, dan mudah dibaca.(Rieile Darma Bachriani, 2022)

11.2 Konsep Asuhan Kebidanan

11.2.1 Asuhan Kebidanan

Menurut Undang-undang Republik Indonesia No. 4 Tahun 2019 asuhan kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh Bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat Kebidanan.(Kemenkes RI, 2019)

11.2.2 Pengertian Bidan

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia 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.

11.2.3 Wewenang Bidan

Izin dan penyelenggaraan praktik bidan diatur dalam Permenkes No. 28 Tahun 2017. Dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:(Anonim, 2021)

1. Pelayanan kesehatan ibu;
2. Pelayanan kesehatan anak
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

Undang – Undang Republik Indonesia No. 4 Tahun 2019 tentang kebidanan pasal 46 juga terdapat tugas dan wewenang bidan dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu; pelayanan kesehatan anak; pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan / atau pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

11.3 Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai kewenangan dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan atau dokumentasi.(Anonim, 2022)

Tujuan dibuatnya standar asuhan adalah sebagai berikut:

1. Adanya standar sebagai acuan dan landasan dalam melaksanakan tindakan / kegiatan dalam lingkup tanggung jawab bidan;

2. Mendukung terlaksananya asuhan kebidanan berkualitas;
3. Parameter tingkat kualitas dan keberhasilan asuhan yang diberikan bidan;
4. Perlindungan hukum bagi bidan dan klien / pasien.(Sulfianti, 2024)

Ruang lingkup standar asuhan kebidanan adalah:

1. Asuhan kebidanan pada ibu hamil;
2. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin;
3. Asuhan kebidanan ibu nifas dan masa antara;
4. Asuhan pada bayi;
5. Asuhan pada anak balita sehat;
6. Asuhan pada masa reproduksi.(Lety A, 2021)

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 938/Menkes/SK/VIII/2007, maka ditetapkanlah standar asuhan kebidanan, adapun standar tersebut adalah sebagai berikut:(Sih Rini H, 2017)

11.3.1 Standar 1: Pengkajian

1. Pernyataan Standar
   Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
2. Kriteria
   a. Data tepat, akurat dan lengkap;
   b. Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya);
   c. Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).
3. Definisi Operasional
   a. Ada format pengumpulan data;
   b. Pengumpulan data dilakukan secara sistematis, terfokus yang meliputi data-data
      - Demografi, identitas klien;
      - Riwayat penyakit terdahulu Riwayat kesehatan reproduksi;

- Keadaan kesehatan saat ini termasuk kesehatan reproduksi;
- Analisa data.

c. Data dikumpulkan dari:
   - Klien / pasien, keluarga dan sumber lain;
   - Tenaga kesehatan;
   - Individu dalam lingkungan terdekat.

d. Data diperoleh dengan cara:
   - Wawancara;
   - Observasi;
   - Pemeriksaan fisik;
   - Pemeriksaan penunjang.

11.3.2 Standar 2: Perumusan Diagnosa Dan Atau Masalah Kebidanan

1. Pernyataan Standar
   Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.
2. Kriteria
   a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan;
   b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien;
   c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
3. Definisi Operasional
   a. Diagnosa kebidanan dibuat sesuai dengan kesenjangan yang dihadapi oleh klien atau suatu keadaan psikologis yang ada pada tindakan kebidanan sesuai dengan kewenangan bidan dan kebutuhan klien;
   b. Diagnosa kebidanan dirumuskan dengan padat, jelas, sistematis mengarah pada asuhan kebidanan yang diperlukan oleh bidan.

11.3.3 Standar 3: Perencanaan

1. Pernyataan Standar
   Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.
2. Kriteria
   a. Perencanaan tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif;
   b. Melibatkan klien / pasien dan atau keluarga;
   c. Mempertimbangkan kondisi psikologi dan sosial budaya klien / keluarga;
   d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat bagi klien;
   e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku sumberdaya serta fasilitas yang ada.
3. Definisi Operasional
   a. Ada format rencana asuhan kebidanan;
   b. Format rencana asuhan kebidanan terdiri dari diagnosa rencana tindakan dan evaluasi.

11.3.4 Standar 4: Implementasi

1. Pernyataan Standar
   Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien / pasien, dalam bentuk upaya promotif, prefentif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.
2. Kriteria
   a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual kultural;
   b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persejuan dari klien dan atau keluarganya *(Informed Consent*);
   c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based;

d. Melibatkan klien / pasien dalam setiap tindakan;
e. Menjaga privacy klien / pasien;
f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi;
g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan;
h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai;
i. Melakukan tindakan sesuai standar;
j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

3. Definisi Operasional
   a. Ada format tindakan kebidanan dan evaluasi;
   b. Format tindakan kebidanan terdiri dari tndakan dan evaluasi;
   c. Tindakan kebidanan dilaksanakan sesuai dengan rencana dan perkembangan klien;
   d. Tindakan kebidanan dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang tetap dan wewenang bidan atau tugas kolaborasi;
   e. Tindakan kebidanan dilaksanakan dengan menerapkan kode etik kebidanan, etika;
   f. kebidanan serta mempertimbangkan hak klien, aman, dan nyaman;
   g. Seluruh tindakan kebidanan dicatat pada format yang telah tersedia.

11.3.5 Standar 5: Evaluasi

1. Pernyataan Standar
   Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.
2. Kriteria
   a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien;
   b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga;

c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar;
d. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

3. Definisi Operasional
   a. Evaluasi dilaksanakan setelah dilaksanakan tindakan kebidanan klien sesuai dengan standar ukuran yang telah ditetapkan;
   b. Evaluasi dilaksanakan untuk mengukur rencana yang telah dirumuskan;
   c. Hasil evaluasi dicatat pada format yang telah disediakan.

11.3.6 Standar 6: Pencatatan Asuhan Kebidanan

1. Pernyataan Standar
   Bidan melakukan pencatatan segera secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan / kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.
2. Kriteria
   a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis / KMS / status pasien / buku KIA);
   b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP;
   c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa;
   d. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan;
   e. A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan;
   f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi / follow up dan rujukan.
3. Definisi Operasional
   a. Pencatatan / dokumentasi dilaksanakan untuk disetiap langkah manajemen kebidanan;
   b. Dokumentasi dilaksanakan secara jujur sistematis jelas dan ada yang bertanggung jawab;

c. Dokumentasi merupakan bukti legal dari pelaksanaan asuhan kebidanan.

11.4 Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan dalam bentuk kegiatan praktek kebidanan dilakukan melalui suatu proses yang disebut langkah-langkah atau proses manajemen kebidanan.

