SKILL, CARE, & COMPASSION DALAM PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN

Sitti Sarifah Kotarumalos, SST., M.Keb | Fasiha, S.SiT.,M.Kes
Bd. Wilda Wahyuni Siregar, S.ST, M.Kes | Dr. Hamidah SST.M.KM
Ismiyanti H. Achmad, S.ST.,M.Keb | Hasnawati Nukuhaly, S.SiT., M.Kes
Bdn. Yan Sartika, SST, M. Keb | Desi Scorpinasari Br Ginting, M.Keb
Sri Putriani Sinaga, S.Tr.Keb.,M.Keb | Novita Sari Br Pelawi,Bdn, M.Tr. Keb
Bdn.Chaterin Y Hatusupy, S.ST.,M.Kes

Editor:
Dr. Ruwayda, S.ST, Bdn, M.Kes, M.Keb

SKILL, CARE, & COMPASSION
DALAM PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN

Sitti Sarifah Kotarumalos, SST., M.Keb
Fasiha, S.SiT.,M.Kes
Bd. Wilda Wahyuni Siregar, S.ST, M.Kes
Dr. Hamidah SST.M.KM
Ismiyanti H. Achmad, S.ST.,M.Keb
Hasnawati Nukuhaly, S.SiT., M.Kes
Bdn. Yan Sartika, SST, M. Keb
Desi Scorpinasari Br Ginting, M.Keb
Sri Putriani Sinaga, S.Tr.Keb.,M.Keb
Novita Sari Br Pelawi,Bdn, M.Tr. Keb
Bdn.Chaterin Y Hatusupy, S.ST.,M.Kes

Editor:
Dr. Ruwayda, SST, Bdn, M.Kes, M.Keb

MEDIA
PUSTAKA INDO

SKILL, CARE, & COMPASSION
DALAM PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN

Penulis:
Sitti Sarifah Kotarumalos, SST., M.Keb
Fasiha, S.SiT.,M.Kes
Bd. Wilda Wahyuni Siregar, S.ST, M.Kes
Dr. Hamidah SST.M.KM
Ismiyanti H. Achmad, S.ST.,M.Keb
Hasnawati Nukuhaly, S.SiT., M.Kes
Bdn. Yan Sartika, SST, M. Keb
Desi Scorpinasari Br Ginting, M.Keb
Sri Putriani Sinaga, S.Tr.Keb.,M.Keb
Novita Sari Br Pelawi,Bdn, M.Tr. Keb
Bdn. Chaterin Y Hatusupy, S.ST.,M.Kes

Editor Buku:
Dr. Ruwayda, SST, Bdn, M.Kes, M.Keb

ISBN :
978-634-247-389-4

Cetakan Pertama : 2026
Diterbitkan Oleh :
PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com
Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku bunga rampai ini berjudul SKILL, CARE, & COMPASSION DALAM PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting tentang Skill, Care, & Compassion. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep dan filosofi praktik klinik kebidanan, keterampilan dasar praktik klinik kebidanan, serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, Mei 2026

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1 Konsep dan Filosofi Praktik Klinik Kebidanan 1

A. Pendahuluan 1

B. Konsep Praktik Klinik Kebidanan 3

C. Filosofi Kebidanan 4

D. Konsep Skill dalam Praktik Klinik Kebidanan 6

E. Konsep Care dalam Pelayanan Kebidanan 7

F. Konsep Compassion dalam Praktik Klinik 8

G. Prinsip-Prinsip Praktik Klinik Kebidanan 8

H. Peran Bidan dalam Praktik Klinik 9

I. Penerapan Skill, Care, & Compassion dalam Pelayanan Kebidanan 10

BAB 2 Peran, Tanggung Jawab, dan Etika Mahasiswa Kebidanan di Lahan Klinik 14

A. Pendahuluan 14

B. Peran, Tanggung Jawab dan Etika Mahasiswa Kebidanan di Lahan Klinik 15

BAB 3 Komunikasi Terapeutik dan Pendekatan Humanistik dalam Asuhan Kebidanan 29

A. Pendahuluan 29

B. Konsep Komunikasi Terapeutik 30

C. Tujuan Komunikasi Terapeutik 31

D. Konsep Pendekatan Humanistik 32

E. Dasar Filosofis Pendekatan Humanistik 34

F. Prinsip Komunikasi Terapeutik Berbasis Humanistik 35

G. Penerapan Komunikasi Terapeutik dalam Asuhan Kebidanan 38

H. Manfaat Pendekatan Humanistik dalam Asuhan Kebidanan .. 39

I. Hambatan dalam Penerapan Komunikasi Terapeutik dan Pendekatan Humanistik 40
BAB 4 Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan 45
A. Pendahuluan..... 45
B. Konsep Ketrampilan Praktik Klinik Kebidanan (KDPK) 46
BAB 5 Praktik Klinik Asuhan Kebidanan pada Kehamilan (ANC) 57
A. Pendahuluan..... 57
B. Konsep Dasar ANC 57
C. Pengkajian Dalam Praktek Kehamilan 63
D. Pemeriksaan Kehamilan 69
BAB 6 Praktik Klinik KIE: Deteksi Dini Risiko Kehamilan dan Kesiapan Persalinan..... 75
A. Pendahuluan..... 75
B. Konsep Dasar KIE dalam Kebidanan..... 77
C. Deteksi Dini Risiko Kehamilan 79
D. Praktik Klinik dalam Deteksi Dini..... 82
BAB 7 Praktik Klinik Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal ... 88
A. Pendahuluan..... 88
B. Konsep Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal 89
BAB 8 Praktik Klinik Asuhan Bayi Baru Lahir dan Neonatus..... 102
A. Pendahuluan..... 102
B. Adaptasi Fisiologis BBL 103
C. Tanda-tanda Bayi Baru Lahir Normal 106
D. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir..... 106
E. Perawatan Bayi Baru Lahir 108
F. Pelayanan Kesehatan Esensial pada Bayi Baru lahir 110

BAB 9 Praktik Klinik Keluarga Berencana dan Konseling Reproduksi 114

A. Pendahuluan 114

B. Konsep Keluarga 116

BAB 10 Praktik Klinik Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal .. 135

A. Pendahuluan 135

B. Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal 137

BAB 11 Praktik Klinik Asuhan Kebidanan Kesehatan Reproduksi Perempuan Sepanjang Daur Kehidupan 153

A. Pendahuluan 153

B. Konsep Dasar Kesehatan Reptiduksi 154

C. Pengkajian Dalam Praktek Kesehatan Reproduksi Perempuan 158

BAB 1

Konsep dan Filosofi Praktik Klinik Kebidanan

Sitti Sarifah Kotarumalos, SST., M.Keb

A. Pendahuluan

Praktik klinik kebidanan merupakan bagian penting dalam sistem pelayanan kesehatan yang berfokus pada kesehatan ibu dan anak mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga keluarga berencana. Pelayanan kebidanan dilaksanakan secara menyeluruh melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk meningkatkan derajat kesehatan perempuan dan bayi. Dalam praktiknya, bidan dituntut mampu memberikan pelayanan yang aman, profesional, dan sesuai standar kompetensi. Standar Profesi Bidan menjelaskan bahwa bidan harus memiliki kompetensi pengetahuan, keterampilan klinis, kemampuan komunikasi terapeutik, serta sikap profesional dalam memberikan asuhan kebidanan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Perkembangan praktik klinik kebidanan di Indonesia dipengaruhi oleh kondisi kesehatan ibu dan anak yang masih menjadi prioritas pembangunan kesehatan nasional. Angka kematian ibu dan angka kematian bayi masih menjadi indikator penting dalam menilai keberhasilan pelayanan kesehatan. Berbagai komplikasi kehamilan dan persalinan seperti perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, dan persalinan lama masih menjadi penyebab utama kematian maternal dan neonatal. Oleh sebab itu, pelayanan kebidanan yang berkualitas sangat dibutuhkan untuk mendukung upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi. Profil Kesehatan Ibu dan Anak Indonesia tahun 2022 menunjukkan

bahwa pelayanan maternal neonatal memerlukan dukungan tenaga kesehatan terampil yang mampu memberikan pelayanan cepat, tepat, aman, dan berkesinambungan (Badan Pusat Statistik, 2022).

Praktik klinik kebidanan menjadi sarana penting dalam pembentukan kompetensi bidan profesional. Praktik klinik memungkinkan bidan mengintegrasikan teori dengan pengalaman nyata di lapangan, termasuk kemampuan pengambilan keputusan klinis, komunikasi terapeutik, deteksi dini komplikasi, dan penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal. Oleh karena itu, praktik klinik kebidanan tidak hanya berorientasi pada tindakan medis, tetapi juga pada pelayanan yang humanis dan berpusat pada perempuan (*woman centered care*).

Pelayanan kebidanan yang berkualitas tidak hanya ditentukan oleh kemampuan teknis atau keterampilan klinis, tetapi juga oleh sikap kepedulian dan kasih sayang dalam memberikan asuhan kepada ibu dan bayi. Dalam praktik kebidanan, bidan berinteraksi langsung dengan perempuan yang mengalami perubahan fisik, emosional, dan psikologis sehingga pelayanan yang humanis menjadi kebutuhan utama.

Keterampilan (*skill*), kepedulian (*care*), dan kasih sayang (*compassion*) merupakan komponen penting dalam pelayanan kebidanan yang berkualitas. Keterampilan mencakup kemampuan bidan dalam melakukan tindakan klinik sesuai standar profesi dan *evidence based practice*, seperti pemeriksaan antenatal, pertolongan persalinan, deteksi dini komplikasi, pelayanan nifas, dan konseling kesehatan reproduksi (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Selain keterampilan teknis, bidan juga dituntut memiliki kepedulian terhadap kondisi fisik dan psikologis ibu melalui komunikasi yang baik, dukungan emosional, dan hubungan terapeutik dengan pasien serta keluarga. Sikap kasih sayang membantu bidan memahami rasa takut, nyeri, dan kecemasan ibu sehingga menciptakan pelayanan yang humanis, aman, nyaman, dan menghargai martabat perempuan. World Health Organization menegaskan bahwa pelayanan kebidanan harus diberikan secara terampil, penuh hormat, dan penuh kasih sayang untuk

menciptakan pengalaman positif selama proses reproduksi (WHO, 2024).

Penelitian yang dilakukan oleh Kotarumalos (2024) menunjukkan bahwa keluhan fisiologis pada ibu hamil trimester III dapat memengaruhi kualitas tidur dan kondisi psikologis ibu hamil. Hasil penelitian tersebut menunjukkan pentingnya pelayanan kebidanan yang tidak hanya fokus pada kondisi fisik, tetapi juga memperhatikan kenyamanan dan kesejahteraan psikologis ibu selama kehamilan (Kotarumalos dan Hermanses, 2024).

Hal ini menunjukan pelayanan klinik, bidan juga berperan dalam pemberdayaan masyarakat melalui promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan reproduksi sejak usia remaja. Dengan demikian, bidan memiliki kontribusi besar dalam meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak secara berkelanjutan.

B. Konsep Praktik Klinik Kebidanan

1. Pengertian

   Praktik klinik kebidanan merupakan penerapan ilmu, keterampilan, dan sikap profesional bidan dalam memberikan asuhan kebidanan secara langsung kepada perempuan, bayi baru lahir, dan keluarga pada berbagai tahap kehidupan reproduksi. Praktik klinik kebidanan dilakukan melalui pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan tujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak secara optimal. Standar Profesi Bidan menjelaskan bahwa praktik kebidanan adalah pelayanan yang dilakukan oleh bidan sesuai kompetensi, kewenangan, dan kode etik profesi dalam memberikan asuhan yang aman, bermutu, dan berorientasi pada keselamatan pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2. Ruang Lingkup

   Ruang lingkup praktik klinik kebidanan meliputi pelayanan kesehatan ibu hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana, kesehatan reproduksi perempuan, serta pelayanan kesehatan masyarakat berbasis komunitas. Praktik kebidanan juga mencakup deteksi dini komplikasi, penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal, konseling

kesehatan reproduksi, promosi kesehatan, dan rujukan apabila ditemukan kondisi risiko tinggi. Hal tersebut menunjukkan bahwa praktik klinik kebidanan memiliki cakupan pelayanan yang luas dan berkesinambungan.

3. Tujuan

Tujuan praktik klinik kebidanan adalah meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak, mencegah komplikasi, menurunkan angka kematian maternal dan neonatal, serta meningkatkan kualitas hidup perempuan dan keluarga. Selain itu, praktik klinik bertujuan membentuk tenaga bidan yang kompeten, profesional, dan mampu memberikan pelayanan berbasis bukti ilmiah (*evidence based practice*). Penelitian Kotarumalos dan Fasiha (2025) mengenai *early warning signs* pada kehamilan trimester akhir menunjukkan bahwa praktik klinik yang baik membantu bidan melakukan deteksi dini komplikasi kehamilan sehingga risiko kegawatdaruratan maternal dapat dicegah lebih awal (Kotarumalos, 2025).

4. Standar Pelayanan Kebidanan

Standar pelayanan kebidanan merupakan pedoman bagi bidan dalam memberikan pelayanan yang aman, efektif, dan berkualitas. Standar pelayanan meliputi standar kompetensi, standar prosedur operasional, standar komunikasi terapeutik, keselamatan pasien, serta penerapan *evidence based midwifery*. World Health Organization tahun 2024 menegaskan bahwa pelayanan kebidanan yang berkualitas harus dilakukan secara terampil, penuh hormat, aman, dan berpusat pada perempuan untuk menciptakan pengalaman positif selama proses reproduksi (WHO, 2024).

C. Filosofi Kebidanan

Filosofi kebidanan merupakan keyakinan dan pandangan dasar yang menjadi landasan dalam praktik pelayanan kebidanan. Filosofi kebidanan memandang bahwa kehamilan, persalinan, nifas, dan kelahiran merupakan proses fisiologis alami dalam kehidupan perempuan yang membutuhkan dukungan, pendampingan, dan pelayanan profesional. Filosofi ini

menempatkan perempuan sebagai individu yang memiliki hak untuk menentukan keputusan terhadap kesehatan reproduksinya sendiri.

Nilai-nilai dasar dalam kebidanan meliputi penghormatan terhadap martabat manusia, pelayanan yang aman dan berkualitas, keadilan, empati, kepedulian, serta penghargaan terhadap hak perempuan dan keluarga. Bidan dalam memberikan pelayanan harus menghormati budaya, keyakinan, dan pilihan perempuan selama proses asuhan kebidanan.

Pendekatan *woman centered care* merupakan inti filosofi kebidanan modern. Pendekatan ini menempatkan perempuan sebagai pusat pelayanan dengan memperhatikan kebutuhan fisik, emosional, sosial, budaya, dan spiritualnya. Pelayanan kebidanan tidak hanya fokus pada tindakan medis, tetapi juga memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada ibu dan keluarga. WHO tahun 2024 menegaskan bahwa pelayanan maternitas yang berpusat pada perempuan dapat meningkatkan kepuasan pelayanan dan pengalaman positif selama kehamilan dan persalinan (WHO, 2024).

Kebidanan juga dipandang sebagai pelayanan holistik karena memperhatikan perempuan secara menyeluruh. Bidan tidak hanya menangani masalah fisik, tetapi juga memperhatikan kondisi psikologis, lingkungan sosial, dan dukungan keluarga. Penelitian Kotarumalos dan Hermanses tahun 2024 mengenai kualitas tidur ibu hamil trimester III menunjukkan bahwa kondisi fisiologis selama kehamilan dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis ibu sehingga pelayanan kebidanan perlu memperhatikan kenyamanan dan kualitas hidup ibu secara menyeluruh (Kotarumalos dan Hermanses, 2024).

Penghormatan terhadap hak perempuan dan keluarga menjadi bagian penting dalam filosofi kebidanan. Setiap perempuan berhak memperoleh informasi, menentukan pilihan pelayanan kesehatan, mendapatkan privasi, serta memperoleh pelayanan yang aman dan bebas diskriminasi. Bidan harus

melibatkan keluarga dalam proses pengambilan keputusan tanpa mengabaikan hak otonomi perempuan sebagai penerima asuhan.

D. Konsep Skill dalam Praktik Klinik Kebidanan

Keterampilan klinik (*clinical skill*) merupakan kemampuan bidan dalam melakukan tindakan pelayanan kebidanan secara tepat, aman, dan sesuai standar profesi. Keterampilan klinik meliputi kemampuan pemeriksaan fisik, pertolongan persalinan normal, penanganan kegawatdaruratan maternal neonatal, pelayanan nifas, perawatan bayi baru lahir, serta konseling kesehatan reproduksi. Keterampilan klinik menjadi dasar utama dalam menjamin keselamatan ibu dan bayi selama proses pelayanan kesehatan.

Kompetensi dasar bidan mencakup pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional dalam memberikan asuhan kebidanan. Standar Kompetensi Kerja Nasional Indonesia Bidang Kebidanan menjelaskan bahwa bidan harus mampu melakukan asuhan kebidanan berbasis *evidence based practice*, komunikasi efektif, pengambilan keputusan klinis, serta kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Keterampilan komunikasi terapeutik sangat penting dalam praktik klinik kebidanan karena bidan berinteraksi langsung dengan ibu dan keluarga. Komunikasi yang baik membantu meningkatkan rasa percaya pasien, mempermudah pengkajian kondisi kesehatan, serta membantu ibu merasa nyaman selama pelayanan. Komunikasi terapeutik juga membantu bidan memberikan edukasi kesehatan secara efektif.

Selain komunikasi, bidan harus memiliki keterampilan pengambilan keputusan klinik. Pengambilan keputusan klinik dilakukan berdasarkan hasil pengkajian, observasi, interpretasi data, dan kondisi pasien secara menyeluruh. Penelitian Hermanses (2025) mengenai penerapan *evidence based practice* pada kasus ketuban pecah dini menunjukkan bahwa kemampuan pengambilan keputusan klinik sangat penting untuk mencegah komplikasi maternal neonatal dan meningkatkan keselamatan pasien (Suharni Hermanses dkk).

Pengembangan keterampilan bidan dilakukan melalui pendidikan, praktik klinik, pelatihan, simulasi, seminar, dan pengembangan profesional berkelanjutan. Praktik klinik menjadi sarana penting bagi mahasiswa dan tenaga bidan untuk meningkatkan kompetensi klinis serta kemampuan menghadapi situasi nyata di lapangan.

E. Konsep Care dalam Pelayanan Kebidanan

Caring dalam kebidanan merupakan sikap peduli, perhatian, dan tanggung jawab bidan terhadap kebutuhan fisik maupun psikologis ibu dan bayi selama proses pelayanan kesehatan. Caring menjadi inti hubungan antara bidan dan pasien karena pelayanan kebidanan tidak hanya berorientasi pada tindakan medis, tetapi juga pada dukungan emosional dan kenyamanan pasien.

Pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan ibu dan bayi dilakukan dengan memperhatikan kenyamanan, keamanan, privasi, serta kondisi emosional pasien. Bidan harus mampu memberikan pelayanan yang responsif terhadap kebutuhan individu setiap perempuan selama kehamilan, persalinan, dan nifas. Hubungan interpersonal antara bidan dan pasien sangat penting dalam menciptakan pelayanan yang efektif. Hubungan yang baik membantu membangun rasa percaya sehingga ibu merasa lebih nyaman dalam menyampaikan keluhan dan kebutuhan selama proses asuhan. Komunikasi yang empatik juga membantu mengurangi kecemasan ibu selama kehamilan dan persalinan.

Penerapan empati dalam asuhan kebidanan dilakukan dengan mendengarkan keluhan pasien, memahami kondisi emosional ibu, serta memberikan dukungan psikologis secara tulus. Dukungan emosional dari keluarga dan tenaga kesehatan berpengaruh terhadap keberhasilan menyusui pada ibu nifas (Fasiha, 2024). Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan bagian penting dalam konsep caring. Bidan harus memberikan pelayanan yang aman, mencegah kesalahan tindakan, menerapkan prosedur sesuai standar, dan melakukan deteksi dini komplikasi untuk mencegah risiko yang membahayakan ibu dan bayi.

F. Konsep Compassion dalam Praktik Klinik

Compassion merupakan kemampuan tenaga kesehatan untuk memahami penderitaan, kecemasan, dan kebutuhan emosional pasien disertai keinginan untuk membantu secara tulus. Dalam praktik kebidanan, compassion menjadi dasar pelayanan humanis karena ibu hamil dan bersalin sering mengalami rasa takut, nyeri, dan kecemasan selama proses reproduksi. Compassion menjadi inti pelayanan kebidanan karena bidan tidak hanya memberikan tindakan medis, tetapi juga memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada ibu dan keluarga. Sikap welas asih membantu ibu merasa dihargai, aman, dan nyaman selama menerima pelayanan kesehatan.

Sikap welas asih dalam praktik klinik tercermin dari komunikasi yang lembut, kesabaran dalam menghadapi pasien, perhatian terhadap kebutuhan ibu, serta dukungan emosional selama persalinan dan nifas. Pelayanan yang penuh kasih sayang membantu meningkatkan kepuasan pasien dan pengalaman positif selama persalinan. Dukungan emosional kepada ibu dan keluarga sangat penting karena kondisi psikologis ibu dapat memengaruhi proses kehamilan, persalinan, dan menyusui. Penelitian Kotarumalos dan Hermanses tahun 2024 menunjukkan bahwa kondisi fisik ibu hamil dapat memengaruhi kualitas tidur dan kesejahteraan psikologis sehingga dukungan emosional dari tenaga kesehatan sangat dibutuhkan (Kotarumalos & Hermanses, 2024).

Pendekatan humanis dalam pelayanan membantu membangun kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan. WHO tahun 2024 menegaskan bahwa pelayanan maternitas yang penuh hormat dan kasih sayang dapat meningkatkan pengalaman positif perempuan selama proses reproduksi (WHO, 2024).

G. Prinsip-Prinsip Praktik Klinik Kebidanan

Praktik klinik kebidanan dilaksanakan berdasarkan prinsip etika dan profesionalisme untuk menjamin pelayanan yang aman dan berkualitas. Prinsip etika meliputi menghormati martabat manusia, menjaga kerahasiaan pasien, memberikan pelayanan tanpa diskriminasi, dan menghormati hak perempuan dalam

pengambilan keputusan kesehatan. Prinsip *evidence based midwifery* menekankan bahwa pelayanan kebidanan harus didasarkan pada bukti ilmiah terbaru agar tindakan yang diberikan aman, efektif, dan sesuai kebutuhan pasien. Penelitian Hermanses dan Kotarumalos tahun 2025 menunjukkan bahwa penerapan *evidence based practice* membantu meningkatkan kualitas pelayanan pada kasus obstetri risiko tinggi (Hermanses & Kotarumalos, 2025).

Prinsip komunikasi efektif penting dalam praktik klinik karena membantu meningkatkan hubungan terapeutik antara bidan dan pasien. Komunikasi efektif juga mendukung keberhasilan edukasi kesehatan dan pengambilan keputusan bersama. Kolaborasi interprofesional dilakukan melalui kerja sama antara bidan, dokter, perawat, ahli gizi, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan komprehensif kepada ibu dan bayi. Prinsip *continuity of care* menekankan pentingnya pelayanan kebidanan yang berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, hingga keluarga berencana agar kesehatan ibu dan bayi dapat dipantau secara optimal.

H. Peran Bidan dalam Praktik Klinik

Bidan berperan sebagai pemberi asuhan kebidanan melalui pelayanan antenatal, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Bidan bertanggung jawab menjaga keselamatan ibu dan bayi selama proses pelayanan kesehatan. Selain sebagai pemberi asuhan, bidan juga berperan sebagai edukator yang memberikan pendidikan kesehatan mengenai gizi, persiapan persalinan, ASI eksklusif, kesehatan reproduksi, dan perawatan bayi baru lahir.

Bidan juga berperan sebagai konselor yang memberikan dukungan psikologis dan membantu ibu menghadapi kecemasan selama kehamilan dan persalinan. Penelitian Fasiha, Lestaluhu, dan Kotarumalos tahun 2024 menunjukkan bahwa dukungan dan edukasi dari bidan membantu meningkatkan keberhasilan ASI eksklusif melalui intervensi pijat oksitosin (Fasiha, Lestaluhu, & Kotarumalos, 2024). Sebagai advokat perempuan, bidan membantu melindungi hak perempuan dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan bebas diskriminasi. Bidan juga

menjadi kolaborator dalam tim kesehatan untuk mendukung pelayanan maternal neonatal secara komprehensif.

I. Penerapan Skill, Care, & Compassion dalam Pelayanan Kebidanan

Penerapan *skill, care,* dan *compassion* dalam pelayanan kebidanan dilakukan pada seluruh tahapan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Pada masa kehamilan, bidan melakukan pemeriksaan antenatal, deteksi dini komplikasi, edukasi kesehatan, serta memberikan dukungan emosional kepada ibu hamil.

Pada persalinan, bidan menggunakan keterampilan klinik untuk menolong persalinan secara aman sambil memberikan dukungan emosional dan rasa nyaman kepada ibu. Pendekatan yang penuh empati membantu mengurangi kecemasan dan rasa takut selama persalinan. Pada masa nifas, bidan memberikan pelayanan perawatan ibu dan bayi, dukungan menyusui, serta pemantauan kondisi psikologis ibu. Penelitian Fasiha, Kotarumalos, dan Kaisuku tahun 2025 menunjukkan bahwa dukungan emosional dan keterlibatan keluarga membantu meningkatkan keberhasilan menyusui pada ibu nifas (Fasiha, Kotarumalos, & Kaisuku, 2025). Pada pelayanan bayi baru lahir, bidan melakukan pemeriksaan fisik, pencegahan hipotermia, inisiasi menyusu dini, dan edukasi perawatan bayi kepada keluarga.

Dalam pelayanan keluarga berencana, bidan memberikan konseling, edukasi kontrasepsi, serta membantu perempuan menentukan pilihan sesuai kebutuhan dan kondisi kesehatannya. **P**enerapan pelayanan humanis dalam praktik kebidanan membantu menciptakan pelayanan yang aman, nyaman, dan berpusat pada kebutuhan perempuan serta keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Pusat Statistik. (2022). *Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2022*. Badan Pusat Statistik Indonesia. Diakses dari https://www.bps.go.id/id/publication/2022/12/23/54f24c0520b257b3def481be/profil-kesehatan-ibu-dan-anak-

Fasiha, Lestaluhu, V., & Kotarumalos, S. S. (2024). Pijat oksitosin sebagai upaya optimalisasi peran kader posyandu dalam mendukung keberhasilan ASI eksklusif. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*. Diakses dari https://ejournal.poltekharber.ac.id/index.php/abdimas/article/view/1750

Fasiha, Kotarumalos, S. S., & Kaisuku, N. F. R. (2025). Perilaku supportif suami terhadap keberhasilan menyusui pada ibu nifas. *Jurnal Bidan Cerdas*. Diakses dari https://www.jurnalpoltekkesmaluku.com/index.php/JBD/article/download/626/268

Hermanses, S. S., & Kotarumalos, S. S. (2025). Penerapan evidence based practice pada persalinan dengan ketuban pecah dini. *Jurnal Bidan Cerdas*. Diakses dari https://www.jurnalpoltekkesmaluku.com/index.php/JBD/issue/current

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Standar Profesi Bidan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diakses dari https://repositori-ditjen-nakes.kemkes.go.id/294/

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Standar Kompetensi Kerja Nasional Indonesia Bidang Kebidanan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diakses dari https://repositori-ditjen-nakes.kemkes.go.id/537/

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Transformasi Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diakses dari https://www.kemkes.go.id/id/ini-capaian-kinerja-kementerian-kesehatan-di-tahun-2022

Kotarumalos, S. S., & Fasiha. (2025). Early warning signs pada kehamilan trimester akhir melalui asuhan kebidanan 10T.

Jurnal Bidan Cerdas. Diakses dari https://www.jurnalpoltekkesmaluku.com/index.php/JBD/issue/current

Kotarumalos, S. S., & Hermanses, S. S. (2024). Faktor pemicu sering buang air kecil pada ibu hamil trimester III terhadap kualitas tidur ibu hamil. *Jurnal Bidan Cerdas*. Diakses dari https://www.jurnalpoltekkesmaluku.com/index.php/JBD/article/download/562/236

World Health Organization. (2024). *Midwifery care for women and newborns*. Geneva: World Health Organization. Diakses dari https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/midwifery

World Health Organization. (2024). *WHO urges expansion of lifesaving midwifery care for women and babies*. Geneva: World Health Organization. Diakses dari https://www.who.int/news/item/16-10-2024-who-urges-expansion-of-lifesaving-midwifery-care-for-women-and-babies

BIODATA PENULIS

Sitti Sarifah Kotarumalos, SST., M.Keb lahir di Ambon, 12 Januari 1990. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Maluku, DIV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dan S2 Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Ambon

BAB 2 Peran, Tanggung Jawab, dan Etika Mahasiswa Kebidanan di Lahan Klinik

Fasiha, S.SiT.,M.Kes

A. Pendahuluan

Praktik klinik kebidanan merupakan fase transformatif yang menjembatani kesenjangan antara teori akademis di kelas dengan realitas pelayanan kesehatan di lapangan (Clemons et al., 2021). Melalui fase ini, mahasiswa kebidanan tidak hanya dituntut untuk menguasai keterampilan klinis (*hard skills*), tetapi juga harus menginternalisasi nilai-nilai profesional, tanggung jawab hukum, dan etika profesi (*soft skills*) (Rano Indradi Sudra, Destri Maya Rani et al., 2021). Selama berada di lingkungan praktik, mahasiswa menerapkan teori yang telah dipelajari, mengembangkan keterampilan, dan membangun kompetensi klinis sekaligus membentuk identitas profesional mereka sebagai calon bidan. Keberhasilan pembelajaran klinik ini pada akhirnya ditandai dengan pencapaian target kompetensi secara mandiri dan akurat oleh mahasiswa (Yanti, 2017).

Lahan klinik—baik di Rumah Sakit, Puskesmas, maupun Praktik Mandiri Bidan (PMB)—adalah lingkungan yang dinamis dan kompleks tempat keselamatan pasien (*patient safety*) dipertaruhkan. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai peran, tanggung jawab, dan batasan etika menjadi fondasi utama bagi mahasiswa agar dapat belajar secara optimal tanpa mencederai hak-hak pasien(WHO, 2021). Dalam lingkungan yang kompleks ini, mahasiswa mengemban tanggung jawab besar untuk memberikan asuhan kebidanan yang berpusat pada pasien

(*patient-centered care*). Asuhan tersebut wajib diberikan secara holistik, yang menyentuh seluruh dimensi kehidupan pasien mencakup aspek biologis (fisik), psikologis (emosional), sosio-ekonomi, hingga kultural (adat istiadat), sehingga pasien mendapatkan pelayanan yang manusiawi dan utuh.

Selain dituntut memberikan asuhan yang menyeluruh, mahasiswa kebidanan di lahan praktik wajib menjunjung tinggi moralitas dan kepatuhan hukum yang ketat. Setiap tindakan dan interaksi klinis yang dilakukan harus selalu mengacu pada kode etik profesi dan standar pelayanan kebidanan yang berlaku. Hal ini meliputi kewajiban menjaga kerahasiaan rekam medis, menghormati privasi, serta memastikan adanya *informed consent* sebelum melakukan prosedur tindakan. Melalui integrasi yang kuat antara penguasaan peran klinis, pemenuhan tanggung jawab asuhan, dan kepatuhan terhadap batasan etika, mahasiswa kebidanan diharapkan dapat memberikan kontribusi positif dalam pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2020; Sumbung, 2021).

B. Peran, Tanggung Jawab dan Etika Mahasiswa Kebidanan di Lahan Klinik

1. Peran Mahasiswa Kebidanan di Lahan Klinik

Selama berada di lahan praktik, mahasiswa kebidanan memiliki peran ganda yang unik, yaitu sebagai pelajar (*learner*) sekaligus penyedia asuhan pemula (*care provider*) di bawah supervisi ketat(Clemons et al., 2021; WHO, 2021). Peran ini menuntut adaptabilitas yang tinggi, karena mahasiswa harus mampu menyeimbangkan ambisi akademis untuk menyerap ilmu sebanyak-banyaknya dengan tanggung jawab moral dalam memberikan pelayanan yang aman bagi pasien. Di satu sisi, mereka adalah individu yang sedang berproses memahami kompleksitas klinis; di sisi lain, kehadiran mereka di hadapan pasien tetap diidentifikasi sebagai representasi dari tenaga kesehatan. Oleh karena itu, batasan supervisi oleh bidan senior atau *Clinical Instructor* (CI) menjadi instrumen krusial

agar peran ganda ini dapat berjalan beriringan tanpa mengorbankan keselamatan ibu dan bayi (WHO, 2021).

a. Sebagai Pembelajar Aktif (*Active Learner*)

Peran utama mahasiswa adalah secara sadar mencari, mengidentifikasi, dan memanfaatkan setiap peluang target klinis guna mencapai kompetensi global yang telah ditetapkan oleh kurikulum Pendidikan. Menjadi pembelajar aktif berarti memiliki dorongan internal untuk terlibat dalam tata laksana asuhan, mulai dari pengkajian awal hingga evaluasi akhir, sepanjang tindakan tersebut berada dalam koridor penugasan akademis. Dinamika di ruang bersalin, ruang nifas, maupun poli KIA menuntut mahasiswa untuk jeli melihat celah belajar, bukan sekadar menunggu instruksi atau bersikap pasif di meja perawat (Embo et al., 2025; WHO, 2021).

Dalam mengoptimalkan perannya sebagai pembelajar aktif, terdapat dua pilar utama yang harus diinternalisasi oleh setiap mahasiswa kebidanan:

1) *Reflective Learning* (Pembelajaran Reflektif)

Proses belajar di lahan klinik tidak berhenti saat tindakan selesai dilakukan. Mahasiswa harus mampu melatih berpikir kritis melalui metode *reflective learning*, yaitu sebuah kemampuan untuk mengulas kembali secara mendalam setiap tindakan klinis yang telah dilaksanakan. Melalui refleksi ini, mahasiswa diajak untuk menganalisis mengapa suatu tindakan berhasil atau gagal, bagaimana respons pasien, serta apa yang dirasakan secara subjektif selama proses tersebut. Praktik reflektif ini sangat penting untuk mengenali kekuatan diri yang perlu dipertahankan, sekaligus mengidentifikasi dengan jujur keterbatasan kemampuan klinis yang masih memerlukan perbaikan (Clemons et al., 2021; WHO, 2021). Dengan demikian, kesalahan klinis yang sama tidak akan terulang di masa depan.

2) **Sikap Proaktif**

Sifat responsif dan inisiatif tinggi merupakan modal utama mahasiswa kebidanan agar tidak kehilangan momentum belajar di tengah tingginya ritme kerja pelayanan. Sikap proaktif ini diwujudkan dengan membangun komunikasi dua arah yang efektif, sopan, dan terstruktur dengan *Clinical Instructor* (CI) maupun bidan supervise/ pamong (Clemons et al., 2021). Mahasiswa yang proaktif tidak akan sungkan untuk berdiskusi, bertanya mengenai rasionalisasi sebuah tindakan yang belum dipahami, serta secara sukarela meminta bimbingan langsung sebelum melakukan intervensi ke pasien. Lebih dari itu, mereka secara terbuka siap menerima umpan balik (*feedback*) serta evaluasi yang konstruktif dari para senior, dan menjadikannya sebagai batu pijakan untuk mengasah ketajaman *clinical judgment* mereka (Clemons et al., 2021).

b. Sebagai Anggota Tim Kesehatan Interprofesional

Dunia kesehatan modern saat ini sudah berubah, di mana para profesional medis tidak lagi bekerja secara terkotak-kotak atau sendiri - sendiri, melainkan bergerak ke arah integrasi pelayanan yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*). Dalam konteks ini, mahasiswa kebidanan tidak hanya belajar memosisikan diri sebagai calon bidan, melainkan juga belajar berkolaborasi di dalam ekosistem layanan kesehatan modern yang melibatkan berbagai disiplin ilmu (Avery et al., 2022; Clemons et al., 2021).

Melalui pengalaman di lahan klinik, mahasiswa ditempa untuk memahami batas kewenangan masing-masing profesi, menghargai keahlian sejawat, dan meruntuhkan ego sektoral demi keselamatan ibu dan bayi. Kemampuan berkolaborasi secara interprofesional ini menuntut keterampilan komunikasi yang matang,

kejelasan peran, serta pemahaman yang kuat terhadap alur pelayanan klinis yang dinamis (Collaborative, 2023; Nurdiyan et al., 2016). Dalam menjalankan peran kolaboratif di lingkungan interprofesional tersebut, mahasiswa kebidanan memberikan kontribusi nyata melalui dua pilar kompetensi utama berikut:

1) **Pencatatan Rekam Medis melalui Dokumentasi SOAP**
   Komunikasi antarprofesi kesehatan di lahan klinik sebagian besar dijembatani oleh rekam medis pasien. Oleh karena itu, mahasiswa kebidanan berkontribusi langsung dengan melakukan dokumentasi asuhan kebidanan secara akurat, sistematis, dan legal menggunakan format SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) (Annisa, 2022).
   Dalam aspek *Subjective*, mahasiswa dituntut terampil menggali keluhan utama pasien melalui anamnesis yang saksama. Pada komponen *Objective*, mahasiswa menyajikan data hasil pemeriksaan fisik dan penunjang secara jujur tanpa rekayasa. Selanjutnya, pada bagian *Assessment*, mahasiswa belajar merumuskan diagnosis kebidanan yang tepat berdasarkan bukti klinis yang ada. Terakhir, pada bagian *Plan*, mahasiswa menyusun rencana tata laksana yang komprehensif. Dokumentasi SOAP yang ditulis secara disiplin oleh mahasiswa bukan sekadar pemenuhan tugas akademik, melainkan dokumen legalitas perlindungan hukum dan sarana transfer informasi yang krusial bagi anggota tim kesehatan lainnya untuk menentukan intervensi lanjutan (Annisa, 2022).
2) **Pelaporan Klinis Berbasis Komunikasi Efektif SBAR**
   Selain melalui dokumentasi tertulis, koordinasi verbal di lahan klinik memegang peranan yang sangat vital, terutama saat menghadapi situasi kegawatdaruratan maternal maupun neonatal. Mahasiswa kebidanan dilatih untuk melaporkan perkembangan berkala atau

perburukan kondisi pasien secara sistematis, cepat, dan tepat menggunakan metode komunikasi efektif SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) (Diniyah, 2017). Melalui instrumen ini, mahasiswa belajar menyampaikan *Situation* (kondisi terkini pasien yang membutuhkan perhatian segera), *Background* (latar belakang medis atau riwayat obstetri yang relevan), *Assessment* (hasil analisis atau kesimpulan sementara terhadap kondisi pasien), dan

Recommendation (tindakan atau instruksi apa yang diusulkan atau didelegasikan). Penerapan SBAR oleh mahasiswa di lahan klinik terbukti secara ilmiah mampu meminimalkan risiko salah komunikasi (*miscommunication*) di antara sejawat maupun dengan dokter penyelia, mengeliminasi ambiguitas informasi, serta mempercepat waktu respons tindakan medis yang pada akhirnya menyelamatkan nyawa pasien (Diniyah, 2017).