Langkah-langkah manajemen kebidanan tersebut adalah:

1. Identifikasi Dan Analisis Masalah
   Proses manajemen kebidanan dimulai dengan langkah pertama identifikasi dan analisis masalah. Di dalam langkah pertama ini bidan sebagai tenaga profesional tidak dibenarkan untuk menduga-duga masalah yang terdapat pada kliennya. Bidan harus mencari dan menggali data atau fakta baik dari klien, keluarga maupun anggota tim kesehatan lainnya dan juga dari hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan sendiri.
   Langkah pertama ini mencakup kegiatan pengumpulan, pengolahan, analisis data atau fakta untuk perumusan masalah. Langkah ini merupakan proses berfikir yang ditampilkan oleh bidan dalam tindakan yang akan menghasilkan rumusan masalah yang dialami/ diderita pasien atau klien.
2. Diagnosis Kebidanan
   Setelah ditentukan masalah dan utamanya maka bidan merumuskannya dalam suatu pernyataan yang mencakup kondisi, masalah, penyebab dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Prediksi yang dimaksud mencakup masalah potensial dan prognosis. Hasil dari perumusan masalah merupakan keputusan yang ditegakkan oleh bidan yang disebut diagnosis kebidanan. Dalam menentukan diagnosa kebidanan diperlukan pengetahuan keprofesionalan bidan.

Penegakan diagnosis kebidanan dijadikan dasar tindakan dalam upaya menanggulangi ancaman keselamatan hidup pasien atau klien. Masalah potensial dalam kaitannya dengan diagnosa kebidanan adalah masalah yang mungkin timbul dan bila tidak segera di atasi akan mengganggu keselamatan hidup klien atau diantisipasi, dicegah dan diawasi serta segera dipersiapkan tindakan untuk mengatasinya.

3. Perencanaan

   Berdasarkan diagnosis yang ditegakkan, bidan menyusun rencana kegiatannya. Rencana kegiatan mencakup tujuan dan langkah-langkah yang akan dilakukan oleh bidan dalam melakukan intervensi untuk memecahkan masalah pasien atau klien serta rencana evaluasi. Berdasarkan hal tersebut di atas, maka langkah penyusunan rencana kegiatan adalah sebagai berikut:

   a. Menentukan tujuan yang akan dilakukan termasuk sasaran dan hasil yang akan dicapai;
   b. Menentukan tindakan sesuai dengan masalah dan tujuan yang akan dicapai. Langkah-langkah tindakan mencakup kegiatan yang dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan;
   c. Menentukan kriteria evaluasi dan keberhasilan.(Yanik, 2022)

4. Pelaksanaan

   Langkah pelaksanaan dilakukan oleh bidan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Pada langkah ini bidan melakukan secara mandiri, pada penanganan kasus yang di dalamnya memerlukan tindakan diluar kewenangan bidan, perlu dilakukan kegiatan kolaborasi atau rujukan. Pelaksanaan tindakan selalu diupayakan dalam waktu yang singkat, efektif, hemat dan berkualitas. Selama pelaksanaan, bidan mengawasi dan memonitor kemajuan pasien atau klien.

5. Evaluasi

   Langkah akhir dari proses manajemen kebidanan adalah evaluasi. Evaluasi adalah tindakan pengukuran antara keberhasilan dan rencana. Jadi tujuan evaluasi untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan kebidanan yang dilakukan.

Bab 12

Standar Pelayanan Kebidanan

12.1 Standar Pelayanan Umum

12.1.1 Standar 1:Persiapan Untuk Kehidupan Keluarga Sehat

Pernyataan Standar: Bidan memberikan penyuluhan dan nasehat kepada perorangan, keluarga dan masyarakat terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk penyuluhan kesehatan umum (gizi, KB, kesiapan dalam menghadapi kehamilan dan menjadi calon orang tua, persalinan dan nifas).

Tujuan: memberikan penyuluhan kesehatan yang tepat untuk mempersiapkan kehamilan yang sehat dan terencana serta menjadi orang tua yang bertanggungjawab.

Hasil yang diharapkan: masyarakat dan perorangan dapat ikut serta dalam upaya mencapai kehamilan yang sehat. Ibu, keluarga dan masyarakat meningkat pengetahuannya tentang fungsi alat-alat reproduksi dan bahaya

kehamilan pada usia muda. Tanda-tanda bahaya kehamilan dapat diketahui oleh masyarakat dan ibu.

12.1.2 Standar 2: Pencatatan Dan Pelaporan

Pernyataan Standar: Bidan melakukan pencatatan dan pelaporan semua kegiatan yang dilakukan, yaitu dengan meregistrasi semua ibu hamil diwilayah kerja, rincian pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil/ bersalin/ nifas dan bayi baru lahir, semua kunjungan rumah dan penyuluhan kepada masyarakat. Disamping itu, bidan hendaknya mengikut sertakan kader untuk mencatat semua ibu hamil dan meninjau upaya masyarakat yang berkaitan dengan ibu dan bayi baru lahir . Bidan meninjau secara teratur catatan tersebut untuk menilai kinerja dan penyusunan rencana kegiatan untuk meningkatkan pelayanannya.

Tujuan: untuk mengumpulkan, menggunakan dan mempelajari data untuk pelaksanaan penyuluhan , kesinambungan pelayanan dan penilaian kerja.

Hal-hal yang dapat dilakukan bidan untuk dapat melakukan pencatatan dan pelaporan yang maksimal adalah sebagai berikut:

1. Bidan harus bekerjasama dengan kader dan pamong setempat agar semua ibu hamil dapat tercatat
2. Memberikan ibu hamil KMS atau buku KIA untuk dibawa pulang . Dan memberitahu ibu agar membawa buku tersebut setiap pemeriksaan.
3. Memastikan setiap persalinan , nifas, dan kelahiran bayi tercatat pada patograf.
4. Melakukan pemantauan buku pencatatan secara berkala .

Hasil yang diharapkan yaitu: terlaksananya pencatatan dan pelaporan yang baik. Tersedia data untuk audit dan pengembangan diri, meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam kehamilan , kelahiran bayi dan pelayanan kebidanan.

12.2 Standar Pelayanan Antenatal

12.2.1 Standar 3: Identifikasi Ibu Hamil

Pernyataan Standar: Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi pada ibu , suami dan anggota keluarganya agar ibu dapat memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

Tujuan: untuk mengenali dan memotivasi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya.

Kegiatan yang dapat dilakukan bidan untuk mengidentifikasi ibu hamil contoh nya sebagai berikut:

1. Bidan melakukan kunjungan rumah dan penyuluhan secara teratur
2. Bersama kader bidan memotivasi ibu hamil
3. Melakukan komunikasi dua arah dengan masyarakat untuk membahas manfaat pemeriksaan kehamilan. Dll

Hasil yang diharapkan yaitu: ibu dapat memahami tanda dan gejala kehamilan. Ibu , suami, anggota masyarakat menyadari manfaat pemeriksaan kehamilan secara dini dan teratur.meningkatkan cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri sebelum kehamilan 16 minggu.

12.2.3 Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Pernyataan Standar: Bidan memberikan minimal 4 kali pelayanan antenatal selama kehamilan. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama secara keseluruhan untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus bisa mengenali kehamilan dengan risiko tinggi/kelainan , khususnya anemia , kurang gizi , hipertensi , Penyakit Menular Seksual/ infeksi HIV; memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas.

Tujuan: bidan mampu memberikan pelayanan antenatal berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan.

Hasil yang diharapkan yaitu: ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan. Meningkatnya pemanfaatan jasa bidan oleh masyarakat. Deteksi dini dan penanganan komplikasi kehamilan. Ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat mengenali tanda bahaya kehamilan dan tahu apa yang harus dilakukan. Serta tersedianya transportasi rujukan , jika sewaktu-waktu dibutuhkan.

12.2.4 Standar 5: Palpasi abdominal

Pernyataan Standar: Bidan harus melakukan pemeriksaan abdomen secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan. Bila umur kehamilan bertambah , memeriksa posisi, bagian terendah, masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan dan untuk merujuk tepat waktu.

Tujuan adalah: memperkirakan usia kehamilan, pemantauan pertumbuhan janin, penentuan letak, posisi di bagian bawah janin.

Hasil yaitu: bidan dapat memperkirakan usia kehamilan , menegakkan diagnosis dini kelainan letak, dan merujuk sesuai kebutuhan. Mendiagnosis dini kehamilan ganda, kelainan dalam kehamilan, serta merujuk sesuai dengan kebutuhan.

12.2.5 Standar 6: Pengelolaan Anemia Pada Kehamilan

Pernyataan Standar: Bidan melakukan deteksi dini tindakan pencegahan anemia , penemuan, penanganan dan rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Tujuan yaitu: bidan mampu menemukan anemia pada kehamilan secara dini, melakukan penanganan dan tindak lanjut yang memadai untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung.

Tindakan yang bisa dilakukan bidan contohnya , memeriksakan kadar Haemoglobin semua ibu hamil pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. Memberikan tablet Fe pada semua ibu hamil sedikitnya 1 tablet selama 90 hari berturut-turut . beri penyuluhan gizi dan pentingnya konsumsi makanan yang mengandung zat besi, dll.

Hasil yaitu: jika ada ibu hamil dengan anemia berat dapat segera dirujuk, penurunan jumlah ibu melahirkan dengan anemia, penurunan jumlah bayi baru lahir dengan anemia dan Berat Badan Lahir Rendah.

12.2.6 Standar 7: Pengelolaan Dini Hipertensi Pada Kehamilan

Pernyataan Standar: Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuk nya.

Tujuan yaitu bidan dapat mengenali dan menemukan secara dini hipertensi pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan. Adapun tindakan yang dapat dilakukan bidan yaitu rutin memeriksa tekanan darah ibu dan mencatatnya. Jika terdapat tekanan darah di atas 140/90 mmHg lakukan tindakan serta terapi yang diperlukan.

Hasil adalah ibu hamil dengan tanda preeklamsia mendapat perawatan yang memadai dan tepat waktu. Penurunan angka kesakitan dan kematian akibat eklamsia.

12.2.7 Standar 8: Persiapan Persalinan

Pernyataan Standar: Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami atau keluarga pada trimester III memastikan bahwa persiapan persalinan bersih dan aman dan suasana menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan mengusahakan untuk melakukan kunjungan ke setiap rumah ibu hamil untuk hal ini.

Tujuan adalah: untuk memastikan bahwa persalinan direncanakan dalam lingkungan yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil.

Hasil adalah ibu hamil, suami dan keluarga dapat merencanakan persalinan yang bersih dan aman. Persalinan direncanakan di tempat yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil. Adanya persiapan sarana transportasi untuk merujuk ibu bersalin, jika perlu. Serta dapat melakukan rujukan tepat waktu dengan persiapan bila diperlukan.

12.3 Standar Pelayanan Persalinan

12.3.1 Standar 9: Asuhan Persalinan Kala Satu

Pernyataan Standar: Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai , dengan memperhatikan kebutuhan ibu, selama proses persalinan berlangsung. Bidan juga melakukan pertolongan proses persalinan dan kelahiran yang bersih dan aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu serta memperhatikan tradisi setempat. Dalam hal ini bidan menganjurkan ibu untuk memilih orang yang akan mendampinginya selama proses persalinan.

Tujuan: memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu bayi.

Hasil: ibu bersalin mendapatkan pertolongan yang tepat aman dan memadai. Meningkatnya cakupan persalinan dan komplikasi lain yang ditangani oleh tenaga kesehatan. Berkurangnya kematian/ kesakitan ibu bayi akibat partus lama.

12.3.2 Standar 10: Persalinan Kala Dua Yang Aman

Pernyataan Standar: Bidan melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu serta memperhatikan tradisi setempat . Disamping itu ibu diizinkan untuk memilih siapa yang akan mendampinginya saat persalinan.

Tujuan: yaitu memastikan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi. Hasil yaitu: persalinan dapat berlangsung bersih dan aman. Meningkatnya kepercayaan masyarakat kepada bidan. Meningkatnya jumlah persalinan yang ditolong oleh bidan. Menurunnya angka sepsis puerperalis.

12.3.3 Standar 11: Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

Pernyataan Standar: Secara aktif bidan melakukan penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga.

Tujuan yaitu: membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan kala tiga, mencegah terjadinya atonia uteri dan retesio plasenta.

Hasil yaitu: menurunkan terjadinya perdarahan yang hilang pada persalinan kala tiga. Menurunkan terjadinya atonia uteri, menurunkan terjadinya retensio plasenta , memperpendek waktu persalinan kala tiga, dan menurunkan perdarahan post partum akibat salah penanganan pada kala tiga.

12.3.4 Standar 12: Penanganan Kala Dua Dengan Gawat Janin Melalui Episiotomi

Pernyataan Standar: Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala dua, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

Tujuan adalah: mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi jika ada tanda-tanda gawat janin pada saat kepala janin meregangkan perineum. Hasil yaitu: penurunan angka kejadian asfiksia neonatorum berat. Penurunan angka kejadian lahir mati pada kala dua .