2. Tanggung jawab mahasiswa kebidanan di Lahan Klinik

Tanggung jawab mahasiswa kebidanan di lahan praktik bersifat multidimensional dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Tanggung jawab utama mahasiswa kebidanan di lahan praktik meliputi memberikan asuhan kebidanan yang aman dan komprehensif (berdasarkan standar 10 langkah asuhan), menjaga kerahasiaan pasien, menerapkan pencegahan infeksi, serta mendokumentasikan setiap tindakan secara akurat dan etis. Selama praktik, mahasiswa wajib mematuhi bimbingan dan batasan kewenangan yang ditetapkan oleh preseptor (pembimbing klinik) dan institusi pendidikan.

Adapun tanggungjawab mahasiswa di lahan klinik sebagai berikut :

a. **Asuhan Berpusat pada Pasien dan Etik**

1) **Pemberian Asuhan**

Memberikan asuhan kebidanan yang holistic yaitu memberikan pelayanan yang menyeluruh (bio-psiko-sosio-kultural) sesuai dengan kode etik profesi dan standar pelayanan kebidanan (Kementerian Kesehatan RI, 2020, 2023; Sumbung, 2021).

2) **Hak Pasien**

Menghormati privasi dan martabat pasien, serta wajib meminta persetujuan tindakan (*informed consent*) dari pasien sebelum melakukan prosedur klinis (International Confederation of Midwives, 2024).

b. **Keselamatan dan Keterampilan Klinis**

1) **Pencegahan Infeksi**

Secara disiplin menerapkan protokol pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), seperti cuci tangan steril dan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) untuk melindungi ibu, bayi, dan diri sendiri (International Confederation of Midwives, 2024; Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2) **Kewenangan Bertindak**

Melakukan tindakan medis atau asuhan hanya sebatas kewenangan yang telah didelegasikan oleh pembimbing klinik dan selalu berada dalam supervise (International Confederation of Midwives, 2024; Rosyati, 2017).

c. **Komunikasi dan Dokumentasi**

1) **Komunikasi Efektif :** Membangun hubungan terapeutik dan memberikan edukasi (konseling) yang jelas kepada ibu hamil, bersalin, maupun nifas (Kementerian Kesehatan RI, 2020, 2023).

2) **Pencatatan Rekam Medis:** Melakukan pendokumentasian asuhan yang lengkap, objektif, dan tepat waktu pada rekam medis pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2020; Sumbung, 2021).

3. **Etika mahasiswa di Lahan klinik**

Etika mahasiswa kebidanan di lahan praktik adalah pedoman sikap profesional yang wajib diterapkan saat berinteraksi dengan pasien, tenaga medis, dan lingkungan klinis. Etika berfungsi sebagai kompas moral yang membimbing, mengarahkan, dan mengevaluasi perilaku mahasiswa saat mereka berinteraksi dengan pasien, keluarga pasien, maupun dengan sejawat tenaga kesehatan lainnya. Prinsip bioetika internasional wajib diimplementasikan dalam setiap asuhan :

a. *Autonomy* **(Otonomi/Menghormati Hak Pasien)**

Prinsip otonomi berakar pada pengakuan bahwa setiap individu memiliki martabat yang melekat dan hak penuh untuk memegang kendali atas tubuh, privasi, serta keputusan medis yang menyangkut dirinya sendiri Pasien kebidanan—baik ibu hamil, bersalin, nifas, maupun akseptor KB—bukanlah objek pasif yang harus tunduk pada keinginan dunia medis atau kepentingan institusi pendidikan. Mahasiswa kebidanan harus menanamkan pemikiran bahwa hak otonomi pasien tidak berkurang sedikit pun hanya karena pasien tersebut berstatus sebagai pasien jaminan sosial (BPJS) atau dirawat di fasilitas kesehatan pemerintah.

Mahasiswa wajib menerapkan :

1) ***Informed Consent*** **(Persetujuan Tindakan)**

Informed consent bukan sekadar lembar dokumen formalitas yang ditandatangani di atas kertas, melainkan sebuah proses komunikasi terapeutik yang berkelanjutan. Sebelum melakukan intervensi fisik apa pun—mulai dari tindakan sederhana seperti palpasi Leopold dan pemeriksaan tanda-tanda vital, hingga tindakan invasif seperti pemasangan infus, kateterisasi, atau pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*)—mahasiswa wajib memberikan penjelasan yang jujur, clear, dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien. Penjelasan tersebut harus mencakup maksud

tindakan, tujuan yang ingin dicapai, langkah-langkah prosedur yang akan dirasakan pasien, serta risiko atau ketidaknyamanan yang mungkin timbul. Persetujuan harus diberikan secara sukarela tanpa ada unsur paksaan, intimidasi, atau manipulasi informasi. Dengan melibatkan pasien melalui *informed consent*, mahasiswa secara tidak langsung sedang mengedukasi perempuan untuk berdaya atas kesehatannya sendiri (Ika Yulianti, 2022; Panggabean, 2020).

2) **Menghormati Hak Menolak (*Right to Refuse*)**

Salah satu ujian etis terbesar bagi mahasiswa di lahan praktik adalah ketika berhadapan dengan penolakan pasien. Jika pasien menyatakan keberatan, merasa tidak nyaman, atau secara tegas menolak untuk dijadikan subjek belajar oleh mahasiswa dan meminta asuhan langsung dilakukan oleh bidan senior atau dokter, maka mahasiswa wajib menghormati keputusan tersebut dengan penuh empati dan kelapangan dada (International Confederation of Midwives, 2024).

Mahasiswa dilarang keras menunjukkan sikap defensif, bersungut-sungut, memberikan pelayanan yang ketus, atau mengintimidasi pasien dengan menakut-nakuti mengenai dampak penolakan tersebut. Hak pasien untuk memilih penyedia layanan kesehatan yang mereka percayai dilindungi secara hukum dan etis. Menghargai penolakan pasien dengan sikap yang tetap sopan dan profesional justru mencerminkan kematangan karakter serta integritas moral yang tinggi dari seorang calon bidan (ICM, 2024).

b. **Beneficence (Berbuat Baik) dan Non-Maleficence (Tidak Merugikan)**

Setiap keputusan dan tindakan asuhan kebidanan yang diberikan oleh mahasiswa harus didasari oleh niat memberikan manfaat klinis yang optimal (*beneficence*) serta meminimalkan rasa sakit, ketidaknyamanan, atau risiko

cedera pada ibu dan bayi (*non-maleficence*). Implementasi *beneficence* ini mewujud dalam bentuk pemberian asuhan yang berbasis bukti (*evidence-based practice*), bersikap ramah, memberikan dukungan emosional yang tulus saat ibu menghadapi rasa sakit persalinan, serta memastikan kenyamanan lingkungan rawat pasien.

Namun, keinginan untuk berbuat baik tersebut harus senantiasa dikontrol oleh prinsip *non-maleficence*, yaitu kewajiban moral untuk tidak memperburuk keadaan atau menimbulkan cedera, rasa sakit yang tidak perlu, serta meminimalkan ketidaknyamanan pada ibu dan bayi (*do no harm*). Bagi seorang mahasiswa, risiko melanggar prinsip *non-maleficence* sering kali muncul akibat keterbatasan keterampilan psikomotorik atau kepatuhan yang rendah terhadap prosedur keselamatan (Embo et al., 2025; International Confederation of Midwives, 2024).

c. *Justice* (Keadilan)

Mahasiswa harus menunjukkan sikap adil dengan memberikan kualitas perhatian dan asuhan kebidanan yang setara kepada semua pasien tanpa membedakan status sosial, ekonomi, suku, agama, ras, maupun latar belakang personal lainnya. Tantangan terbesar penerapan prinsip keadilan ini biasanya muncul secara halus melalui bias kognitif atau tekanan lingkungan. Mahasiswa kebidanan, sebagai agen perubahan yang membawa nilai-nilai moral baru, harus mampu memutus rantai diskriminasi tersebut. Setiap perempuan yang datang untuk melahirkan—baik ia seorang istri pejabat, seorang buruh pabrik, maupun seorang ibu dari wilayah pedalaman—memiliki pertaruhan nyawa yang sama di atas meja bersalin. Keadilan dalam etika kebidanan berarti mendasarkan prioritas pelayanan semata-mata pada tingkat kegawatdaruratan klinis (*triage*), bukan pada status finansial atau kedekatan personal pasien (International Confederation of Midwives, 2024).

d. Confidentiality (Kerahasiaan Medis & Etika Digital)

Kerahasiaan data pasien (*confidentiality*) merupakan salah satu pilar tertua dalam etika biomedis yang bertujuan untuk melindungi ruang privat, harga diri, dan rasa aman pasien. Di era keterbukaan informasi saat ini, prinsip kerahasiaan data pasien menjadi aspek krusial yang sangat rentan mengalami pelanggaran, terutama akibat pergeseran gaya hidup digital yang mengaburkan batas antara ruang profesional dan ruang publik di jagat. Mahasiswa kebidanan yang tumbuh sebagai generasi *digital native* dituntut untuk memiliki kesadaran etis yang lebih tinggi guna mencegah konversi data klinis menjadi konsumsi publik yang tidak sah. Kebocoran informasi ini tidak hanya mencederai kepercayaan pasien, tetapi juga dapat memicu tuntutan hukum perdata maupun pidana terhadap mahasiswa dan institusi tempatnya belajar (Annisa, 2022; Rosyati, 2017).

Pelanggaran etika yang paling marak dan menjadi sorotan tajam belakangan ini adalah hilangnya kontrol diri digital (*digital self-control*) di kalangan mahasiswa praktikan. Mahasiswa kebidanan dilarang keras mengambil foto, merekam video, atau menyebarkan informasi klinis pasien dalam bentuk apa pun. Pelanggaran ini sering kali dilakukan secara tidak sengaja dengan dalih estetika konten (*aesthetic*), dokumentasi kelulusan target, atau berniat melakukan edukasi publik. Jika diperlukan dokumentasi visual yang sangat spesifik untuk kepentingan riset resmi, mahasiswa wajib mengantongi izin tertulis (*informed consent*) yang sah dan berlapis, baik dari pasien yang bersangkutan maupun dari komite medik/pimpinan rumah sakit (Ika Yulianti, 2022; Panggabean, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

Annisa, N. H. (2022). *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan* (I). CV.EUREKA MEDIA AKSARA.

Avery, M. D., Mathiason, M., Andrighetti, T., Autry, A. M., Cammarano, D., Dau, K. Q., Hoffman, S., Krause, S. A., Montgomery, O., Perry, A., Sankey, H. Z., Woodland, M. B., Jennings, J. C., & Avery, M. D. (2022). Improved Self-Assessed Collaboration Through Interprofessional Education : Midwifery Students and Obstetrics and Gynecology Residents Learning Together. *Journal OfMidwifery &Women's Health Research Article Www.Jmwh.Org*, *63*(5), 531–674. https://doi.org/10.1111/jmwh.13394

Clemons, J. H., Gilkison, A., Mharapara, T. L., Dixon, L., & Mcara-couper, J. (2021). Midwifery Job Autonomy in New Zealand : I do it all the time. *Women and Birth*, *34*(1), 30–37. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.004

Collaborative, I. E. (2023, November). IPEC CORE COMPETENCIES FOR INTERPROFESSIONAL COLLABORATIVE PRACTICE : V E R S I O N 3. *IPEC*, 52.

Diniyah, K. (2017). Pengaruh Pelatihan SBAR Role-Play terhadap Skill Komunikasi Handover Mahasiswa Kebidanan. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, *6*(April), 35–44. https://doi.org/10.18196/jmmr.6125

Embo, M., Levy, C., & Pairman, S. (2025). The international confederation of midwives essential competencies for midwifery practice : A revision process – 2024. *Midwifery*, *149*(April), 104525. https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104525

Ika Yulianti. (2022). PERAN PENTING MATA KULIAH ETIKA PROFESI KEBIDANAN TERHADAP PERILAKU ETIS MAHASISWA KEBIDANAN DI UNIVERSITAS BORNEO TARAKAN. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, *13*(2), 77–83.

International Confederation of Midwives. (2024). *ICM Essential Competencies for Midwifery Practice*. the International

Confederation of Midwives. https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice-1.pdf

Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Standar Profesi Bidan*. 1–90.

Kementerian Kesehatan RI. (2023). *UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 17 TAHUN 2023 TENTANG KESEHATAN*. https://peraturan.bpk.go.id/details/258028/uu-no-17-tahun-2023

Nurdiyan, A., Yulizawati, Fitrayeni, L. E. S. B., & Iryani, D. (2016). *PENERAPAN PENDIDIKAN INTERPROFESI DALAM PENDIDIKAN KEBIDANAN*. 23–34. https://doi.org/https://doi.org/10.25077/JOM.1.1.23-34.2016

Panggabean, H. (2020). *Buku Ajar Etika dan Hukum Kesehatan* (E. Jaelani (ed.); I). WIDINA BHAKTI PERSADA BANDUNG.

Rano Indradi Sudra, Destri Maya Rani, N. A., Lakhmudien, Irma Yanti, A. N., & Evita Aurilia Nardina, Irma Hamdayani Pasaribu, R. M. (2021). *Etika Profesi dan Hukum Kesehatan dalam Praktik Kebidanan* (Ronal Watrianthos (ed.); 1st ed.). Yayasan Kita Menulis.

Rosyati, H. (2017). *MODUL PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN (PKK) III*. Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Sumbung, R. F. (2021). Perlindungan Hukum bagi Bidan Praktik Mandiri dalam Menjalankan Praktik Kebidanan. *Jurnal Hukum Dan Etika Kesehatan*, *1*(September), 64–72.

WHO. (2021). *Global strategic directions for Nursing and Midwifery 2021 - 2025*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/11723bae-3fd4-46f0-a4ea-9dc8fd153667/content

Yanti. (2017). Jurnal Kebidanan MENINGKATKAN KOMPETENSI KLINIK MAHASISWA MELALUI MODEL CLINICAL LEARNING MODEL IN MIDWIFERY EDUCATION Bidan

sebagai tenaga kesehatan mempunyai peranan penting dalam maupun di klinik yang disesuaikan tujuan Proses kematian ibu (AKI) dan. *Jurnal Kebidanan*, *IX*(02), 181–191.

BIODATA PENULIS

Fasiha,S.SiT.,M.Kes lahir di Pangkep, pada 22 April 1978. Menyelesaikan pendidikan DIV Bidan Pendidik di Poltekkes Makassar dan S2 di Fakultas Promosi Kesehatan Kajian Kesehatan Reproduksi dan HIVAIDS Universitas Diponegoro. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 3 Komunikasi Terapeutik dan Pendekatan Humanistik dalam Asuhan Kebidanan

Bd. Wilda Wahyuni Siregar, S.ST, M.Kes

A. Pendahuluan

Komunikasi merupakan komponen fundamental dalam pelayanan kesehatan yang berperan penting dalam membangun hubungan profesional antara tenaga kesehatan dan klien. Dalam praktik kebidanan, komunikasi tidak hanya berfungsi sebagai sarana penyampaian informasi, tetapi juga sebagai alat untuk memahami kebutuhan, harapan, dan perasaan perempuan selama menjalani proses reproduksi, mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga pelayanan keluarga berencana. Komunikasi yang efektif memungkinkan bidan memperoleh data yang akurat, meningkatkan kepercayaan klien, serta mendukung pengambilan keputusan yang tepat terkait kesehatan ibu dan bayi. Oleh karena itu, kemampuan komunikasi menjadi salah satu kompetensi esensial yang harus dimiliki oleh setiap bidan dalam memberikan asuhan yang berkualitas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan secara sengaja dan terarah untuk membantu klien mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik. Dalam pelayanan kebidanan, komunikasi terapeutik digunakan untuk membangun hubungan yang baik dan saling percaya antara bidan dan klien. Melalui komunikasi yang efektif, bidan dapat membantu mengurangi rasa cemas, memberikan informasi yang mudah dipahami, serta memberikan dukungan emosional kepada klien selama menjalani proses kehamilan, persalinan, nifas, maupun

pelayanan kesehatan reproduksi. Hubungan yang baik antara bidan dan klien akan membuat klien lebih nyaman dan terbuka dalam menyampaikan keluhan, perasaan, serta kebutuhan yang dialaminya. Dengan demikian, bidan dapat memberikan pelayanan yang lebih tepat sesuai dengan kondisi klien. Selain itu, komunikasi terapeutik juga berperan dalam meningkatkan kepuasan klien dan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Seiring dengan berkembangnya paradigma pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*), pendekatan humanistik semakin mendapat perhatian dalam praktik kebidanan. Pendekatan humanistik memandang setiap individu sebagai manusia yang unik, memiliki martabat, hak, nilai, dan kemampuan untuk menentukan pilihan terkait kesehatannya. Teori humanistik yang dikembangkan oleh Abraham Maslow dan Carl Rogers menekankan pentingnya empati, penghargaan terhadap individu, penerimaan tanpa syarat, dan hubungan interpersonal yang autentik dalam membantu seseorang mencapai kesejahteraan. Dalam pelayanan kebidanan, pendekatan ini diwujudkan melalui penghormatan terhadap hak-hak perempuan, pemberian informasi yang memadai, serta keterlibatan aktif klien dalam proses pengambilan keputusan mengenai kesehatannya.

B. Konsep Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan proses komunikasi yang dilakukan secara sadar, terencana, dan berorientasi pada tujuan untuk membantu klien mencapai kondisi kesehatan yang optimal. Dalam praktik kebidanan, komunikasi terapeutik menjadi bentuk interaksi profesional antara bidan dan klien yang bertujuan membangun hubungan saling percaya serta mendukung kesejahteraan klien secara menyeluruh, baik dari aspek fisik, psikologis, sosial, maupun emosional.