12.4 Standar Pelayanan Nifas

12.4.1 Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

Pernyataan Standar: Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah asfiksia, menemukan kelainan , dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermi dan mencegah hipoglikemia dan infeksi.

Tujuan adalah: menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipoglikemi dan infeksi.

Hasil adalah: bayi baru lahir menemukan perawatan dengan segera dan tepat. Bayi baru lahir mendapatkan perawatan yang tepat untuk dapat memulai pernafasan dengan baik.

12.4.2 Standar 14: Penanganan Pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan

Pernyataan Standar: Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi paling sedikit selama 2 jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

Tujuan adalah: mempromosikan perawatan ibu dan bayi yang bersih dan aman selama persalinan kala empat untuk memulihkan kesehatan ibu dan bayi.

Hasil yaitu: Meningkatan asuhan sayang ibu dan sayang bayi. Memulai pemberian ASI dalam waktu 1 jam pertama setelah persalinan dan mendukung terjadinya ikatan batin antara ibu dan bayinya.

12.4.3 Standar 15: Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi Pada Masa Nifas

Pernyataan Standar: Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas di puskesmas dan rumah sakit atau melakukan kunjungan ke rumah pada hari ke-tiga, minggu ke dua dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses penatalaksanaan tali pusat yang benar, penemuan dini, penatalaksanaan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, asuhan bayi baru lahir , pemberian ASI , imunisasi dan KB.

Tujuan adalah: memberikan pelayanan kepada ibu dan bayi sampai 42 hari setelah persalinan dan memberikan penyuluhan ASI eksklusif.

Hasil adalah: ibu dan bayi baru lahir mendapatkan pelayanan sehingga mampu menjalani masa nifas yang sehat dan tali pusat juga terawat dengan baik hingga puput.

12.5 Standar Penanganan Kegawatdaruratan Obstertri Neonatal

12.5.1 Standar 16: Penanganan Perdarahan Dalam Kehamilan Pada Trimester Tiga

Pernyataan Standar: Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan serta melakukan pertolongan pertama dan merujuknya.

Tujuan adalah: mengenali dan melakukan tindakan secara tepat dan cepat perdarahan pada trimester tiga.

Hasil adalah: ibu yang mengalami perdarahan kehamilan trimester tiga dapat segera mendapatkan pertolongan, kematian ibu dan janin akibat perdarahan pada trimester tiga dapat berkurang , dan meningkatnya pemanfaatan bidan sebagai sarana konsultasi ibu hamil.

12.5.2 Standar 17: Penanganan Kegawat Daruratan Pada Eklamsia

Pernyataan Standar: Bidan mengenali secara tepat gejala eklamsia mengancam, serta merujuk dan/ atau memberikan pertolongan pertama. Tujuan adalah: mengenali tanda gejala preeklamsia berat dan memberikan perawatan yang tepat dan memadai. Mengambil tindakan yang tepat dan segera dalam penanganan kegawatdaruratan bila eklamsia terjadi.

Hasil yaitu: penurunan kejadian eklamsia. Ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat dan eklamsia mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat. Ibu dengan tanda-tanda preeklamsia ringan mendapatkan perawatan yang tepat. Penurunan kesakitan dan kematian akibat eklamsia.

12.5.3 Standar 18: Penanganan Kegawatdaruratan Pada Partus Lama/ Macet

Pernyataan Standar: Bidan mengenali secara tepat tanda gejala partus lama/ macet serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu untuk merujuk untuk persalinan yang aman.

Tujuan adalah: untuk mengetahui segera dan penanganan yang tepat keadaan darurat pada partus lama/ macet.

Hasil yaitu: mengenali secara dini tanda gejala partus lama/ macet serta tindakan yang tepat. Penggunaan partograf secara tepat dan seksama untuk semua ibu dalam proses persalinan. Penurunan angka kematian/ kesakitan ibu dan bayi akibat partus lama/ macet.

12.5.4 Standar 19: Persalinan Dengan Menggunakan Vakum Ekstraktor

Pernyataan standar: Bidan hendaknya mengenali kapan waktu diperlukan menggunakan ekstraksi vakum, melakukan secara benar dalam memberikan pertolongan persalinan dengan memastikan keamanan bagi ibu dan janinnya.

Tujuan penggunaan vakum yaitu untuk mempercepat persalinan dalam keadaan tertentu.

Hasil yang diharapkan yaitu penurunan kesakitan atau kematian akibat persalinan lama. Ibu mendapatkan penanganan darurat obstetri yang cepat .

12.5.5 Standar 20: Penanganan Kegawatdaruratan Retensio Plasenta

Pernyataan Standar: Bidan mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama, termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan, sesuai dengan kebutuhan.

Tujuan adalah mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi retensio plasenta .

Hasil yaitu penurunan kejadian retensio plasenta. Ibu dengan retesio plasenta mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat. Penyelamatan ibu dengan retensio plasenta meningkat.

12.5.6 Standar 21: Penanganan Perdarahan Post Partum Primer

Pernyataan Standar: Bidan mampu mengenali perdarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan dan segera melakukan pertolongan pertama kegawat daruratan untuk mengendalikan perdarahan.

Tujuan adalah bidan mampu mengambil tindakan pertolongan kegawatdaruratan yang tepat pada ibu yang mengambil perdarahan postpartum primer/ atonia uteri.

Hasil yaitu penurunan angka kematian dan kesakitan ibu akibat perdarahan post partum primer. Meningkatkan pemanfaatan pelayanan bidan. Merujuk secara dini pada ibu yang mengalami perdarahan post partum primer.

12.5.7 Standar 22: Penanganan Perdarahan Post Partum Sekunder

Pernyataan Standar: Bidan mampu mengenali secara tepat dan dini gejala perdarahan post partum sekunder , dan melakukan pertolongan pertama untuk penyelamatan jiwa ibu , dan/atau merujuk.

Tujuan yaitu: mengenali gejala dan tanda perdarahan post partum sekunder serta melakukan penanganan yang tepat untuk menyelamatkan jiwa ibu.

Hasil yaitu kematian dan kesakitan akibat perdarahan post partum sekunder menurun. Ibu yang mempunyai resiko mengalami perdarahan post partum sekunder ditemukan secara dini dan segera melakukan pertolongan penanganan secara tepat.

12.5.8 Standar 23: Penanganan Sepsis Puerperalis

Pernyataan Standar: Bidan mampu menangani secara tepat tanda dan gejala sepsis puerperalis , melakukan perawatan dengan segera merujuknya.

Tujuannya adalah mengenali tanda dan gejala sepsis puerperalis dan mengambil tindakan yang tepat .

Hasil yaitu ibu dengan sepsis puerperalis mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat . Menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat sepsis puerperalis. Meningkatnya pemanfaatan bidan dalam pelayanan nifas.

12.5.9 Standar 24: Penanganan Asfiksia Neonatorum

Pernyataan Standar: Bidan mengenali secara tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, serta melakukan tindakan secepatnya, memulai resusitasi, mengusahakan bantuan medis, merujuk bayi baru lahir dengan tepat dan memberikan perawatan lanjutan yang tepat.

Tujuan yang diharapkan yaitu mengenal dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, mengambil tindakan yang tepat dan melakukan pertolongan kegawatdaruratan

Daftar Pustaka

Abdullah, Vitania, Paisal. (2021). Buku Ajar Konsep Kebidanan. Jawa Tengah. Nasya Expanding Management.

Adlina Atifa (2020) 'Ini Persiapan dan Perencanaan Kehamilan yang Harus Diperhatikan', (Hello Health Group Pte. Ltd).

Ahmadi, A., & Soleh, M. (2005). Psikologi Perkembangan. Jakarta: Rineka Cipta.

Alza Yelssi (2016) 'Edukasi Gizi Seimbang Terhadap Pengetahuan Pada Calon Pengantin di Kota Pekanbaru', (Pekanbaru. Poltekkes Kemenkes Riau.).

Amalia, M. (2021). Konsep Kebidanan (A. Rahmawati, Ed.; Revisi). LovRinz Publishing.

Ambarwati, Eny Retna;Wulandari, D. (2010) Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press.

Anggraini, Y. (2018) Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

Anjani, Sunesni, Aulia. (2022). Pengantar praktek Kebidanan. Jawa Tengah. Pena Persada.

Anonim (2021) 'TINJAUAN PUSTAKA', Poltekes Denpasar.

Anonim (2022) Tinjauan Pustaka.

Asrinah, dkk. (2010). Konsep Kebidanan.Yogyakarta : Graha Ilmu.

Aswita, dkk. (2023). Konsep Dasar Ilmu Kebidanan. Jawa Tengah. Eureka Media Aksara.

Ayu Nurdiyan, I.P.R. (2018) 'Education, Regulation, and Associations As a Solid Foundation for Midwifery Professionals', Jurnal Kesehatan Prima Nusantara Bukittinggi, 9(1).

Ayue, H. I. (2022). Asuhan Kebidanan Komunitas. Wineka Media.

Bustami, L. E. S., Insani, A. A., Iryani, D., & Yulizawati. (2017). Buku Ajar Kebidanan Komunitas. Padang: CV. Rumahkayu Pustaka Utama.

Casnuri, Novika, A. G., Wijayanti, H. N., Astuti, I. R., & Tugiyarti, U. (2022) Buku Ajar Asuhan Kebidanaan Komunitas. Banyumas: CV. Pena Persada.

Cholifah, S., & Purwanti, Y. (2019). Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas. Sidoarjo: Umsida Press.

Cunningham, (2006), Obstetric Williams, Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

Dartiwen, Nurhayati. (2019). Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Yogyakarta : Nuha Medika

Departemen Kesehatan RI, (2001), Standar Pelayanan Kebidanan, Jakarta

Depkes RI, (2010), Pedoman Pelaksanaan Standar Pelayanan Kebidanan, Jakarta

Depkes RI. (2016). Profil Kesehatan Indonesia 2016. Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia

Dewi, dkk (2011) 'Asuhan kehamilan untuk kebidanan', (Jakarta: Salemba medika.).

Dewi. (2016). Asuhan Kebidanan Neonatus Bayi Dan Anak Balita. Jakarta : Salemba Medika.

Erawati, (2020), Aspek Legal Kebidanan dan Etika Bidan, Semarang

Fatimah, Nuryaningsish. (2017) Asuhan Kebidanan Kehamilan. Sidoarjo : Zifatama Jawara

Fitria, R., & Ningsih, D. A. (2024). Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kelulusan Uji Kompetensi Nasional Pada Mahasiswa DIII Kebidanan dan DIII Keperawatan. Jurnal NERS, 8(1), 279–285.

Harnani. R. B. D., Wahyuni, S., Herawati, Z., Wulandari, E., Reflisiani, D., Rahayu, R., Ramadhaniati, Y., Pijaryani, I., Sugiarto, Alindawati, R.,

Nisa, A., Isnawati, N., Kurniasih, A., Novianti, R., Sari, L. L., Rozifa, A. W., Febrianti, T., Yumni, F. L., & Astuti, Y. (2022). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana. Yogyakarta: Zahir Publishing.

Hastuti, P., & Rusmini, R. (2020). Diploma III Kebidanan Tidak Dapat Melakukan Praktik Mandiri Bidan. (Vol. 2, Issue 2). http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/JSK/

Heryani R, (2013), Etikolegal dalam Praktik Kebidanan, DKI Jakarta

IBG Manuaba dkk, (2006), Pengantar Kuliah Obtetri, EGC, Jakarta

Ida Ayu Saputri, S. N. (2017) 'Konseling Kesehatan Pra Nikah Terhadap Minat Penundaan Kehamilan Beresiko Calon Pasangan Usia Subur Dibawah 20 Tahun', (Jombang: Stikes Insan Cendekia Medika).

Ikatan Bidan Indonesia (IBI). (2005) Etika dan Kode Etik Bidan di Indonesia. Jenkins R. 1995.

Jalilah, N. H., & Prapitasari, R. (2020). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Indramayu: CV. Adanu Abitama.

Kaparang, M. J. dkk (2023) Bunga Rampai Asuhan Kebidanan Masa nifas dan Menyusui. Cilacap: PT Media Pustaka Indo.

Kemenkes RI (2019) 'Undang - Undang RI No 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan', Undang - Undang RI No 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan.

Kemenkes RI, (2016), Praktikum Konsep Kebidanan dan Etika Legal Praktik Kebidanan, Jakarta, Pusdik SDM Kesehatan.

Kemenkes, RI. (2020). Buku Kia Revisi 2020 Lengkap. Kemenkes, RI.

Kemenkes, RI. (2020). Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Baru

Kementerian Kesehatan RI (2015) 'Petunjuk Pelaksanaan Komunikasi Informasi Dan Edukasi Kesehatan Reproduksi Dan Seksual Bagi Calon Pengantin', (Surakarta,Salemba Medika).

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi Praktik Bidan.