Komunikasi terapeutik tidak hanya berfungsi sebagai sarana penyampaian informasi, tetapi juga sebagai bagian penting dari proses asuhan kebidanan. Melalui komunikasi yang efektif, bidan dapat membantu mengurangi kecemasan, memberikan rasa aman dan nyaman, meningkatkan kepercayaan diri klien, serta

mendorong kemampuan klien dalam memahami dan menghadapi masalah kesehatan yang dialaminya. Dengan demikian, komunikasi terapeutik menjadi salah satu keterampilan utama yang mendukung keberhasilan pelayanan kebidanan yang berpusat pada kebutuhan dan kesejahteraan klien.

C. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik memiliki tujuan utama untuk membantu klien mencapai kondisi kesehatan yang optimal melalui hubungan interpersonal yang profesional, terarah, dan berlandaskan rasa saling percaya. Dalam praktik kebidanan, komunikasi terapeutik digunakan untuk membangun hubungan yang positif antara bidan dan klien sehingga tercipta suasana yang aman, nyaman, dan mendukung selama proses pemberian asuhan. Hubungan yang baik memungkinkan bidan memahami kebutuhan, harapan, serta permasalahan yang dialami klien secara lebih mendalam, sehingga pelayanan yang diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan individu klien (Potter et al, 2021).

Salah satu tujuan utama komunikasi terapeutik adalah membangun hubungan saling percaya (*trust*) antara bidan dan klien. Kepercayaan merupakan fondasi penting dalam hubungan terapeutik karena memungkinkan terciptanya komunikasi yang terbuka, jujur, dan efektif. Melalui hubungan yang dilandasi rasa percaya, klien akan merasa lebih aman dan nyaman untuk mengungkapkan perasaan, pengalaman, keluhan, serta berbagai kekhawatiran yang dialaminya tanpa rasa takut atau ragu. Ketika klien merasa didengarkan, dipahami, dan dihargai sebagai individu yang memiliki nilai dan martabat, mereka cenderung lebih kooperatif dalam menjalani proses asuhan kebidanan. Selain itu, keterbukaan klien dalam menyampaikan informasi akan membantu bidan memperoleh data yang lebih lengkap dan akurat, sehingga dapat mendukung pengambilan keputusan klinis serta pemberian asuhan yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi klien.

Komunikasi terapeutik juga bertujuan meningkatkan pemahaman klien mengenai kondisi kesehatan, tindakan yang akan dilakukan, serta upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga

kesehatannya. Melalui komunikasi yang jelas dan mudah dipahami, bidan dapat memberikan edukasi kesehatan yang membantu klien memahami proses kehamilan, persalinan, nifas, maupun kesehatan reproduksi. Pemahaman yang baik akan meningkatkan kemampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat dan berpartisipasi secara aktif dalam perawatan dirinya sendiri (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Selain memberikan informasi, komunikasi terapeutik bertujuan membantu mengurangi kecemasan, ketakutan, dan stres yang sering dialami klien selama menjalani berbagai tahapan kehidupan reproduksi. Dukungan emosional yang diberikan melalui sikap empati, perhatian, dan kehadiran bidan dapat memberikan rasa aman dan nyaman bagi klien. Kondisi psikologis yang lebih baik akan membantu klien menghadapi perubahan fisik maupun emosional yang terjadi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas, sehingga proses adaptasi dapat berlangsung lebih optimal.

Pada akhirnya, komunikasi terapeutik bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan secara keseluruhan. Hubungan yang efektif antara bidan dan klien dapat meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan, memperkuat kepatuhan terhadap anjuran kesehatan, serta mendukung tercapainya hasil kesehatan yang lebih baik bagi ibu dan bayi. Oleh karena itu, komunikasi terapeutik tidak hanya menjadi keterampilan dasar yang harus dimiliki bidan, tetapi juga merupakan bagian penting dari upaya mewujudkan pelayanan kebidanan yang aman, bermutu, dan berorientasi pada kebutuhan klien (World Health Organization, 2022).

D. Konsep Pendekatan Humanistik

Pendekatan humanistik merupakan suatu pendekatan yang menempatkan manusia sebagai individu yang unik, bermartabat, dan memiliki potensi untuk berkembang secara optimal. Pendekatan ini menekankan pentingnya memahami manusia secara menyeluruh, tidak hanya dari aspek fisik, tetapi juga dari aspek psikologis, sosial, budaya, dan spiritual. Dalam pelayanan

kesehatan, pendekatan humanistik memandang setiap individu sebagai pribadi yang memiliki kebutuhan, nilai, keyakinan, pengalaman, serta hak untuk menentukan pilihan terkait kehidupannya. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan tidak hanya berfokus pada penyembuhan penyakit, tetapi juga pada penghargaan terhadap kemanusiaan dan kesejahteraan individu secara holistik.

Dalam praktik kebidanan, pendekatan humanistik menempatkan perempuan sebagai pusat pelayanan (*woman-centered care*). Perempuan dipandang bukan sekadar penerima layanan kesehatan, melainkan sebagai individu yang memiliki hak, kemampuan, dan tanggung jawab dalam mengambil keputusan terkait kesehatan dirinya. Bidan berperan sebagai mitra yang mendampingi, memberikan informasi, dukungan, serta membantu klien membuat keputusan yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi yang dimilikinya. Pendekatan ini mendorong terciptanya hubungan yang setara antara bidan dan klien, sehingga perempuan merasa dihargai, didengarkan, dan dilibatkan dalam setiap proses asuhan kebidanan (International Confederation of Midwives, 2024).

Pendekatan humanistik juga menekankan pentingnya empati dalam hubungan antara bidan dan klien. Empati merupakan kemampuan untuk memahami dan merasakan apa yang dialami oleh orang lain dari sudut pandang mereka tanpa kehilangan objektivitas profesional. Melalui sikap empatik, bidan dapat memberikan dukungan emosional yang dibutuhkan klien, terutama pada situasi yang menimbulkan kecemasan, ketakutan, atau ketidakpastian, seperti selama kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Kehadiran bidan yang empatik tidak hanya membantu mengurangi beban psikologis klien, tetapi juga memperkuat hubungan terapeutik yang mendukung keberhasilan pelayanan kesehatan (Stuart, 2023.

Pendekatan humanistik menjadi landasan penting dalam praktik kebidanan karena membantu menciptakan pelayanan yang berpusat pada perempuan, menghargai martabat manusia, serta mendukung kebutuhan klien secara menyeluruh. Melalui

penerapan nilai-nilai humanistik seperti empati, penghormatan, kepercayaan, dan kemitraan, bidan dapat memberikan asuhan yang lebih bermakna, berkualitas, dan sesuai dengan kebutuhan individu. Pendekatan ini pada akhirnya berkontribusi dalam meningkatkan kepuasan klien, kualitas pelayanan, serta derajat kesehatan ibu dan bayi secara optimal (World Health Organization, 2022).

E. Dasar Filosofis Pendekatan Humanistik

Dasar filosofis pendekatan humanistik berakar pada pandangan bahwa manusia adalah makhluk yang memiliki martabat, kebebasan, dan potensi untuk berkembang secara optimal. Dalam perspektif ini, manusia tidak hanya dipandang sebagai objek biologis atau sekadar penerima layanan kesehatan, tetapi sebagai individu yang utuh dengan dimensi fisik, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual. Setiap individu dianggap memiliki nilai yang melekat pada dirinya dan berhak mendapatkan penghargaan serta perlakuan yang manusiawi dalam setiap bentuk pelayanan, termasuk pelayanan kebidanan.

Filosofi humanistik juga menegaskan pentingnya otonomi individu dalam menentukan pilihan serta mengambil keputusan yang berkaitan dengan dirinya sendiri. Dalam konteks pelayanan kesehatan, prinsip ini menempatkan klien sebagai subjek yang memiliki hak penuh atas informasi yang komprehensif mengenai kondisi kesehatannya, termasuk diagnosis, pilihan intervensi, manfaat, serta risiko yang mungkin timbul. Dengan demikian, klien tidak hanya diposisikan sebagai penerima layanan, tetapi juga sebagai partisipan aktif dalam proses pengambilan keputusan klinis. Dalam praktik kebidanan, bidan berperan sebagai fasilitator yang menyediakan informasi secara objektif, jelas, dan mudah dipahami, serta membantu klien mengeksplorasi berbagai alternatif tindakan yang tersedia. Peran ini menuntut bidan untuk tidak bersikap dominatif atau memaksakan keputusan, melainkan mendukung proses deliberasi yang dilakukan klien secara sadar dan bertanggung jawab. Pendekatan ini mencerminkan

penghormatan terhadap hak individu serta pengakuan terhadap kapasitas klien dalam menentukan pilihan terbaik bagi dirinya.

Prinsip tersebut selaras dengan konsep otonomi individu sebagai salah satu nilai fundamental dalam pendekatan humanistik, yang menekankan penghargaan terhadap kebebasan, integritas, dan martabat manusia. Dalam kerangka ini, pengambilan keputusan yang etis dalam pelayanan kesehatan tidak hanya berorientasi pada aspek klinis, tetapi juga mempertimbangkan nilai, preferensi, dan konteks kehidupan klien secara menyeluruh.

F. Prinsip Komunikasi Terapeutik Berbasis Humanistik

1) Empati

   Empati merupakan kemampuan tenaga kesehatan, khususnya bidan, untuk memahami perasaan, pikiran, dan pengalaman klien dari sudut pandang klien itu sendiri. Dalam komunikasi terapeutik berbasis humanistik, empati menjadi unsur utama karena memungkinkan terbentuknya hubungan yang hangat, terbuka, dan penuh pengertian antara bidan dan klien. Sikap empatik membantu klien merasa didengarkan dan dipahami tanpa dihakimi. Hal ini sangat penting terutama dalam situasi emosional seperti kehamilan pertama, komplikasi kehamilan, persalinan, atau masa nifas. Dengan menunjukkan empati, bidan dapat membantu mengurangi kecemasan klien serta meningkatkan rasa aman dan nyaman selama proses asuhan kebidanan.

2) Penerimaan Tanpa Syarat (Unconditional Positive Regard)

   Penerimaan tanpa syarat adalah sikap menerima klien apa adanya tanpa memberikan penilaian negatif, diskriminasi, atau prasangka. Dalam konteks kebidanan, setiap klien memiliki latar belakang sosial, budaya, pendidikan, dan pengalaman yang berbeda, sehingga bidan dituntut untuk memberikan pelayanan yang adil dan tidak menghakimi. Prinsip ini menekankan bahwa setiap perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermartabat tanpa memandang status sosial, usia, kondisi ekonomi, maupun pilihan hidupnya. Dengan penerimaan tanpa syarat, klien akan merasa dihargai

sebagai individu yang memiliki nilai, sehingga lebih terbuka dalam berkomunikasi dan bekerja sama dalam proses asuhan.

3) Keaslian (Genuineness)

Keaslian (genuineness) merupakan salah satu prinsip fundamental dalam komunikasi terapeutik yang mengacu pada sikap bidan yang jujur, tulus, konsisten, dan autentik dalam setiap interaksi dengan klien. Sikap ini mencerminkan kesesuaian antara pikiran, perasaan, dan perilaku bidan dalam memberikan asuhan, sehingga komunikasi yang terjalin tidak bersifat artifisial, manipulatif, maupun dibuat-buat, melainkan berlangsung secara natural namun tetap berada dalam koridor profesionalisme. Dalam konteks praktik kebidanan, keaslian memiliki peran yang sangat penting dalam membangun dan mempertahankan hubungan saling percaya antara bidan dan klien. Ketika bidan mampu menyampaikan informasi secara jujur, menjelaskan prosedur secara transparan, serta mengakui keterbatasan kompetensi atau situasi tertentu secara profesional, maka klien akan lebih mudah menumbuhkan rasa percaya dan rasa aman terhadap pelayanan yang diberikan. Sikap keterbukaan ini juga berkontribusi dalam menciptakan komunikasi yang efektif, mengurangi kesalahpahaman, serta meningkatkan kepatuhan klien terhadap rencana asuhan yang disepakati bersama (Arnold & Boggs, 2020).

4) Penghargaan terhadap Martabat Klien

Penghargaan terhadap martabat klien merupakan prinsip fundamental dalam pendekatan humanistik yang menempatkan setiap individu sebagai manusia yang memiliki nilai intrinsik dan hak untuk diperlakukan secara bermartabat. Dalam komunikasi terapeutik, prinsip ini diwujudkan melalui sikap sopan, penghormatan terhadap privasi, penjagaan kerahasiaan informasi, serta penggunaan bahasa yang santun dan tidak merendahkan klien. Dalam praktik kebidanan, penghargaan terhadap martabat klien juga tercermin dari pemberian ruang bagi klien untuk bertanya, menyampaikan pendapat, serta terlibat secara aktif dalam proses pengambilan

keputusan terkait kesehatannya. Pendekatan ini tidak hanya memperkuat hubungan kemitraan antara bidan dan klien, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan kebidanan yang lebih manusiawi, aman, dan berpusat pada kebutuhan klien (International Confederation of Midwives, 2024)

5) Otonomi klien

Otonomi klien merupakan prinsip yang menekankan hak setiap individu untuk menentukan pilihan terkait kesehatannya sendiri berdasarkan informasi yang lengkap, jelas, dan dapat dipahami. Dalam komunikasi terapeutik berbasis humanistik, bidan berperan sebagai fasilitator yang tidak mendominasi keputusan, melainkan membantu klien memahami kondisi kesehatan yang dialami, berbagai alternatif tindakan yang tersedia, serta konsekuensi dari setiap pilihan yang mungkin diambil. Dengan demikian, klien diberikan ruang untuk berpikir secara sadar dan membuat keputusan yang sesuai dengan nilai, kebutuhan, dan keyakinannya. Penghormatan terhadap otonomi klien menjadikan proses asuhan kebidanan lebih partisipatif, di mana klien tidak hanya diposisikan sebagai objek pelayanan, tetapi juga sebagai subjek aktif yang berperan dalam menentukan arah perawatan kesehatannya. Pendekatan ini sejalan dengan konsep woman-centered care yang menempatkan perempuan sebagai pusat pengambilan keputusan dalam pelayanan kebidanan (International Confederation of Midwives, 2024).

6) Kemitraan (Partnership)

Kemitraan dalam komunikasi terapeutik berbasis humanistik merupakan wujud hubungan profesional yang bersifat kolaboratif antara bidan dan klien, di mana keduanya berada dalam posisi yang sejajar dalam proses asuhan kebidanan. Dalam konteks ini, bidan tidak berperan sebagai pengambil keputusan tunggal, melainkan sebagai pendamping yang memberikan dukungan, informasi, serta panduan agar klien dapat memahami situasi kesehatannya secara komprehensif.

Proses asuhan tidak hanya berlangsung satu arah, tetapi dibangun melalui dialog yang terbuka sehingga klien memiliki ruang yang cukup untuk menyampaikan pandangan, kebutuhan, dan preferensinya. Keterlibatan aktif klien dalam setiap tahap pelayanan, mulai dari perencanaan hingga evaluasi, menjadikan asuhan kebidanan lebih responsif terhadap kondisi individual. (Potter et al, 2021).

G. Penerapan Komunikasi Terapeutik dalam Asuhan Kebidanan

Penerapan komunikasi terapeutik dalam asuhan kebidanan merupakan proses penggunaan keterampilan komunikasi secara sadar, terarah, dan profesional oleh bidan dalam setiap interaksi dengan klien. Komunikasi ini tidak hanya berfungsi sebagai sarana penyampaian informasi, tetapi juga sebagai alat untuk membangun hubungan saling percaya, memberikan dukungan emosional, serta membantu klien beradaptasi terhadap berbagai perubahan yang dialami selama siklus kehidupan reproduksi. Dalam praktiknya, komunikasi terapeutik harus disesuaikan dengan tahapan pelayanan kebidanan agar tercapai asuhan yang efektif, aman, dan berpusat pada kebutuhan klien.

Pada masa kehamilan, komunikasi terapeutik digunakan untuk membangun hubungan awal antara bidan dan ibu hamil melalui sikap ramah, empati, serta keterbukaan dalam memberikan informasi. Bidan berperan dalam menggali keluhan, memberikan edukasi terkait perubahan fisiologis kehamilan, serta membantu mengurangi kecemasan yang mungkin dialami ibu. Komunikasi yang baik pada tahap ini sangat penting untuk meningkatkan kepatuhan ibu terhadap pemeriksaan kehamilan dan persiapan persalinan.

Pada masa persalinan, komunikasi terapeutik memiliki peran yang sangat krusial karena ibu berada dalam kondisi fisik dan emosional yang rentan. Bidan perlu memberikan dukungan verbal yang menenangkan, instruksi yang jelas, serta penjelasan mengenai setiap tindakan yang dilakukan. Kehadiran bidan yang komunikatif dan suportif dapat membantu mengurangi rasa nyeri,

ketakutan, dan ketegangan, sehingga proses persalinan dapat berlangsung lebih lancar dan aman.

Selanjutnya, pada masa nifas, komunikasi terapeutik difokuskan pada proses adaptasi ibu terhadap peran barunya sebagai seorang ibu. Bidan memberikan dukungan emosional, edukasi mengenai perawatan diri dan bayi, serta deteksi dini terhadap tanda-tanda gangguan psikologis seperti postpartum blues atau depresi postpartum. Komunikasi yang baik pada fase ini sangat penting untuk menjaga kesehatan fisik dan mental ibu.

Dalam pelayanan keluarga berencana, komunikasi terapeutik digunakan untuk memberikan informasi yang objektif dan komprehensif mengenai berbagai metode kontrasepsi. Bidan membantu klien memahami manfaat, efek samping, serta kesesuaian metode kontrasepsi dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan reproduksi klien. Dengan pendekatan yang terbuka dan tidak memaksa, klien dapat mengambil keputusan secara mandiri dan bertanggung jawab.

Secara keseluruhan, penerapan komunikasi terapeutik dalam asuhan kebidanan mencakup seluruh siklus kehidupan reproduksi perempuan. Komunikasi yang efektif, empatik, dan berbasis humanistik memungkinkan bidan memberikan asuhan yang tidak hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga memperhatikan aspek psikologis dan sosial klien, sehingga tercipta pelayanan kebidanan yang berkualitas, holistik, dan berpusat pada perempuan.

H. Manfaat Pendekatan Humanistik dalam Asuhan Kebidanan

Pendekatan humanistik dalam asuhan kebidanan memberikan kontribusi yang signifikan terhadap peningkatan mutu pelayanan kesehatan dengan menempatkan perempuan sebagai individu yang utuh, bermartabat, serta memiliki hak dan peran aktif dalam setiap proses asuhan. Pendekatan ini tidak hanya berorientasi pada aspek biologis dan klinis semata, tetapi juga mengintegrasikan dimensi psikologis, sosial, budaya, dan spiritual sehingga pelayanan yang diberikan menjadi lebih komprehensif dan benar-benar berpusat pada kebutuhan klien. Dalam

implementasinya, pendekatan humanistik juga berdampak langsung pada peningkatan kualitas pengalaman dan kepuasan klien terhadap pelayanan kebidanan, karena klien diperlakukan dengan penuh penghargaan, didengarkan secara aktif, serta dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan. Kondisi tersebut menciptakan pengalaman pelayanan yang lebih positif dan bermakna, sekaligus memperkuat rasa aman dan nyaman klien selama menerima asuhan, yang pada akhirnya meningkatkan kepercayaan terhadap tenaga kesehatan.