Kurniawati. (2021). Pendidikan Psikologi untuk Bidan Suatu Teori dan Terapannya. Yogyakarta: Rapha Publishing

Kusumastuti, I., Elvina, A., Yulianti, N., Saptyani, P. M., & Purwani, F. E. (2024). Buku Ajar Pengantar Praktik Kebidanan. Sonpedia Publishing Indonesia.

Leifer, G., (2015), Introduction to Maternity and Pediatric Nursing (7th ed.), Elsevier

Lety A, E.Z. dkk (2021) 'MODUL MANAJEMEN PELAYANAN KEBIDANAN', in MODUL MANAJEMEN PELAYANAN KEBIDANAN. Bengkulu: Stikes Saptabakti.

Mahfiana, L., Rohmah, E.Y., & Widyaningru, R. (2009). Remaja Dan Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta: STAIN Ponorogo Press.

Matahari, R., & Utami, F.P. (2018). Kesehatan Reproduksi Remaja dan Infeksi Menular Seksual. Yogyakarta: CV. Pustaka Ilmu Group.

Maternal dan Neonatal. 1st ed. cetakan kelima Abdul Bari Saifuddin,editor. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Maternity, D., Putri, R. D., & Aulia, D. L. N. (2017). Asuhan Kebidanan Komunitas. Yogyakarta: CV. Andi Offset.

Maulana, H. D. J. (2009). Promosi Kesehatan. Jakarta: EGC.

Mayasari, A. T., Febriyanti, H., & Primadevi, I. (2021). Kesehatan Reproduksi Wanita Di Sepanjang Daur Kehidupan. Aceh: Syiah Kuala University Press.

Mochtar R. (2019). Sinopsis Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi. Jakarta:EGC.

Mufdilah, dkk. (2012). Konsep Kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Muyassaroh dkk. (2023). Pengantar Prakteik Kebidanan. Medan. Yayasan Kita Menulis.

Ningsih, E. S., Mayasari, B., Susiyanti, E., Ramli Nurlalili, Anggraeni, W., Fitriani, Nur, A., Idiana, A., Irawaty, D. K., & Taureng, H. (2023). Konsep Kebidanan. Rizmedia Pustaka Indonesia.

Noor, M. S., Husaini, Puteri, A. O., Rosadi, D., Anhar, V. Y., Laily, N., Yulidasari, F., Sari, A. R., Rahman, F., Setiawan, M. I., Anggraini, L., Hadianor., & Fatimah, H. (2020). Buku Panduan Kesehatan Reprduksi Pada Remaja. Yogyakarta: CV. Mine.

Nugrahaeni. (2020). Pengantar Ilmu Kebidanan Dan Standar Profesi Kebidanan. Yogyakarta. Anak hebat Indonesia.

Nugrawi, N., & Amriani (2021) Buku Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Jawa Barat: Cv.Adanu Abimata

Nurasiah, A. (2016) 'EFEKTIVITAS PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP PASANGAN CALON PENGANTIN DI KANTOR URUSAN AGAMA KECAMATAN KUNINGAN KABUPATEN KUNINGAN', Jurnal of School Health, 1, pp. 44–53.

Nurmawati. (2010). Mutu Pelayanan Kebidanan . Jakarta : CV. Trans Info Media

Panggabean H, (2020), Etika dan Hukum Kesehatan, Bandung

Parmawati, I., Nisman, W. A., Lismidiati, W., & Mulyani, S. (2020) 'Upaya Penurunan Aktivitas Seksual Pranikah melalui Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berbasis Kesetaraan Gender', Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (Indonesian Journal of Community Engagement), 6(1). Available at: https://doi.org/10.22146/jpkm.38144.

Parwati, D. (2023). Asuhan Kebidanan Komunitas. Pare-Pare: Fatima Press.

Permatasari, D., Hutomo, C. S., Istikomah, S. B. T., Purba, J., Akhlaq, M. N. E., Sirait, SH., Argaheni, N. B., Zubaeda, & Gultom, L. (2022). Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana.

Permenkes No. 1464/MENKES/X/2010 tentang Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.

Permenkes No. 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggraan Praktik Bidan.

PP IBI.)2004). Etika dan Kode Etik Kebidanan. Jakarta: Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia.

Prawirohardjo, Sarwono. (2018). Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan

Priyanti, S & Syalfina, A. D. (2017). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Maryanti, D., & Septikasari, M. (2009). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Teori Dan Praktikum. Yogyakarta: Nuha Medika.

Rasjidi, I., (2014), Panduan Kehamilan Muslimah, Noura Books, Jakarta.

RI, K. (2019) Panduan Pelayanan Pasca Persalinan bagi Ibu dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Kemenkes RI.

RI, K. (2020) Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Kebiasaan BAru. Jakarta: Kemenkes RI.

Rieile Darma Bachriani (2022) 'BAB 1', bab 1.

Rinjani, M. dkk (2024) Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas dan Menyusui Berdasrkan Evidence Based:Teori dalam Praktik Kebidanan Profesional. Jakarta: Salemba Medika.

Risa Pitriani, R.A. (2021) 'PENERAPAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN METODE S-O-A-P PADA PRAKTIK BIDAN MANDIRI', Jurnal Kebidanan Malahayati, 7. Available at: https://doi.org/10.33024.

Rosita Dkk. (2023). Buku Ajar Konsep Kebidanan. Jambi. Sonpedia Publishing Indonesia

Rosita, E., Asriwidyayanti, Yulianti, N., Prima, D. R., Narmin, Asrawaty, Syaripah, R., Marlina, E. D., Kuswanti, F., & Saptyani, P. M. (2024). Buku Ajar Konsep Kebidanan (Vol. 1). Sonpedia Publishing Indonesia.

Sagita Darma Sari, SST, M.Kes. (2017). Kehamilan, Persalinan, Bayi Preterm & Postterm Disertai Evidence Based. Jakarta: Noerfikri

Salmah dkk, (2006), Asuhan Kebidanan Antenatal, EGC, Jakarta

Salsabila, M. dkk (2023) 'Asuhan Kebidanan Berkelanjutan / Countinuity Of Care', Journal on Education, 05.

Sastrariah. (2016). Bahan Ajar mata Kuliah konsep Kebidanan. Majene. Stikes Bina Bangsa.

Seriana, I., Bakoil, M. B., Fitriani, A., Lindayani, I. K., Astari, R. Y., Usman, H., Indirayani, I., Erawati, N. L. P. S., Veri, N., Indahwati, L., Syukur, N. A., Ariyani, N. W., & Rahayu, B. (2023). Asuhan Kebidanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana (KB). Media Sains Indonesia.

Setiawati, I., & Susanti, N. (2023). Buku Ajar Konsep Kebidanan. Penerbit UNPRI PRESS.

Sih Rini H, T.S.M. (2017) 'Dokumentasi Kebidanan', in Dokumentasi Kebidanan. Jakarta: Kemenkes RI.

Sujianti. (2009). Buku Ajar Konsep Kebidanan. Yogjakarta: Nuha Medika

Sujiyatini;Nurjanah;Kurniati, A. (2010) Asuhan Ibu Nifas Askeb III. Yogyakarta: Cyrillus Publisher.

Sulfianti, D. (2021) Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. Medan: Yayasan Kita Menulis.

Sulfianti, N. dkk (2024) 'Dokumentasi Kebidanan', in Dokumentasi Kebidanan. Medan: Yayasan Kita Menulis.

Sulistiani dkk. (2024). Konsep Dasar Kebidanan. Batam. Rey Media Grafika.

Sulistyawati (2015) Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas. Yogyakarta: Andi Offset.

Sumarah, dkk. (2012). Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin). Yogyakarta: Fitramaya.

Susanti, D., Rustam, Y., & Doni, A. W. (2018) 'Pengaruh Pendidikan Kesehatan Pranikah Terhadap Pengetahuan', http://jurnal.poltekkespadang.ac.id/ojs/index.php/jsm, 13(2)(18–25).

Susanti, K., & Puspita, R. (2022). Asuhan Kebidanan Komunitas. Purbalingga: CV. Eureka Media Aksara.

Sutanto, A. V., & Fitriana, Y. (2019). Asuhan Pada Kehamilan (1 ed.). Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Syafrudin dan Hamidah. (2009). Kebidanan Komunitas. Jakarta: EGC.

Taufan, Nugroho;Nurrezki;Warnaliza, D. (2014) Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3 Nifas. Yogyakarta: Nuha Medika.

Tombokan, S. G. J., Purwandari, A., & Tando, N. M. (2016). Asuhan Kebidanan Komunitas. Bogor: In Media.

Undang – undang No 4 tahun 2019 tentang Kebidanan

Undang-undang Kesehatan No. 23/1992 tentang Wewenang Bidan.

Undang-undang kesehatan Nomor 23 tahun 1992.

Undang-undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan

Wahyuni, C. (2017). Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana. Kediri: Strada Press.

Wahyuni., Mustar., Yanti, I., Sulfianti., Indrayani, S. P. W., Aini, F. N., Nurdiana, O. S. A., Alim, A., & Suryani, L. (2020). Komunitas Kebidanan Referensi Mahasiswa Kebidanan. Yayasan Kita Menulis.

Walyani, Elisabeth Siwi;Purwoastuti, E. (2015) Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Walyani, Elisabeth Siwi. (2014). Konsep Kebidanan. Yogyakarta : PT. Pustaka Baru Press

Widaryanti, Rahayu & Febriati LD. (2020). Buku Ajar Psikologi dalam Kehamilan, Persalinan, dan Nifas. Yogyakarta: Respati Press

Widatiningsih & Dewi. (2017). Praktik Terbaik Asuhan Kehamilan. Yogyakarta : Trans Medika

Winkjosastro, (2002), Ilmu Kebidanan, Yayasan Bina PustakSarmono Prawirohardjo, Jakarta .

Yanik, N. dkk (2022) 'Dokumentasi Kebidanan', in Dokumentasi Kebidanan. Medan: Yayasan Kita Menulis.

Yulizawati. (2021). Konsep Kebidanan. Indomedia Pustaka.

Biodata Penulis

Fajaria Nur Aini. Saat ini aktif sebagai dosen di Prodi Kebidanan Purwokerto Program Diploma III Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang. Aktif mengajar sejak 2012 dan mata kuliah yang diampu antara lain: Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL, Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Asuhan Kebidanan Komunitas, Obstetri dan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal dan Basic Life Support.

Sebelum menjadi dosen, penulis mempunyai pengalaman klinis selama 2 tahun di puskesmas sebagai bidan desa.

E-mail: fajaria.aini@gmail.com

Bd. Hj. Nur Aliyah Rangkuti, S.Keb, M.KM, lahir pada tanggal 27 Agustus 1988 di Panyabungan-Mandailing Natal. Anak pertama dari Bapak Alm H. Ali Hamzah, MM dan Ibu Hj. Mamnah, S.Pd. Penulis merupakan dosep tetap Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidimpuan sejak tahun 2018. Selain menjadi dosen tetap penulis juga aktif dalam membuat buku sebagai sumbangsih untuk dunia pendidikan. Penulis juga merupakan Pengurus Daerah Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Kota Padangsidimpuan, Sumatera Utara, yang membidangi bagian Anggaran Dasar Anggaran Rumah Tangga.

Sri Juwarni. Status sebagai Dosen Tetap terhitung mulai tahun 2008 sampai sekarang, pada Kementerian Kesehatan Politehnik Kesehatan Jurusan Kebidanan. Pada saat ini sebagai Tim mengajar mata kuliah Pengantar Kebidanan , mengampu Mata Kuliah Kesehatan Perempuan dan KB, Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal., Asuhan Kebidanan pada Kehamilan. Melaksanakan Penelitihan dan Pengabdian Masyarakat di lingkup Komunitas. Selain itu tetap aktif dalam membimbing mahasiswa (PA) , Praktek Klinik dan menyusun Laporan Tugas Akhir dan Karya Tulis Ilmiah serta bimbingan ke Lahan Praktek Lapangan. Pembimbing Try Out UKOM dan UKOM

E-mail: ikbal16juli@gmail.com

/Iis Sumiyati lahir di Bogor, pada 22 Juli 1986. Yang kerap disapa Iis adalah putri dari pasangan Asep Junaedi (ayah) dan Rohimah (ibu). Berprofesi sebagai dosen di Politeknik Tiara Bunda Depok dan saat ini aktif sebagai Bidan Praktek Mandiri di PMB Iis Sumiyati, SST, M.Kes dan beperan aktif dalam kegiatan profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Iis Sumiyati telah mempublikasikan artikel baik Jurnal Nasional dan Jurnal Internasional.

Penulis lahir di kota Padangsidimpuan pada tanggal 21 Juni 1995. Anak ke 5 dari 6 bersaudara dari Bapak H. Ahmad Hasim Lubis dan Ibu Hj. Siti Aminah Hutagalung. Penulis menyelesaikan pendidikan SD sampai SMA (2002-2014) di Kota Padangsidimpuan, kemudian melanjutkan pendidikan D-III kebidanan di Akademi Kebidanan Mitra Syuhada Padangsidimpuan dan meraih gelar Amd. Keb pada tahun 2017, penulis menlanjutkan pendidikan D-IV

kebidanan di Institut Kesehatan Helvetia Medan dan meraih gelar S.Tr.Keb pada tahun 2018. Pada tahun 2019 penulis melanjutkan pendidikan S2 kebidanan di Stikes Guna Bangsa Yogyakarta dan meraih gelar M.Keb pada tahun 2021.