Pendekatan humanistik terbukti berperan dalam menurunkan tingkat kecemasan, ketakutan, dan stres yang sering dialami klien selama masa kehamilan, persalinan, maupun masa nifas, melalui penerapan sikap empati, dukungan emosional, serta komunikasi yang hangat dan suportif dari bidan. Kondisi ini memberikan ketenangan psikologis bagi klien sehingga mereka menjadi lebih siap secara mental dalam menghadapi setiap tahapan proses reproduksi. Secara keseluruhan, pendekatan humanistik dalam asuhan kebidanan tidak hanya berkontribusi terhadap peningkatan hasil klinis, tetapi juga menghadirkan pelayanan yang lebih berkualitas, bermakna, dan berpusat pada kebutuhan klien, sekaligus memperkuat dimensi kemanusiaan dalam praktik kebidanan sehingga tercapai derajat kesehatan ibu dan bayi yang optimal serta pengalaman pelayanan yang lebih manusiawi.

I. Hambatan dalam Penerapan Komunikasi Terapeutik dan Pendekatan Humanistik

Penerapan komunikasi terapeutik dan pendekatan humanistik dalam asuhan kebidanan merupakan bagian penting dalam mewujudkan pelayanan yang bermutu, holistik, dan berpusat pada klien. Meskipun demikian, dalam praktiknya masih terdapat berbagai hambatan yang dapat memengaruhi keberhasilan implementasi kedua pendekatan tersebut. Hambatan ini dapat berasal dari faktor individu tenaga kesehatan, karakteristik klien, kondisi lingkungan pelayanan, serta sistem

pelayanan kesehatan yang belum sepenuhnya mendukung praktik komunikasi yang efektif dan humanis (Bramhall, 2014).

Salah satu hambatan yang sering dijumpai adalah keterbatasan keterampilan komunikasi pada tenaga kesehatan. Tidak semua bidan memiliki kompetensi yang memadai dalam menerapkan komunikasi terapeutik, seperti kemampuan mendengarkan aktif, empati, serta membangun hubungan saling percaya dengan klien. Hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya pelatihan komunikasi interpersonal, keterbatasan pengalaman klinis, serta minimnya refleksi praktik profesional. Akibatnya, komunikasi yang terjalin cenderung bersifat satu arah, kurang menggali aspek psikologis klien, dan belum sepenuhnya responsif terhadap kebutuhan emosional pasien.

Beban kerja yang tinggi merupakan salah satu kendala signifikan dalam penerapan komunikasi terapeutik dan pendekatan humanistik dalam asuhan kebidanan. Pada kondisi pelayanan dengan jumlah pasien yang banyak serta keterbatasan waktu, bidan sering kali lebih terfokus pada tindakan klinis dibandingkan membangun komunikasi yang mendalam dan bermakna dengan klien. Situasi ini dapat berdampak pada menurunnya kualitas interaksi, sehingga hubungan terapeutik yang seharusnya menjadi dasar asuhan tidak terbentuk secara optimal. Di sisi lain, hambatan juga dapat bersumber dari faktor klien, seperti perbedaan bahasa, tingkat pendidikan, latar belakang budaya, serta kondisi emosional yang sedang dialami. Perbedaan-perbedaan tersebut berpotensi menimbulkan kesalahpahaman dalam proses komunikasi, sehingga pesan yang disampaikan tidak selalu dapat dipahami dengan baik. Selain itu, klien yang berada dalam kondisi stres, nyeri, atau kecemasan tinggi cenderung mengalami penurunan kemampuan dalam menerima dan mengolah informasi, yang pada akhirnya dapat menghambat efektivitas komunikasi antara bidan dan klien.

Lingkungan pelayanan memiliki peran yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan komunikasi terapeutik dan penerapan pendekatan humanistik. Kondisi fisik ruang pelayanan

yang kurang nyaman, keterbatasan privasi, serta suasana yang tidak kondusif dapat menjadi hambatan dalam terciptanya komunikasi yang efektif dan terbuka antara bidan dan klien. Situasi tersebut sering kali membuat klien merasa kurang aman dan tidak leluasa untuk menyampaikan perasaan, keluhan, maupun pengalaman yang sedang dialaminya secara jujur. Akibatnya, proses penggalian informasi menjadi kurang optimal, sehingga dapat memengaruhi ketepatan asuhan yang diberikan serta melemahkan hubungan terapeutik yang seharusnya terbangun secara baik antara bidan dan klien.

DAFTAR PUSTAKA

Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2020). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses* (8th ed.). Elsevier.

Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in healthcare practice. *Nursing Standard, 29*(14), 53–59. https://doi.org/10.7748/ns.29.14.53.e9355

International Confederation of Midwives. (2024). *Essential competencies for midwifery practice*. https://internationalmidwives.org

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang standar profesi bidan*. Jakarta: Kemenkes RI. https://repository.kemkes.go.id

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1261/2022 tentang standar kompetensi kerja bidang kebidanan*. Jakarta: Kemenkes RI. https://repository.kemkes.go.id

McCabe, C., & Timmins, F. (2013). *Communication skills for nursing practice*. Palgrave Macmillan.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients* (3rd ed.). Radcliffe Publishing.

Stuart, G. W. (2023). *Principles and practice of psychiatric nursing* (11th ed.). Elsevier.

World Health Organization. (2022). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. https://www.who.int

BIODATA PENULIS

Bd. Wilda Wahyuni Siregar, S.ST, M.Kes, merupakan Dosen Tetap di Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan. Lahir di Kota Padangsidimpuan, tanggal 09 Oktober 1990. Mengikuti pendidikan D-IV Bidan Pendidik Tahun 2012 di Universitas Sumatera Utara. Tahun 2017 menyelesaikan pendidikan Program Magister Kesehatan Masyarakat di Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua. Sebagai dosen aktif dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Selain aktif dalam menjalankan tugas sebagai Dosen, juga berkecimpung dalam pelayanan Praktik Mandiri Bidan yang juga menerima layanan komplementer.

BAB 4 Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan

Dr. Hamidah SST.M.KM

A. Pendahuluan

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang berfokus pada upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi perempuan sepanjang siklus kehidupannya. Dalam praktiknya, seorang bidan dituntut memiliki kompetensi klinik yang memadai, terutama keterampilan dasar dalam memberikan asuhan kebidanan yang aman, efektif, dan berpusat pada klien

Keterampilan dasar praktik klinik kebidanan menjadi fondasi penting dalam membentuk profesionalisme bidan serta menjamin mutu pelayanan yang diberikan. Menurut International Confederation of Midwives, kompetensi bidan mencakup pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional yang harus dimiliki untuk memberikan asuhan berkualitas kepada ibu dan bayi (International Confederation of Midwives [ICM], 2019).

Selain itu, penerapan keterampilan klinik yang baik juga berkaitan erat dengan prinsip keselamatan pasien (*patient safety*), yang bertujuan untuk meminimalkan risiko kesalahan tindakan dalam pelayanan kesehatan (WHO, 2018).

Dalam konteks pendidikan kebidanan, pembelajaran keterampilan klinik harus dilakukan secara sistematis, terstruktur, dan berbasis bukti (*evidence-based practice*) agar mahasiswa mampu mencapai kompetensi yang diharapkan (Marshall & Raynor, 2014).

Standar profesi bidan di Indonesia juga menekankan pentingnya penguasaan keterampilan klinik sebagai dasar dalam

memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas dan aman (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

B. Konsep Ketrampilan Praktik Klinik Kebidanan (KDPK)

1. Pengertian KDPK

   Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan (KDPK) merupakan mata kuliah atau proses pembelajaran praktik yang dirancang untuk membekali mahasiswa kebidanan dengan kemampuan dasar klinik dalam memberikan asuhan kebidanan secara aman, profesional, efektif, dan sesuai standar pelayanan kesehatan. KDPK menjadi fondasi utama sebelum mahasiswa melaksanakan praktik klinik langsung pada pasien di rumah sakit, puskesmas, klinik, maupun komunitas.

   KDPK mencakup penguasaan keterampilan psikomotor, komunikasi terapeutik, penerapan patient safety, pencegahan infeksi, pendokumentasian asuhan, serta penerapan evidence based practice dalam pelayanan kebidanan (Kemenkes RI, 2020).

2. Tujuan KDPK

   Tujuan KDPK adalah membentuk mahasiswa kebidanan agar memiliki kemampuan dasar klinik yang profesional, aman, kompeten, dan sesuai standar pelayanan kebidanan.

   Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, tujuan pembelajaran praktik klinik kebidanan adalah menghasilkan tenaga bidan yang kompeten dalam memberikan asuhan kebidanan secara profesional, mandiri, dan bertanggung jawab (Kemenkes RI, 2020).

Tabel 1. Daftar Tilik Pemeriksaan Fisik

Nilailah setiap kinerja yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:		
Mahir (3)	:	Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan (dilakukan secara mandiri tanpa bimbingan).

Mampu (2)	:	Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan, tetapi kurang tepat dan/ atau pelatih perlu membantu / mengingatkan hal-hal kecil yang tidak terlalu berarti (bisa diterima dengan bimbingan).
Perlu perbaikan (1)	:	Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau dihilangkan.

NO	KEGIATAN	NILAI		
		1	2	3
A	**SIKAP DAN PRILAKU**			
1	Ucapkan Salam sebelum dan sesudah tindakan			
2	Sambut klien dengan sopan dan ramah			
3	Perkenalkan diri pada klien			
4	Jelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan			
5	Respon terhadap reaksi klien dengan tepat			
6	Percaya diri, tidak gugup/ragu-ragu			
B	**PERSIAPAN ALAT**			
1	Timbangan Berat Badan & Pengukur tinggi Badan / Stature Meter			
2	Penlight/senter			
3	Stetoskop			
4	Hammer / Reflek patella			
5	Alat Ukur LILA			
6	Metline /meteran			
7	Tong spatel/spatel lidah			
8	Sarung tangan dalam tempatnya			
9	Tissu			
10	kassa steril			
11	Bengkok			
12	Jam Tangan			
13	Alat tulis			
14	Larutan klorin 0,5%			
C	**PROSEDUR TINDAKAN**			
1	Ucapkan salam dan perkenalkan diri			

2	Jelaskan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan			
3	Lakukan persetujuan tindakan (*inform consent*)			
4	Persiapkan alat			
5	Dekatkan alat			
6	Memasang sampiran/gorden			
7	Atur posisi pasien senyaman mungkin			
8	Cuci tangan			
9	Lakukan pemeriksaan TB, BB dan LILA			
10	Atur posisi pasien senyaman mungkin (Supinasi)			
11	Ucapkan Bismillah			
12	Pemeriksaan fisik Head to toe			
	Kesadaran			
	kompos mentis, apatis, letargi, somnolen, sopor, koma			
	Kulit			
	Inspeksi: lihat ada/ tidak adanya lesi, hiperpigmentasi (warna kehitaman/kecoklatan), edema dan distribusi rambut kulit Palpasi: diraba dan tentukan turgor kulit elastis atau tidak, tekstur kasar/halus, suhu akral dingin atau hangat			
	Kepala			
	ukuran, bentuk, simetris, trauma, benjolan, nodules/massa dengan menggunakan ujung jari: gerakan rotasi			
	Muka			
	Ekspresi wajah, kulit warna, distribusi rambut, struktur muka, ukuran simetris, sinus pada wajah			
	Mata			
	gerakan Bola Mata, simetris/tidak, kelainan bentuk/penglihatan, sekret, keadaan sklera/konjungtiva/pupil			
	Telingga			
	Bentuk, canalis bersih/ tidak, Tinitus (keluar cairan putih dari lubang telingga), kehilangan pendengaran			

	Hidung			
	Bentuk, masalah pada sinus, trauma, epistakis(mimisan), hidung tersumbat			
	Mulut			
	Bibir : warna, simetris, lesi, kelembaban, pengelupasan dan bengkak			
	Rongga Mulut : Stomatitis, kemampuan menggigit, mengunyah dan menelan.			
	Gusi : warna dan edema.			
	Gigi : karang gigi, caries, sisa gigi.			
	Lidah : kotor, warna, kesimetrisan, kelembaban, luka, bercak dan pembengkakan.			
	Kerongkongan : tonsil, peradangan, lendir/ sekret.			
	Leher			
	Pembesaran kelenjer gondok dan limfe, nyeri tekan, kaku pada leher			
	Dada			
	Simetris, retraksi, benjolan patologis			
	Payudara			
	Payudara simetris tidak, palpasai apakah ada benjolan, nyeri tekan/rasa tidak nyaman			
	Jantung			
	Mendengarkan denyut jantung pada apex jantung di daerah ICS (interconstae) ke-5 mid klavikula sinistra			
	Abdomen/perut			
	Inspeksi: lihat bnetuk perut secara umum, warna kulit, adanya retraksi, penonjolan, adanya ketidaksimetrisan, adanya asites adanya bekas luka operasi Palpasi: Palpasi ringan: untuk mengetahui adanya massa dan respon nyeri takan, letakkan telapak tangan pada abdomen secara berhimpitan dan tekan secara merata sesuai kuadran			

	Genetalia			
	Inspeksi: Lihat kuantitas dan penyebaran pubis merata atau tidak Amati adanya lesi, eritema, keputihan/candidiasis Palpasi: Tarik lembut labia mayora dengan jari-jari oleh satu tangan untuk mengetahui keadaan clitoris, selaput darah, dan adakah nyeri dan pengeluaran pada kelenjar skene dan bartholin			
	Rektum dan anus			
	Posisi laki-laki sims/berdiri setengah membungkuk, perempuan dengan posisi litotomi/terlentang kaki diangkat dan ditopang Inspeksi: lihat jaringan perineal dan jaringan sekitarnya, kaji adanya lesi dan ulkus Palpasi: ulaskan zat pelumas dan masukkan jari-jari ke rectal dan rasakan adanya nodul dan atau pelbaran vena pada rectum			
	Ekstermitas atas dan bawah			
	Inspeksi: Inspeksi struktur muskuloskletal: simetris dan pergerakan, integritas kulit, posisi dan letak, kekuatan dan tonus otot. Normal: simetris kanan dan kiri, integritas kulit baik, kekuatan otot penuh Palpasi: arteri femoralis, arteri poplitea, arteri dorsalis pedis denyutan normal jika teraba jelasTes refleks: normal reflex patella dan archiles positif			
	Punggung			
	Skoliosis, kifosis, lordosis			
13	Rapikan pasien			
14	Bereskan alat			
15	Cuci tangan			
16	Catat hasil pemeriksaan			

17	Ucapkan Hamdalah			
18	Ucapkan salam penutup			
D.	**Teknik**			
1	Penjelasan tindakan dilakukan secara sistematis dan efektif			
2	Waktu yang digunakan efisien			
3	Privacy klien/pasien dijaga			
4	Respon klien/pasien dikaji			
5	Tindakan dilakukan secara tepat			
	Skor Maksimal			
	Total Penilaian			

Keterangan:

Jakarta, .20…

Nilai = skor yang diperoleh x 100%
skor maksimal

DAFTAR TILIK PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL (TTV)

Nilailah setiap kinerja yang diamati menggunakan skala sebagai berikut:		
Mahir (3)	:	Langkah dikerjakan dengan benar, tepat tanpa ragu-ragu atau tanpa perlu bantuan dan sesuai dengan urutan (dilakukan secara mandiri tanpa bimbingan).
Mam pu (2)	:	Langkah dikerjakan dengan benar dan berurutan, tetapi kurang tepat dan/ atau pelatih perlu membantu / mengingatkan hal-hal kecil yang tidak terlalu berarti (bisa diterima dengan bimbingan).
Perlu perbaikan (1)	:	Langkah atau tugas tidak dikerjakan dengan benar atau dihilangkan.

NO	**KEGIATAN**	**NILAI**		
		1	**2**	**3**
A. SIKAP DAN PRILAKU				
1	Ucapkan Salam sebelum dan sesudah tindakan			

2	Sambut klien dengan sopan dan ramah			
3	Perkenalkan diri pada klien			
4	Jelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan			
5	Respon terhadap reaksi klien dengan tepat			
6	Percaya diri, tidak gugup/ragu-ragu			
B. PERSIAPAN ALAT				
1	Arloji yang ada jarum detiknya			
2	Termometer air raksa/termometer elektrik siap pakai			
3	Alcohol swab			
4	Kertas pembersih/*tissue* dalam tempatnya			
5	Bengkok			
6	Spignomanometer air raksa atau aneroid dengan balon udara dan manset			
7	Stetoskop			
8	Buku catatan dan alat tulis			
C. PROSEDUR TINDAKAN				
1	Ucapkan salam dan perkenalkan diri			
2	Jelaskan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan			
3	Lakukan persetujuan tindakan (*inform consent*)			
4	Persiapkan alat			
5	Dekatkan alat			
6	Pasang sampiran/gorden			
7	Atur posisi pasien senyaman mungkin			
8	Cuci tangan			
9	Ucapkan Bismillah			
10	Tentukan letak aksila dan bersihkan daerah aksila dengan gunakan tissue (tangan kiri)/tawarin kepada pasien untuk membersihkan bagian			

	ketiaknya sendiri			
11	Turunkan reservoir di bawah suhu 35˚c			
12	Letakkan termometer pada daerah aksila (reservoir tepat di tengahaksila) dan lengan pasien fleksi di atas dada selama 5-10 menit			
13	Tunggu pengukuran suhu 5-10 menit, lakukan pemeriksaan tekanan darah			
14	Gulung baju pasien			
15	Pasang manset 2,5 cm di atas fossa cubiti, pasang manset tidak terlalu longgar dan tidak terlalu kuat			
16	Tutup sekrup balon karet			
17	Raba arteri brachialis dengan 3 jari			
18	Letakkan diafragma stetoskop tepat di atasnya			
19	Pompa balon sampai detak arteri tidak terdengar			
20	Buka sekrup balon perlahan lahan sambil melihat skala dan dengarkan detak pertama (systole) dan detak terakhir (diastole)			
21	Pada waktu melihat skala, mata setinggi skala tersebut			
22	Lanjutkan dengan menghitung nadi			
23	Letakkan 3 jari tengah di atas arteri radialis			
24	Hitung jumlah denyut nadi selama 1 menit penuh			
25	Amati volume (keras/lemah denyutan)			
26	Hitung pernafasan, waktu inspirasi pada dada atau perut selama 1menit penuh			
27	Amati irama dan bunyi pernafasan			

28	Kemudian ambil termometer yang sudah terpasang, lalu baca hasilnya			
29	Lakukan dekontaminasi thermometer pada larutan klorin 0,5%			
30	Rapikan pasien			
31	Bereskan alat			
32	Cuci tangan			
33	Catat hasil pemeriksaan			
34	Ucapkan Hamdalah			
35	Ucapkan salam penutup			
D. Teknik				
1	Penjelasan tindakan dilakukan secara sistematis dan efektif			
2	Waktu yang digunakan efisien			
3	Privacy klien/pasien dijaga			
4	Respon klien/pasien dikaji			
5	Tindakan dilakukan secara tepat			
Skor Maksimal				
Total Penilaian				

Keterangan:

Jakarta, ...20.....

Nilai = $\frac{\text{skor yang diperoleh x 100\%}}{\text{skor maksimal}}$

Penilai

(……..)

DAFTAR PUSTAKA

International Confederation of Midwives. (2021). *Essential competencies for midwifery practice*. International Confederation of Midwives.

Johnson, R.., & Taylor, W.. (2016). *Skills for midwifery practice* (4th ed.). Elsevier.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Standar profesi bidan Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Pairman, S.., Tracy, S.., Dahlen, H.., & Dixon, L.. (2019). *Midwifery: Preparation for practice* (4th ed.). Elsevier.

Potter, P. A.., & Perry, A. G.. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Varney, H.. (2007). *Varney's midwifery* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.

World Health Organization. (2021). *Patient safety*. World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *Quality maternal and newborn care*. World Health Organization.

BIODATA PENULIS

Dr.Hamidah,SST.M.KM lahir di Kutacane, pada 16 Mei 1968. Menyelesaikan pendidikan DIV Poltekkes Jakarta III, S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Uhamka, S3 di Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Hasannuddin Makasar. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan di Universitas Muhammadiyah Jakarta.

BAB 5 Praktik Klinik Asuhan Kebidanan pada Kehamilan (ANC)

Ismiyanti H. Achmad, S.ST.,M.Keb

A. Pendahuluan

Keterampilan klinik dalam *Antenatal Care* (ANC) merupakan salah satu pilar utama kompetensi yang harus dikuasai oleh mahasiswa kebidanan. Kemampuan psikomotorik yang dipadukan dengan penalaran klinis (*clinical reasoning*) yang kuat sangat menentukan kualitas asuhan yang diberikan kepada ibu hamil.

Dalam praktik kebidanan modern, keterampilan klinik tidak hanya sekadar melakukan prosedur teknis, melainkan sebuah proses interaktif yang berpusat pada wanita (*woman-centered care*). Setiap tindakan klinik yang dilakukan harus didasarkan pada bukti ilmiah terkini (*evidence-based practice*) untuk memastikan bahwa pemeriksaan berjalan dengan aman, minim invasif, serta menghormati hak dan kenyamanan ibu hamil (Kemenkes RI, 2024; WHO, 2022).

B. Konsep Dasar ANC

1. Pengertian Ante Natal Care

Pelayanan antenatal atau antenatal care (ANC) merupakan setiap kegiatan dan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan yang diberikan kepada seluruh ibu hamil. Tujuan ANC dalam Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2020) adalah untuk memperoleh suatu proses kehamilan serta persalinan yang aman dan positif (positive

pregnancy experience). Pelayanan ANC akan mempersiapkan calon ibu agar benar-benar siap untuk hamil, melahirkan dan menjaga agar lingkungan sekitar mampu melindungi bayi dari infeksi. Masa kehamilan yang awalnya diperkirakan normal dapat berkembang menjadi kehamilan patologi sehingga perlu upaya peningkatan pelayanan kesehatan utamanya untuk ibu hamil dengan cara meningkatkan pelayanan ANC terpadu yang sesuai standar

Semua ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang komprehensif dan berkualitas sehingga ibu hamil dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan pengalaman yang bersifat positif serta melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Pengalaman yang bersifat positif adalah pengalaman yang menyenangkan dan memberikan nilai tambah yang bermanfaat bagi ibu hamil dalam menjalankan perannya sebagai perempuan, istri dan ibu

2. Standar Pelayanan ANC

Pemeriksaan dan pelayanan sesuai Standar (12 standar ANC)

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
   1) Tujuannya untuk mendapatkan status gizi pada ibu hamil melalui IMT pada awal kehamilan
   2) IMT diukur saat kunjungan pertama (K1, <12 minggu) dengan data tinggi badan saat ini dan berat badan sebelum hamil atau berat badan saat K1 (<12 minggu) jika ibu tidak mengetahui berat badan sebelum hamil. Ibu hamil yang datang di kunjungan K2 dst, maka status gizi diukur dengan menggunakan pita LILA.

Tabel 1. IMT Ibu Hamil

IMT pra hamil (kg/m2)	Kenaikan BB total selama kehamilan (kg)	Laju kenaikan BB pada trimester III (rentang rerata kg/minggu)
Gizi Kurang / KEK (<18.5)	12.71 – 18.16	0.45 (0.45 – 0.59)
Normal (18.5 - 24.9)	11.35 – 15.89	0.45 (0.36 – 0.45)
Kelebihan BB (25.0-29.9)	6.81 – 11.35	0.27 (0.23 – 0.32)
Obes (³30.0)	4.99 – 9.08	0.23 (0.18 – 0.27)

3) Pemeriksaan Tinggi badan diukur saat kunjungan pertama (K1)/ saat ibu pertama kali bertemu dengan tenaga Kesehatan, dilakukan satu kali selama masa kehamilan
4) Pemeriksaaan berat badan diukur pada setiap kunjungan untuk memantau penambahan berat badan selama kehamilan sesuai standar**.**

b. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)
   1) Tujuannya untuk mendapatkan status gizi ibu hamil
   2) LILA normal
   3) Pemeriksaan LILA hanya dilakukan pada kunjungan pertama (K1)/saat ibu hamil pertama
   4) kali bertemu dengan tenaga kesehatan
   5) Pemeriksaan LILA hanya dilakukan 1 (satu) kali selama kehamilan

Gambar 1. Cara Pengukuran LILA

c. Ukur tekanan darah
   1) Tujuannya untuk mendapatkan hasil tekanan darah pada ibu dan melakukan skrining preeklamsia pada ibu
   2) Skrining preeklampsia selama masa kehamilan wajib dilakukan. Skrining ini dimulai dari penilaian tekanan darah selama masa kehamilan dan dicatat pada lembar grafik evaluasi kehamilan pada buku KIA.

3) Setiap ibu hamil melakukan asuhan antenatal, catat tanggal dan hasil pemeriksaan tekanan darah di kolom yang tersedia.
4) Pemeriksaan tekanan darah diukur pada setiap kunjungan

d. Ukur tinggi puncak Rahim (Fundus uteri)
Tujuan pemeriksaan TFU adalah untuk meniali usia atau besar janin

e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin
1) Tujuan pemeriksaan DJJ adalah untuk menilai kesejahteraan janin
2) Rentang normal DJJ adalah 110-160 kali permenit
3) Pemeriksaan DJJ dan presentasi janin dilakukan pada setiap kunjungan mulai dari trimester 2
4) Catatkan pada grafik evaluasi kehamilan

f. Skrining status imunisasi **tetanus** dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan
1) Skrining status Td dilakukan pada kunjungan awal kehamilan (K1)/ atau saat ibu hamil pertama kali bertemu dengan tenaga Kesehatan
2) Imunisasi Td diberikan pada ibu hamil dengan hasil skrining belum mencapai T5
3) Ibu hamil harus mendapat T2+

Tabel 2. Imunisasi Pada Wanita Usia Subur (WUS)

Status Imunisasi	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	-
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

g. **Temui Dokter** untuk **pemeriksaan USG Obstetri Terbatas**
   1) Dilakukan 1 kali pada trimester 1 dan 1 kali pada trimester 3
   2) USG Dilakukan oleh dokter umum terlatih atau dokter Sp. OG
   3) Dilakukan deteksi faktor risiko/penyulit/ komplikasi kehamilan dan persalinan
h. **Skrining Kesehatan Jiwa**
   1) Skrining Kesehatan jiwa dilakukan pada kunjungan pertama (K1) dan kunjungan ke-5 (K5)
   2) Skrining **Kesehatan jiwa menggunakan form EPDS**
i. **Tes laboratorium**: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B),gluko-protein urin, gula darah sewaktu, Malaria, BTA
j. Pemberian **tablet tambah darah/MMS** minimal 120 tablet selama masa kehamilan
   1) TTD/MMS diberikan pada ibu hamil pada kunjungan awal kehamilan (K1)/ atau saat ibu hamil pertama kali bertemu dengan tenaga kesehatan
   2) Ibu hamil harus mendapat dan mengonsumsi TTD/MMS minimal 180 tablet selama kehamilan
k. **Diagnosis dan Tata laksana**/penanganan kasus sesuai kewenangan
   1) Tatalaksana kasusdilakukansesuai hasil pemeriksaan ibu hamil
   2) Tatalaksana bisa dilakukan dengan pemberian edukasi kesehatanm Tindakan yang dilakukan atau rujukan
   3) Ketika melakukan rujukan pastikan ibu hamil mendapatkan tatalaksana
l. **Temu wicara** (konseling)
   1) Dilakukan pada setiap kunjungan ibu hamil
   2) Sesuaikan dengan masalah ibu hamil yang ditemukan dari hasil pemeriksaan
   3) Media dapat menggunakan buku KIA atau lainnya

4) Pastikan ibu hamil memahami pesan yang ada di buku KIA

3. Jadwal Kunjungan ANC

Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar. Pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 6 kali selama kehamilannya dengan distribusi waktu: 1 kali pada trimester kesatu (0-12 minggu), 2 kali pada trimester kedua (>12minggu - 24 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran), dimana minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter (1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan (Kemenkes RI,2021).

4. Pelayanan ANC Terpadu

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus mampu melakukan deteksi dini masalah gizi, faktor risiko, komplikasi kebidanan, gangguan jiwa, penyakit menular dan tidak menular yang dialami ibu hamil serta melakukan tata laksana secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan bersih dan aman

Gambar 2. Konsep Pelayanan ANC Terpadu

1) Masalah Gizi, anemia, KEK, obesitas, kenaikan berat badan sesuai standar factor risiko adalah usia ibu ≤ 16 tahun, usia ibu ≥ 35 tahun, anak terkecil ≤ 2 tahun.

2) Hamil pertama ≥ 4 tahun, interval kehamilan > 10 tahun, persalinan ≥ 4 kali, gemeli/kehamilan ganda, kelainan letak dan posisi janin, kelainan besar janin, riwayat obstetrik jelek (keguguran/gagal kehamilan), komplikasi pada persalinan yang lalu (riwayat vakum/forsep, perdarahan pasca persalinan dan atau transfusi), riwayat bedah sesar, hipertensi, kehamilan lebih dari 40 minggu.
3) Komplikasi kebidanan: ketuban pecah dini, perdarahan pervaginam, hipertensi
4) Penyakit menular: HIV, sifilis, hepatitis B, tetanus maternal, malaria, TB, demam berdarah, tifus abdominalis, dll.
5) Masalah kesehatan jiwa: depresi, gangguan kecemasan, psikosis, skizofrenia

C. Pengkajian Dalam Praktek Kehamilan

Pengkajian adalah langkah pertama yang dipakai dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien dan merupakan suatu proses sistematis dalam pengumpulan data-data

1. Pengumpulan Data Subjektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi data kejadian.

a. Identitas Klien Dan Suami
   1) Nama: Dikaji nama yang jelas dan lengkap untuk menghindari adanya kekeliruan atau untuk membedakan dengan pasien yang lain.
   2) Umur: Umur penting untuk dikaji karena ikut menentukan prognosis kehamilan. Jika umur terlalu tua atau terlalu muda, maka persalinan lebih banyak resikonya.
   3) Agama: Untuk memberi motivasi pasien sesuai dengan agamanya.
   4) Suku/Bangsa: Untuk mengetahui adat istiadat yang menguntungkan dan merugikan bagi pasien.
   5) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual karena tingkat pendidikan mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang.

6) Pekerjaan: Untuk mengetahui pekerjaan pasien dan tanggung jawabnya dalam rumah sehingga dapat mengidentifikasi resiko yang berhubungan dengan pekerjaan pasien.
7) Alamat: Untuk mempermudah hubungan jika diperlukan dalam keadaan mendesak sehingga bidan mengetahui tempat tinggal pasien.

b. Keluhan Utama

Dikaji untuk mengetahui apa yang di rasakan ibu saat itu, biasanya pada ibu hamil keluhan yang dirasakan antara lain, pada Trimester I : mual muntah, sakit kepala, susah tidur, sering buang air kecil, merasa lelah, keputihan. Trimester II: pusing, kram pada kaki, kaki bengkak. Trimester III : sering kelelahan, sering buang air kecil, susah tidur, bengkak, kram pada kaki, keputihan.

c. Riwayat Kehamilan Sekarang
1) HPHT, dapat digunakan untuk mengetahui usia kehamilan.
2) Hari perkiraan lahir/ HPL, Dapat digunakan untuk mengetahui perkiraan kelahiran

d. Ante Natal Care/ ANC, untuk mengetahui riwayat ANC teratur/ tidak, tempat ANC dimana (Prawirohardjo, 2010). Pergerakan janin dirasakan pertama kali pada usia kehamilan berapa minggu, dalam 24 jam berapa kali, dalam 10 menit berapa kali, TT berapa kali,obat-obat yang di konsumsi selama kehamilan, kebiasaan negatif ibu terhadap kehamilannya (merokok, narkoba, alkohol, minum jamu), keluhan

e. Riwayat Menstruasi: Data yang diperoleh sebagai gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksinya. Menarche (pertama kali haid), siklus (jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya), lamanya menstruasi, banyaknya darah, bau, warna, konsistensi, ada dismenorhoe dan fluor albus atau tidak, keluhan (keluhan yang dirasakan selama mengalami menstruasi).

f. **Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu**

1) Riwayat kehamilan: Untuk mengetahui berapa umur kehamilan ibu, bagaimana letak janin dan tinggi TFU apakah sesuai dengan umur kehamilan atau tidak.
2) Riwayat persalinan: Untuk mengetahui persalinan spontan atau dengan bantuan, lahir aterem, preterm atau posterm, ada perdarahan waktu persalinan, ditolong siapa, dimana tempat persalinan .
3) Riwayat nifas: Dikaji untuk mengetahui adakah komplikasi pada masa nifas sebelumnya, untuk dapat melakukan pencegahan atau waspada terhadap kemungkinan kekambuhan komplikasi.
4) Riwayat anak: Dikaji untuk mengetahui riwayat anak, jenis kelamin, hidup atau mati, kalau meninggal pada usia berapa dan sebab meninggal, berat badan dan panjang badan waktu lahir.

g. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang: Untuk mengkaji keadaan kesehatan pasien saat ini yang merupakan resiko tinggi terhadap hipertensi, malaria, diabetes mellitus. Hal ini di perlukan untuk menentukan asuhan berikutnya. Misalnya klien mengatakan bahwa sedang menderita penyakit DM, maka bidan harus terlatih memberikan asuhan kehamilan klien dengan DM.
2) Riwayat kesehatan dahulu: Perlu dikaji apakah klien pernah mempunyai riwayat jantung, ginjal, asma, TBC, hipertensi dan DM pada kesehatan yang lalu. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada dalam kandungannya tersebut beresiko menderita penyakit yang sama.
3) Riwayat kesehatan keluarga: Untuk mengkaji keadaan keluarga yang dapat menjadi penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes militus. Hal ini bertujuan untuk mendiagnosa apakah si janin berkemungkinan akan menderita penyakit tersebut atau tidak.
4) Riwayat psikososial: Dikaji untuk mengetahui perasaan ibu dan keluarga dalam menghadapi kehamilan saat ini.
5) Riwayat Keluarga Berencana: Untuk mengetahui kontrasepsi yang pernah dipakai, lamanya pemakaian

kontrasepsi, alasan berhenti dan rencana yang akan datang.

6) Pola kebiasaan sehari-hari
   a) Personal Hygiene: Untuk mengetahui bagaimana pasien menjaga kebersihan dirinya terutama daerah genetalianya. Karena jika kebersihan genetalianya kurang, dapat memicu terjadinya infeksi.
   b) Pola nutrisi: Dikaji untuk mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil. Makanan : frekuensi, jenisnya, keluhan. Minuman: frekuensi, jenisnya, keluhan

c) Pola aktivitas dan istirahat: Perlu dikaji untuk mendapatkan gambaran seberapa berat aktivitas yang dilakukan dirumah. Kebutuhan istirahat pada ibu hamil Trimester I,II,dan II adalah ± 8 jam pada malam hari dan ± 1 jam pada siang hari. Ibu hamil juga harus menghindari posisi duduk dan berdiri terlalu lama. Hindari pekerjaan yang terlalu berat atau berhubungan dengan radiasi atau bahan kimia, terutama usia kehamilan muda.

d) Pola eliminasi: Dikaji untuk mengetahui kebiasaan BAB dan BAK pasien sebelum dan selama hamil, BAB meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau, serta kebiasaan BAK meliputi frekuensi, warna, dan jumlah.
   Trimester III : Frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala bayi, BAB sering obstipasi karena hormon progesteron meningkat .

e) Perokok dan pemakai obat-obatan: Dikaji untuk mengetahui apakah ibu merokok dan memakai obat-obatan selama hamil atau tidak. Ibu hamil yang merokok dan memakai obat-obatan selama hamil dapat menyebabkan cacat janin dan gangguan psikotik (kelainan jiwa) pada janin.

2. Pengumpulan Data Objektif

Data obyektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur.

a) Pemeriksaan Umum: Bertujuan untuk menilai keadaan umum pasien, tingkat kesadaran, status gizi, serta ada tidaknya kelainan bentuk badan.

b) Kesadaran: Pemeriksaan yang bertujuan untuk menilai status kesadaran pasien.
c) Tanda-tanda vital:
   (1) Tekanan darah: Untuk menilai sistem kardiovaskuler berkaitan dengan hipertensi. Hipertensi dalam kehamilan dengan kenaikan ≥ 140/90 mmHg;
   (2) Nadi: Frekuensi normal 60-90x/menit;
   (3) Suhu: Untuk mengetahui suhu tubuh pasien normal atau tidak. Peningkatan suhu menandakan terjadinya infeksi, suhu normal adalah 36,5-37,6℃;
   (4) Pernapasan: Untuk mengetahui sistem fungsi pernapasan. Frekuensi normal 16-24x/menit.
d) Berat badan: Untuk mengetahui faktor obesitas, selama kehamilan berat badan naik hingga 9-12 kg.
e) Tinggi Badan: Untuk menentukan kemungkinan adanya panggul sempit (terutama pada yang pendek) tinggi badan normal ≥ 145 cm.
f) LILA: Untuk mengetahui adanya faktor kurang gizi bila kurang dari 23,5 cm .
g) Pemeriksaan Sistematis: pemeriksaan dengan melihat pasien dari ujung rambut sampai kaki.
   (1) Kepala
      (a) Rambut: Untuk menilai warna, kebersihan, adakah ketombe dan rambut rontok.
      (b) Wajah: Dikaji apakah muncul cloasma gravidarum, yang biasa muncul pada wanita hamil pada umur kehamilan 12 minggu karena pengaruh hormon kortikusteroid plasenta.
      (c) Mata: Conjungtiva merah muda atau pucat, jika conjungtiva pucat berarti adanya kemungkinan anemia pada ibu, sklera warna kuning atau tidak, jika sclera berwarna kuning kemungkinan adanya gejala penyakit kuning.
      (d) Hidung: Untuk mengetahui ada tidaknya polip, ada secret atau tidak.
      (e) Telinga: Bersih atau tidak, simetris atau tidak .