Saat ini penulis berkerja di Universitas Aufa Royhan Kota Padangsidimpuan sebagai dosen pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Kota Padangsidimpuan

Khairunnisa Situmorang, SST., M.Kes. lahir di Medan pada tanggal 28 November 1989. Tahun 2012 penulis menyelesaikan D-IV Bidan Pendidik dengan gelar Sarjana Sains Terapan (SST) di Universitas Sumatera Utara (USU), tahun 2014 penulis melanjutkan pendidikan ke program Pascasarjana Universitas Sumatera Utara sebagai mahasiswi di Fakultas Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi dan berhasil menyelesaikan Program Pascasarjana pada bulan November 2016 dengan mendapat gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.Kes).

Mengampu mata kuliah Evidance Based dalam Praktik Kebidanan, Asuhan Kebidanan Pada Persalinan, Asuhan Kebidanan pada Prakonsepsi dan Perencanaan Keluarga. Bekerja sebagai Dosen Tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Husada Medan Prodi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi sampai sekarang.

E-mail: khairunsitumorang@gmail.com

Septerina Purwandani Winarso, SST.,Bdn.,MKes, lahir di Purwokerto pada tanggal 24 September 1980. Menyelesaikan kuliah Diploma III Kebidanan di Akbid Depkes Mangkuyudan Yogyakarta, lulus tahun 2001 dan meneruskan Diploma IV Bidan Pendidik di Unpad Bandung, lulus tahun 2004. Lulus Magister Kesehatan Ibu dan Anak Undip Semarang Tahun 2013 dan meneruskan Profesi Bidan di Poltekkes Kemenkes Semarang lulus Tahun 2022. Bekerja sebagai Dosen Universitas Harapan Bangsa Purwokerto dari tahun 2002-2007. Menjadi Dosen Poltekkes Kemenkes Semarang Jurusan Kebidanan Prodi D III Kebidanan Purwokerto dari tahun 2007 sampai dengan sekarang.

Nurul khalifah lahir di Sumenep tanggal 03 Mei 1996. Penulis menempuh pendidikan ke jenjang perguruan tinggi Diploma 3 Kebidanan di Universitas Wiraraja dan selesai pendidikan di tahun 2018 dan tahun 2019 sudah melanjutkan ke Diploma 4 di Stikes Ngudia Husada dan untuk jenjang S2 penulis mengambil pendidikan di Stikes Guna Bangsa Yogyakarta.saat ini aktif di Universitas Wiraraja.

Emailpenulis:nurulkhalifah@wiraraja.ac.id

/Yanasita Mafluha, SST, MKes. lahir di Tangerang, pada tanggal 09 Januari 1988. Yang kerap disapa Yanasita adalah putri dari pasangan Alm. H. Chudori (ayah) dan Hj. Sri Ganda Hawana (ibu). Penulis saat ini bekerja sebagai dosen tetap program studi kebidanan di Akademi Kebidanan Assyifa Tangerang. Penulis juga sudah mempublikasikan beberapa Jurnal Penelitian baik Lokal maupun Nasional.

Mayes Felda Simamora, SKM, M.Kes lahir di Sibuntuon, 26 Maret 1987. Saat ini penulis tinggal di Lumban Silintong Desa Siponjot Kecamatan Lintong Nihuta Kabupaten Humbang Hasundutan. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Kesehatan Baru (lulus 2010), S-1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Prima Indonesia (UNPRI) Medan (lulus 2012), pascasarjana di Universitas Sumatera Utara (USU) dengan peminatan Kesehatan Reproduksi (lulus 2015), dan meraih gelar M.Kes.

Aktivitas penulis saat ini selain mengajar pada jenjang Diploma III Kebidanan juga sebagai Ka.Prodi DIII Kebidanan periode 2023-2028 di STIKes Kesehatan Baru. Juga sebagai anggota organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) di Kabupaten Humbang Hasundutan. Jalin kerjasama dengan penulis via surel mayes.simamora@stikeskb.ac.id

Ninik Azizah, SST., M.Kes. Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan di UNUSA Surabaya (2001), Diploma IV Bidan Pendidik di UNPAD Bandung (2004) dan S2 Pendidikan Kesehatan di UNS Solo (2012). Saat ini mengabdikan diri di Prodi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan UNIPDU Jombang.

Alfrianne. Saat ini merupakan Dosen di Program Studi D III Kebidanan Medan Jurusan Kebidanan Potekkes Kemenkes RI Medan Sumatera Utara. Sebelumnya mengikuti Pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik USU dan Menyelesaikan Pendidikan Strata 2 dari USMI. Mengajar Mahasiswa dalam Mata Kuliah Anatomi dan Fisiologi, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Kebutuhan Dasar Manusia Dalam Praktik Kebidanan, Praktik Klinik Kebidanan.

Mengampu mata kuliah Kebutuhan Dasar Manusia Dalam Praktik Kebidanan. Selama ini terlibat aktif sebagai dosen pembimbing akademik mahasiswa dan juga dalam membimbing Tugas Akhir Mahasiswa.

E-mail: alfrianne1@gmail.com

PENGANTAR ILMU KEBIDANAN DAN STANDAR PROFESI KEBIDANAN

Kebidanan adalah bidang yang sangat krusial dalam dunia kesehatan karena mendukung kesehatan ibu dan anak, asuhan sejak kehamilan hingga masa nifas, serta kesejahteraan perempuan secara keseluruhan. Profesionalisme dalam praktik kebidanan tidak hanya memerlukan pengetahuan teoritis, tetapi juga pemahaman yang mendalam tentang standar dan etika profesi.

Buku ini membahas:

Bab 1 Sejarah dan Evolusi Bidan
Bab 2 Konsep Dasar Dalam Kebidanan
Bab 3 Anatomi Dan Fisiologi Wanita
Bab 4 Kesehatan Reproduksi
Bab 5 Kehamilan
Bab 6 Persalinan
Bab 7 Masa Nifas
Bab 8 Manajemen Kebidanan
Bab 9 Kebidanan Komunitas
Bab 10 Etika Profesi Kebidanan
Bab 11 Standar Asuhan Kebidanan
Bab 12 Standar Pelayanan Kebidanan

YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-113-419-6