(f) Mulut dan gigi: Apakah ada caries atau tidak, mulut bersih atau kotor, bibir stomatitis atau tidak, lidah bersih atau tidak .

(2) Leher: Adakah pembesaran kelenjar tyroid, adakah pembesaran vena jugularis, adakah pembesaran kelenjar getah bening .

(3) Payudara dan axilla: Adakah benjolan rasa sakit pada payudara, payudara simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, Aksilla untuk mengetahui apakah ada pembesaran kelenjar getah bening pada ketiak dan adakah nyeri tekan

(4) Abdomen yaitu

(a) Leopold I: untuk menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat di daerah fundus uteri.

(b) Leopold II: untuk menentukan letak punggung janin (pada letak membujur) dan kepala janin (pada letak melintang), dan bagian-bagian terkecil janin.

(c) Leopold III: Untuk menyimpulkan bagian janin yang berada di bawah rahim.

(d) Leopold IV: Untuk mengetahui apakah bagian terdepan janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau belum. Apabila sudah masuk, seberapa jauh bagian tersebut masuk pintu atas panggul.

(e) Mc. Donald: Apabila kehamilan di atas 24 minggu memakai pengukuran Mc Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai cm dari atas simpisis ke fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya.

(5) Genetalia: Untuk mengetahui keadaan genetalia yang meliputi varices, dan oedema, pembesaran kelenjar bartholini dan cairan yang keluar

(6) Ekstremitas: Apakah oedema atau tidak , terdapat varises atau tidak reflek patella positif atau negatif

D. Pemeriksaan Kehamilan

1. Pemeriksaan Leopold

a. Persiapan Alat Dan Bahan

1) Tempat tidur untuk pemeriksaan
2) Pencahayaan yang cukup
3) Sarung tangan medis
4) Selimut untuk menutupi tubuh klien
5) Alat tulis

b. Persiapan Pemeriksa Dan Klien

1) Jelaskan kepada ibu hamil mengenai prosedur yang akan dilakukan untuk mendapatkan persetujuan (informed consent)
2) Pastikan ibu hamil berada dalam posisi yang nyaman (berbaring telentang dengan lutut ditekuk atau sedikit terangkat untuk kenyamanan
3) Pastikan ibu hamil dalam keadaan relaks, dengan posisi punggung rata dan tidak ada tekanan pada perut
4) Pemeriksan mencuci tangan menggunakan handsoap/handrub dengan 6 langkah mencuci tangan

c. Langkah-Langkah Pemeriksaan

1) Leopold I

Untuk menentukan TFU dengan Metlin dan menentukan bagian apa pada janin yang terdapat di fundus

Dengan Teknis :

a) Uterus diketengahkan, letakkan sisi lateral telunjuk kiri pada puncak fundus uteri untuk menentukan TFU, Perhatikan agar jari tidak mendorong uterus kebawah (jika diperlukan fiksasi uterus kebawah depan kanan dan kiri, setinggi tepi atas simphisis).
b) Letakan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada fundus uteri dan rasakan bagian janin yang ada pada bagian tersebut dengan jalan menekan secara lembut dan menggeser telapak tangan kiri dan kanan secara bergantian

c) **Mengukur TFU secara Mc Donald (usia kehamilan >20 minggu)**

Berdiri disebelah kanan klien, ketengahkan uterus kemudian tangan kiri menahan fundus uteri, tangan kanan menempelkan meteran, mulai dari fundus uteri sampai tepi atas tulang atas simphisis atau sebaliknya. Mengangkat meteran, kemudian baca hasil

Gambar 2. Pengukuran TFU

2) Leopold II

Untuk menentukan bagian apa yang terdapat pada setiap sisi perut.

Dengan teknik:

a) Pasien tidur terlentang dengan kaki di tekuk
b) Letakan telapak tangan kiri pada dinding lateral tangan dan letakan tangan kanan pada dinding perut lateral kiri klien secara sejajar dan pada ketinggian yang sama
c) Mulai dari bagian atas tekan secara bergantian atau bersamaan(simultan) telapak tangan kiri dan kanan, kemudian bergeser kebawah dan dan rasakan adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian-bagian kecil (ekstremitas)

3) Leopold III

Untuk menentukan bagian terendah dari janin

a) Tangan kiri berada pada fundus uteri, tangan kanan berada pada bagian bawah uterus

b) Tangan kiri menahan fundus uteri, tangan kanan meraba dan menggoyangkan bagian janin yang berada dibagian bawah uters. Apabila teraba keras dan bila digoyangkan ada lentingan pertanda kepala janin, apabila teraba lunak dan bila digoyangkan tidak ada lentingan pertanda bokong janin.

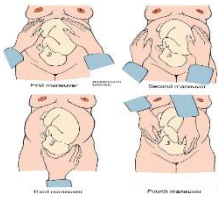
4) Leopold IV

Untuk menentukan apakah bagian terendah dari janin sudah masuk Pintu Atas Panggul atau belum.

Pemeriksa menghadap kebagian kaki klien dan kaki diluruskan.

a) Tangan kiri pemeriksa dipindahkan kesebelah lateral kiri perut klien dan tangan kanan dipindahkan kesebelah lateral kanan perut klien

b) Apabila kedua Ujung jari tangan kanan dan kiri bertemu berarti bagian terendah dari janin belum masuk pintu atas panggul dan apabila kedua Ujung jari tangan kanan dan kiri tidak bertemu berarti bagian terendah dari janin sudah masuk pintu atas panggul (Walyani,2014).



Gambar 3. Pemeriksaan Lepold I- IV

2. Pemeriksaan DJJ

a. Persiapan alat dan bahan

1) Sarung tangan medis jika diperlukan
2) Fetoskop atau dopler
3) Gel atau pelumas
4) Tisu atau kain bersih
5) Alat tulis untuk mencatat hasil pemeriksaan

b. Persiapan pasien

1) Pastikan ruangan dalam kondisi tenang dan nyaman untuk pemeriksaan
2) Ibu hamil harus berada dalam posisi yang nyaman, biasanya dalam posisi terlentang
3) Jelaskan prosedur pemeriksaan kepada ibu hamil untuk memperoleh persetujuan (informed consent)
4) Pastikan alat yang digunakan (stetoskop atau Doppler) dalam kondisi bersih dan berfungsi dengan baik.
5) Pemeriksan mencuci tangan menggunakan handsoap/handrub dengan 6 langkah mencuci tangan

c. Langkah-langkah

1) Menentukan area punctum maksimum (berdasrkan hasil pemeriksaan leopold III dan III)
2) Mengambil fetoscop dengan tangan kiri kemudian letakan pangkalnya pada area punctum maksimum
3) Mendengarkan DJJ dengan menempelkan telinga pada ujung fetoscope
4) Pastikan denyut jantung janin dengan meraba nadi klien, apabila lebih cepat dari nadi klien berarti benar DJJ
5) Dengarkan selama 1 menit penuh (120 – 160 x/mnt, WHO : 100 – 180 x/mnt).
6) Mengangkat fetoscope dan meletakan kembali pada tempatnya.

DAFTAR PUSTAKA

JNPK-KR. (2017). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020). Pedoman pelayanan antenatal, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di era adaptasi kebiasaan baru. Kementerian Kesehatan RI

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, pelayanan kontrasepsi, dan pelayanan kesehatan seksual. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Balai Besar Pelatihan Kesehatan Makassar. (2022). Modul konsep pelayanan ANC Terpadu. Balai Besar Pelatihan Kesehatan Makassar.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Balai Besar Pelatihan Kesehatan Makassar. (2022). Modul Asuhan Ibu Hamil (ANC) Terpadu. Balai Besar Pelatihan Kesehatan Makassar.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Pedoman pelayanan antenatal terpadu. Kementerian Kesehatan RI

Walyani, E. S. (2015). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

World Health Organization. (2022). *WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: Maternal and fetal assessment update: Imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy*. World Health Organization.

.

.**BIODATA PENULIS**

Ismiyanti H. Achmad, S.ST.,M.Keb lahir di Ambon, pada 6 Agustus 1982. Menyelesaikan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Poltekkes Makassar dan S2 Kebidanandi Universitas Hasanudin Makassar. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi D-III Kebidanan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 6

Praktik Klinik KIE: Deteksi Dini Risiko Kehamilan dan Kesiapan Persalinan

Hasnawati Nukuhaly, S.SiT., M.Kes

A. Pendahuluan

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang dapat berkembang menjadi kondisi patologis apabila tidak dilakukan pemantauan secara optimal. Deteksi dini risiko kehamilan menjadi langkah penting dalam mengidentifikasi kemungkinan komplikasi sejak awal, seperti preeklamsia, anemia, dan diabetes gestasional, yang sering kali tidak menunjukkan gejala spesifik pada tahap awal. Menurut penelitian terbaru, deteksi dini melalui pemeriksaan antenatal care (ANC) yang teratur terbukti efektif dalam menurunkan kejadian komplikasi kehamilan serta meningkatkan luaran ibu dan bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Selain itu, studi oleh Sari et al. (2024) menunjukkan bahwa ibu hamil yang mendapatkan skrining risiko secara dini memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan intervensi tepat waktu dibandingkan dengan yang tidak melakukan pemeriksaan rutin.

Organisasi Kesehatan Dunia juga menegaskan bahwa sebagian besar kematian ibu dapat dicegah melalui deteksi dini dan penanganan komplikasi secara cepat dan tepat (WHO, 2023). Oleh karena itu, deteksi dini risiko kehamilan menjadi strategi penting dalam upaya preventif untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

Bidan memiliki peran penting sebagai tenaga kesehatan lini pertama dalam pelayanan kesehatan maternal. Dalam praktiknya, bidan bertanggung jawab melakukan pemeriksaan kehamilan, deteksi dini komplikasi, pemberian asuhan kebidanan, serta rujukan apabila ditemukan kondisi risiko tinggi. Penelitian oleh

Rahmawati et al. (2024) menunjukkan bahwa keterlibatan aktif bidan dalam pemantauan kehamilan secara berkelanjutan dapat menurunkan risiko komplikasi hingga signifikan.

bidan juga berperan dalam memberikan edukasi kepada ibu hamil mengenai tanda bahaya kehamilan dan pentingnya pemeriksaan rutin. Menurut buku kebidanan terkini, pendekatan promotif dan preventif yang dilakukan oleh bidan menjadi faktor kunci dalam menurunkan angka kematian ibu, terutama di wilayah dengan akses layanan kesehatan terbatas (Varney, Kriebs, & Gegor, 2022). Hal ini diperkuat oleh studi Nugroho et al. (2023) yang menyatakan bahwa peningkatan kompetensi bidan dalam deteksi dini dan manajemen kasus berkontribusi langsung terhadap penurunan morbiditas maternal. Dengan demikian, bidan memiliki peran strategis tidak hanya sebagai pemberi layanan kesehatan, tetapi juga sebagai edukator dan fasilitator dalam sistem pelayanan kesehatan ibu.

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) merupakan komponen penting dalam pelayanan kebidanan yang bertujuan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran ibu hamil terhadap kondisi kesehatannya. KIE tidak hanya berfokus pada penyampaian informasi, tetapi juga pada proses komunikasi dua arah yang memungkinkan ibu hamil memahami dan mengambil keputusan yang tepat terkait kesehatannya.

Menurut penelitian oleh Lestari et al. (2023), penerapan KIE dalam pelayanan antenatal care terbukti meningkatkan pemahaman ibu hamil mengenai tanda bahaya kehamilan serta meningkatkan kepatuhan terhadap kunjungan ANC. Selain itu, pendekatan KIE yang efektif juga dapat meningkatkan perubahan perilaku kesehatan, seperti kepatuhan dalam konsumsi tablet zat besi dan kesiapan menghadapi persalinan (Handayani & Putri, 2024).

Dalam praktik klinik, keberhasilan KIE dipengaruhi oleh kemampuan komunikasi tenaga kesehatan, media yang digunakan, serta kesesuaian materi dengan kebutuhan pasien. Oleh karena itu, penguatan implementasi KIE menjadi salah satu strategi penting

dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan mencegah komplikasi kehamilan.

B. Konsep Dasar KIE dalam Kebidanan

1. Definisi dan Tujuan KIE

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) merupakan suatu proses interaksi antara tenaga kesehatan dengan individu atau kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan. Dalam konteks pelayanan kebidanan, KIE tidak hanya sekadar penyampaian informasi, tetapi juga mencakup komunikasi dua arah yang memungkinkan terjadinya pemahaman yang lebih baik antara tenaga kesehatan dan pasien. Menurut World Health Organization (2023), komunikasi yang efektif dalam pelayanan kesehatan merupakan komponen penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien.

Tujuan utama KIE adalah untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman ibu hamil mengenai kondisi kesehatannya, termasuk mengenali tanda bahaya kehamilan, pentingnya pemeriksaan antenatal, serta kesiapan menghadapi persalinan.

Penelitian oleh Lestari et al. (2023) menunjukkan bahwa KIE yang dilakukan secara sistematis dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil secara signifikan serta mendorong perubahan perilaku ke arah yang lebih sehat. Selain itu, KIE juga bertujuan untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam mengambil keputusan terkait kesehatan dirinya (Handayani & Putri, 2024).

2. Prinsip-Prinsip KIE Efektif (Empati, Komunikasi Terapeutik, Budaya)

Pelaksanaan KIE yang efektif harus memperhatikan beberapa prinsip utama, yaitu empati, komunikasi terapeutik, dan sensitivitas budaya. Empati merupakan kemampuan tenaga kesehatan untuk memahami perasaan dan kondisi pasien, sehingga dapat menciptakan hubungan yang saling percaya. Studi oleh Rahmawati et al. (2024) menunjukkan

bahwa pendekatan empatik dalam komunikasi meningkatkan kepuasan pasien serta kepatuhan terhadap anjuran medis.

Komunikasi terapeutik juga menjadi prinsip penting dalam KIE, yaitu komunikasi yang dirancang secara khusus untuk membantu proses penyembuhan pasien. Komunikasi ini melibatkan keterampilan mendengarkan aktif, penggunaan bahasa yang mudah dipahami, serta pemberian respon yang mendukung. Menurut Varney et al. (2022), komunikasi terapeutik dalam praktik kebidanan dapat meningkatkan efektivitas edukasi dan memperkuat hubungan antara bidan dan pasien. Selain itu, aspek budaya harus diperhatikan dalam pelaksanaan KIE, mengingat latar belakang sosial dan budaya pasien dapat mempengaruhi cara mereka menerima informasi dan mengambil keputusan. Penelitian oleh Nugroho et al. (2023) menyatakan bahwa KIE yang disesuaikan dengan nilai budaya lokal lebih efektif dalam meningkatkan penerimaan dan perubahan perilaku kesehatan masyarakat.

3. Pendekatan Skill, Care, & Compassion dalam KIE

Pendekatan skill, care, dan compassion merupakan konsep penting dalam pelaksanaan KIE yang berkualitas. Skill (keterampilan) mengacu pada kemampuan teknis tenaga kesehatan dalam menyampaikan informasi secara jelas, sistematis, dan sesuai kebutuhan pasien. Keterampilan ini meliputi kemampuan komunikasi verbal dan nonverbal, penggunaan media edukasi, serta kemampuan menilai tingkat pemahaman pasien.

Care (kepedulian) mencerminkan perhatian tenaga kesehatan terhadap kondisi fisik dan psikologis pasien. Pendekatan ini menekankan pentingnya memberikan pelayanan yang berpusat pada pasien (patient-centered care). Penelitian oleh Sari et al. (2024) menunjukkan bahwa pendekatan berbasis kepedulian dapat meningkatkan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan.

Sementara itu, compassion (welas asih) merupakan sikap empati yang lebih mendalam yang mendorong tenaga

kesehatan untuk tidak hanya memahami, tetapi juga membantu meringankan beban pasien. Menurut WHO (2023), pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan compassion terbukti meningkatkan pengalaman pasien serta hasil kesehatan secara keseluruhan. Dengan menggabungkan ketiga aspek tersebut, KIE dapat dilakukan secara lebih efektif dan humanis.

4. Sasaran KIE pada Ibu Hamil dan Keluarga

Sasaran utama KIE dalam pelayanan kebidanan adalah ibu hamil, namun keterlibatan keluarga juga menjadi faktor penting dalam keberhasilan intervensi kesehatan. Ibu hamil sebagai penerima utama KIE membutuhkan informasi yang jelas mengenai kondisi kehamilan, kebutuhan nutrisi, tanda bahaya, serta persiapan persalinan.

Penelitian oleh Lestari et al. (2023) menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan ibu hamil melalui KIE berhubungan dengan peningkatan kepatuhan terhadap pemeriksaan antenatal. Selain itu, keluarga, terutama suami, memiliki peran penting dalam mendukung kesehatan ibu hamil, baik secara emosional maupun dalam pengambilan keputusan. Menurut Rahmawati et al. (2024), keterlibatan keluarga dalam program edukasi kesehatan dapat meningkatkan kesiapan persalinan serta mempercepat pengambilan keputusan dalam situasi darurat. Hal ini menunjukkan bahwa KIE tidak hanya berfokus pada individu, tetapi juga pada sistem keluarga sebagai pendukung utama. sasaran KIE yang mencakup ibu hamil dan keluarga akan memberikan dampak yang lebih optimal dalam meningkatkan kesehatan maternal dan neonatal.

C. Deteksi Dini Risiko Kehamilan

1. Pengertian Risiko Kehamilan

Risiko kehamilan merupakan kondisi yang menunjukkan adanya kemungkinan terjadinya komplikasi selama masa kehamilan, persalinan, maupun nifas yang dapat membahayakan ibu dan janin. Kehamilan diklasifikasikan menjadi kehamilan risiko rendah dan risiko tinggi. Kehamilan

risiko rendah adalah kehamilan yang berlangsung normal tanpa adanya faktor risiko yang signifikan, sedangkan kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang disertai satu atau lebih faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Menurut World Health Organization (2023), kehamilan risiko tinggi memerlukan pemantauan intensif dan intervensi yang tepat untuk mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas ibu serta bayi.

Penelitian oleh Sari et al. (2024) menunjukkan bahwa identifikasi risiko sejak awal kehamilan dapat meningkatkan peluang deteksi komplikasi lebih dini sehingga penanganan dapat dilakukan secara cepat dan tepat. Dengan demikian, pengelompokan risiko kehamilan menjadi dasar penting dalam menentukan rencana asuhan kebidanan yang sesuai.

2. Faktor Risiko Kehamilan

Faktor risiko kehamilan dapat berasal dari berbagai aspek, yaitu faktor ibu, faktor medis, serta faktor sosial dan lingkungan. Faktor ibu meliputi usia, paritas, dan riwayat obstetri. Kehamilan pada usia terlalu muda (<20 tahun) atau terlalu tua (>35 tahun) memiliki risiko lebih tinggi terhadap komplikasi seperti preeklamsia dan persalinan prematur. Selain itu, paritas tinggi dan riwayat obstetri buruk, seperti keguguran berulang atau persalinan dengan komplikasi, juga meningkatkan risiko kehamilan (Varney et al., 2022).

Faktor medis juga berperan penting dalam menentukan risiko kehamilan, seperti anemia, hipertensi, dan diabetes mellitus. Penelitian oleh Nugroho et al. (2023) menunjukkan bahwa ibu hamil dengan anemia memiliki risiko lebih tinggi mengalami persalinan prematur dan bayi berat lahir rendah. Sementara itu, hipertensi dalam kehamilan dapat berkembang menjadi preeklamsia yang berpotensi fatal jika tidak ditangani dengan baik (WHO, 2023).

Selain faktor individu dan medis, faktor sosial dan lingkungan juga mempengaruhi risiko kehamilan. Kondisi

sosial ekonomi yang rendah, akses pelayanan kesehatan yang terbatas, serta dukungan keluarga yang kurang dapat meningkatkan risiko keterlambatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Studi oleh Rahmawati et al. (2024) menyatakan bahwa faktor sosial memiliki pengaruh signifikan terhadap keterlambatan deteksi dan penanganan komplikasi kehamilan. Oleh karena itu, pendekatan holistik diperlukan dalam menilai risiko kehamilan.

3. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan merupakan gejala yang menunjukkan adanya kemungkinan komplikasi yang memerlukan penanganan segera. Salah satu tanda bahaya utama adalah perdarahan, baik pada trimester awal maupun akhir, yang dapat mengindikasikan kondisi serius seperti abortus atau plasenta previa. Nyeri perut hebat juga merupakan tanda yang perlu diwaspadai karena dapat berkaitan dengan kehamilan ektopik atau solusio plasenta (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Edema berlebihan, terutama pada wajah dan tangan, dapat menjadi tanda preeklamsia, terlebih jika disertai dengan sakit kepala berat dan gangguan penglihatan. Menurut WHO (2023), gejala tersebut merupakan indikasi kondisi hipertensi dalam kehamilan yang memerlukan penanganan segera. Selain itu, penurunan atau tidak adanya gerakan janin merupakan tanda bahaya yang menunjukkan kemungkinan gangguan kesejahteraan janin. Penelitian oleh Lestari et al. (2023) menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan ibu hamil mengenai tanda bahaya dapat mempercepat pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan medis.

4. Skrining dan Alat Deteksi Dini

Skrining risiko kehamilan merupakan langkah sistematis untuk mengidentifikasi ibu hamil yang berisiko tinggi sejak dini. Salah satu alat yang широко digunakan di Indonesia adalah Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), yang

berfungsi untuk mengelompokkan ibu hamil berdasarkan tingkat risiko sehingga memudahkan dalam penentuan rencana asuhan dan rujukan (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Selain KSPR, pemeriksaan antenatal care (ANC) terpadu juga menjadi metode penting dalam deteksi dini risiko kehamilan. ANC terpadu mencakup pemeriksaan fisik, laboratorium, serta evaluasi faktor risiko yang dilakukan secara berkala. Menurut WHO (2023), kunjungan ANC minimal delapan kali selama kehamilan direkomendasikan untuk memastikan pemantauan yang optimal terhadap kondisi ibu dan janin.

Penggunaan checklist risiko juga menjadi bagian dari upaya skrining yang efektif. Checklist ini membantu tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi faktor risiko secara sistematis dan memastikan tidak ada aspek penting yang terlewatkan. Penelitian oleh Sari et al. (2024) menunjukkan bahwa penggunaan alat skrining yang terstandar dapat meningkatkan akurasi deteksi risiko kehamilan serta mendukung pengambilan keputusan klinis yang lebih tepat.

D. Praktik Klinik dalam Deteksi Dini

Praktik klinik dalam deteksi dini risiko kehamilan merupakan serangkaian tindakan sistematis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi secara cepat adanya faktor risiko maupun tanda awal komplikasi. Pendekatan ini mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang, interpretasi hasil, pengambilan keputusan klinis, hingga rujukan yang tepat waktu. Pelaksanaan yang komprehensif dan berkesinambungan terbukti dapat meningkatkan kualitas pelayanan antenatal serta menurunkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi (World Health Organization, 2023).

1. Anamnesis Komprehensif

Anamnesis merupakan langkah awal yang sangat penting dalam deteksi dini risiko kehamilan. Anamnesis komprehensif meliputi pengumpulan data mengenai

identitas ibu, riwayat kesehatan, riwayat obstetri, riwayat kehamilan sekarang, serta faktor sosial dan lingkungan. Informasi ini digunakan untuk mengidentifikasi faktor risiko yang mungkin tidak terlihat secara klinis. Menurut Varney et al. (2022), anamnesis yang lengkap dan sistematis memungkinkan tenaga kesehatan mengenali potensi komplikasi sejak dini, seperti riwayat preeklamsia, perdarahan, atau penyakit kronis.

Penelitian oleh Sari et al. (2024) juga menunjukkan bahwa kualitas anamnesis berhubungan langsung dengan ketepatan deteksi risiko kehamilan. Oleh karena itu, keterampilan komunikasi dan ketelitian tenaga kesehatan menjadi faktor penting dalam tahap ini.

2. Pemeriksaan Fisik dan Penunjang

Setelah anamnesis, dilakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh untuk menilai kondisi ibu dan janin. Pemeriksaan ini meliputi pengukuran tekanan darah, berat badan, tinggi fundus uteri, denyut jantung janin, serta pemeriksaan umum lainnya. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mendeteksi tanda-tanda awal komplikasi seperti hipertensi, anemia, atau gangguan pertumbuhan janin.

Selain itu, pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium (Hb, urin, gula darah) dan ultrasonografi (USG) juga diperlukan untuk mendukung diagnosis. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2023), pemeriksaan penunjang merupakan bagian integral dari pelayanan antenatal terpadu yang bertujuan meningkatkan akurasi deteksi dini. Hal ini diperkuat oleh WHO (2023) yang menyatakan bahwa kombinasi pemeriksaan klinis dan penunjang dapat meningkatkan kualitas penilaian kondisi kehamilan secara signifikan.

3. Interpretasi Hasil Pemeriksaan

Interpretasi hasil pemeriksaan merupakan tahap penting dalam menentukan kondisi kesehatan ibu dan janin. Data yang diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan

penunjang harus dianalisis secara komprehensif untuk mengidentifikasi adanya penyimpangan dari kondisi normal. Menurut Nugroho et al. (2023), kemampuan tenaga kesehatan dalam menginterpretasikan hasil pemeriksaan sangat berpengaruh terhadap ketepatan diagnosis dan penanganan. Kesalahan dalam interpretasi dapat menyebabkan keterlambatan penanganan atau bahkan salah diagnosis. Oleh karena itu, diperlukan kompetensi klinis yang baik serta penggunaan standar pedoman dalam menilai hasil pemeriksaan.

4. Pengambilan Keputusan Klinis Awal

Pengambilan keputusan klinis merupakan proses penentuan tindakan berdasarkan hasil interpretasi pemeriksaan. Keputusan ini dapat berupa pemberian terapi, pemantauan lebih lanjut, atau rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

Menurut WHO (2023), pengambilan keputusan klinis harus didasarkan pada prinsip evidence-based practice serta mempertimbangkan kondisi pasien secara menyeluruh. Penelitian oleh Rahmawati et al. (2024) menunjukkan bahwa keputusan klinis yang tepat dan cepat dapat mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Dalam praktik kebidanan, penggunaan alat bantu seperti pedoman klinis dan checklist risiko sangat membantu dalam meningkatkan akurasi pengambilan keputusan.

5. Rujukan Tepat Waktu

Rujukan merupakan bagian penting dalam sistem pelayanan kesehatan, terutama pada kasus kehamilan risiko tinggi. Rujukan yang tepat waktu dapat mencegah keterlambatan penanganan yang berpotensi menyebabkan komplikasi serius atau kematian ibu dan bayi.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2023), sistem rujukan yang efektif harus mempertimbangkan kondisi pasien, ketersediaan fasilitas, serta kesiapan tenaga kesehatan di tempat rujukan. WHO (2023) juga menekankan pentingnya

koordinasi antar fasilitas kesehatan untuk memastikan kontinuitas pelayanan. Penelitian oleh Sari et al. (2024) menunjukkan bahwa keterlambatan rujukan merupakan salah satu faktor utama penyebab tingginya angka kematian ibu.

DAFTAR PUSTAKA

Handayani, S., & Putri, R. (2024). Efektivitas komunikasi, informasi, dan edukasi dalam meningkatkan perilaku kesehatan ibu hamil. Jurnal Kebidanan Indonesia, 15(2), 85–92.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Pedoman pelayanan antenatal terpadu. Kementerian Kesehatan RI.

Lestari, D., Wulandari, A., & Pratiwi, N. (2023). Pengaruh komunikasi, informasi, dan edukasi terhadap pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional, 18(1), 45–52.

Nugroho, T., et al. (2023). Faktor risiko medis dan interpretasi klinis dalam kehamilan. Jurnal Ilmu Kesehatan, 11(3), 210–218.

Rahmawati, I., Sari, M., & Dewi, L. (2024). Komunikasi efektif dan pengambilan keputusan klinis dalam pelayanan kebidanan. Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi, 14(1), 1–9.

Sari, N., Utami, R., & Kurniawati, D. (2024). Efektivitas skrining risiko kehamilan dan faktor keterlambatan rujukan maternal. Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak, 9(2), 120–128.

Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2022). Varney's midwifery (6th ed.). Jones & Bartlett Learning.

World Health Organization. (2023). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization.

BIODATA PENULIS

Hasnawati Nukuhaly, S.ST.,M.Kes lahir di Kaitetu, 05 Juli 1971. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Makassar 2003 dan Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Makassar 2006, Pasca Sarjana di MIKM minat Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Diponegoro Semarang 2012. Pernah bekerja sebagai bidan di desa dan bidan Puskesmas kabupaten Maluku Tengah sejak 1991-2006. Sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Ambon sejak 2007- 2012. Prodi Kebidanan Saumlaki 2013- 2016 Dosen tetap pada Prodi Kebidanan Ambon 2016 sampai sekarang

BAB 7

Praktik Klinik Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal

Bdn. Yan Sartika, SST, M. Keb

A. Pendahuluan

Persalinan normal merupakan proses fisiologis keluarnya janin, plasenta, dan selaput ketuban melalui jalan lahir pada kehamilan cukup bulan tanpa komplikasi yang membahayakan ibu maupun bayi. Asuhan kebidanan pada persalinan normal bertujuan untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi melalui pemantauan kondisi ibu, kemajuan persalinan, serta deteksi dini terhadap komplikasi. Pelayanan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, khususnya bidan, memiliki peran penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan maternal dan neonatal (Anggriani et al, 2023).

Praktik klinik asuhan kebidanan menjadi bagian penting dalam pendidikan kebidanan karena memberikan pengalaman langsung kepada mahasiswa dalam menerapkan teori dan keterampilan klinik selama proses persalinan normal. Melalui praktik klinik, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pengkajian, pemantauan persalinan, tindakan pertolongan persalinan normal, serta dokumentasi asuhan sesuai standar pelayanan kebidanan. Kompetensi klinik yang baik akan mendukung peningkatan mutu pelayanan kebidanan dan keselamatan ibu serta bayi baru lahir (Natasyah, 2026).

B. Konsep Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal

1. Konsep Dasar Persalinana Normal

   a. Definisi persalinan normal

   Persalinan normal adalah proses fisiologis keluarnya janin, plasenta, dan selaput ketuban melalui jalan lahir secara spontan pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu) dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi pada ibu maupun bayi. Persalinan normal berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan tidak memerlukan tindakan operasi ataupun alat bantu persalinan (Hipson, 2021).

   Proses persalinan normal terjadi melalui beberapa tahapan, yaitu pembukaan serviks, pengeluaran bayi, pengeluaran plasenta, dan masa observasi setelah persalinan. Persalinan yang berlangsung normal bertujuan menjaga keselamatan ibu dan bayi serta meminimalkan risiko komplikasi selama proses kelahiran (Thornton et al., 2020).

   b. Etiologi persalinan

   Etiologi persalinan merupakan faktor penyebab dimulainya proses persalinan. Persalinan terjadi akibat interaksi faktor hormonal, mekanik, dan biokimia yang menyebabkan kontraksi uterus, penipisan serviks, serta pembukaan jalan lahir. Hormon seperti oksitosin, prostaglandin, estrogen, dan penurunan progesteron berperan penting dalam memicu kontraksi rahim menjelang persalinan (Thornton et al., 2020).

   Selain faktor hormonal, peregangan rahim akibat pertumbuhan janin, kondisi psikologis ibu, serta kesiapan janin juga dapat memengaruhi terjadinya persalinan. Proses ini berlangsung secara fisiologis sebagai mekanisme alami tubuh untuk mengeluarkan janin dari dalam uterus (Thornton et al., 2020).

   c. Tanda dan gejala persalinan

   Tanda dan gejala persalinan merupakan perubahan yang terjadi pada ibu menjelang dan saat proses persalinan berlangsung. Tanda ini menunjukkan bahwa tubuh mulai mempersiapkan pengeluaran janin dari dalam rahim. Pengenalan tanda persalinan sangat penting agar ibu

segera mendapatkan pertolongan yang tepat (Utami, 2020).

1) Kontraksi Uterus (His)

   Kontraksi uterus adalah rasa mulas atau nyeri akibat otot rahim yang menegang dan mengendur secara teratur untuk membantu pembukaan serviks dan mendorong janin ke jalan lahir.

   Ciri-ciri kontraksi persalinan:

   - Datang secara teratur
   - Semakin lama semakin kuat
   - Jarak kontraksi semakin dekat
   - Nyeri menjalar dari pinggang ke perut bagian bawah
   - Tidak hilang meskipun ibu beristirahat

   Gejala yang dirasakan ibu:

   - Perut terasa kencang
   - Nyeri pada pinggang
   - Rasa mulas berulang
   - Sulit merasa nyaman saat kontraksi datang

2) *Bloody Show* (Lendir Bercampur Darah)

   Bloody show adalah keluarnya lendir bercampur sedikit darah dari vagina akibat pembukaan dan penipisan serviks.

   Penyebab:

   Saat serviks mulai membuka, pembuluh darah kecil di sekitar serviks pecah sehingga lendir bercampur darah keluar melalui vagina.

   Gejala:

   - Keluar lendir kental
   - Warna merah muda atau kecokelatan
   - Jumlah sedikit
   - Biasanya muncul sebelum atau saat awal persalinan

3) Pecahnya Ketuban

   Pecah ketuban adalah keluarnya cairan ketuban akibat robeknya selaput ketuban sebelum atau saat persalinan berlangsung.

Ciri-ciri cairan ketuban:

- Cairan bening
- Tidak berbau menyengat
- Keluar tiba-tiba atau merembes perlahan
- Sulit ditahan seperti buang air kecil

Gejala:

- Area pakaian dalam terasa basah
- Cairan terus keluar
- Kadang disertai kontraksi

Jika cairan ketuban berwarna hijau atau berbau, ibu harus segera mendapatkan pertolongan medis karena dapat menandakan gawat janin atau infeksi.

4) Pembukaan Serviks

Pembukaan serviks adalah proses terbukanya leher rahim sebagai jalan keluarnya bayi.

Tahapan pembukaan:

- Pembukaan 1–3 cm → fase laten
- Pembukaan 4–10 cm → fase aktif
- Pembukaan lengkap 10 cm → bayi siap lahir

Gejala:

- Kontraksi semakin kuat
- Nyeri semakin sering
- Tekanan pada panggul meningkat
- Ibu merasa ingin mengejan saat pembukaan lengkap

5) Penurunan Kepala Janin

Menjelang persalinan, kepala janin akan turun ke rongga panggul untuk mempersiapkan proses kelahiran.

Gejala:

- Perut tampak turun ke bawah
- Ibu lebih sering buang air kecil
- Tekanan pada panggul meningkat
- Nyeri pada selangkangan atau pinggul
- Napas terasa lebih lega karena tekanan pada diafragma berkurang

d. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Persalinan normal dipengaruhi oleh beberapa faktor utama yang dikenal dengan konsep 5P, yaitu *Power, Passage, Passenger, Psikologis,* dan *Penolong*. Kelima faktor tersebut saling berhubungan dalam menentukan kelancaran proses persalinan (Hipson, 2021).

1) Power (Kekuatan)

   Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar dari rahim selama proses persalinan. Kekuatan ini terdiri dari kontraksi uterus dan tenaga mengejan ibu.

2) Passage (Jalan Lahir)

   Passage adalah jalan yang dilalui janin selama proses persalinan, meliputi panggul ibu dan jaringan lunak jalan lahir.

3) Passenger (Janin)

   Passenger adalah kondisi janin yang memengaruhi proses persalinan.

   Faktor yang diperhatikan meliputi:

   - Ukuran janin
   - Posisi janin
   - Presentasi janin
   - Letak janin

   Presentasi kepala merupakan kondisi paling baik untuk persalinan normal. Jika posisi janin sungsang atau melintang, persalinan normal dapat menjadi lebih sulit dan berisiko.

   Berat badan janin yang terlalu besar juga dapat menyebabkan persalinan lama atau trauma persalinan.

4) Psikologis

   Keadaan psikologis ibu sangat memengaruhi kelancaran persalinan. Ibu yang merasa takut, cemas, atau stres dapat mengalami peningkatan hormon stres yang menyebabkan kontraksi menjadi tidak efektif.

5) Penolong

Penolong persalinan adalah tenaga kesehatan yang membantu proses persalinan, seperti bidan atau dokter.

Penolong memiliki peran penting dalam:

- Memantau kondisi ibu dan janin
- Menilai kemajuan persalinan
- Memberikan pertolongan persalinan normal
- Melakukan deteksi dini komplikasi
- Melakukan rujukan bila diperlukan

2. Praktik Klinik Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal

Praktik klinik asuhan kebidanan pada persalinan normal merupakan penerapan pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional bidan dalam memberikan pelayanan kepada ibu bersalin secara aman dan sesuai standar kebidanan. Asuhan dilakukan mulai dari pengkajian, pemantauan persalinan, tindakan pertolongan persalinan, hingga dokumentasi pelayanan kebidanan. Pelayanan yang tepat dapat membantu menjaga keselamatan ibu dan bayi serta mendeteksi komplikasi secara dini (Anggriani et al, 2023).

a. Pengkajian Ibu Bersalin

1) Anamnesis

Anamnesis adalah proses wawancara kepada ibu untuk memperoleh informasi mengenai kondisi kesehatan ibu dan riwayat kehamilan.

Hal yang dikaji:

- Identitas ibu
- Keluhan utama
- Frekuensi kontraksi
- Riwayat ketuban pecah
- Riwayat kehamilan dan persalinan
- Riwayat penyakit

Tujuan:

- Mengetahui kondisi umum ibu
- Mengidentifikasi faktor risiko
- Menentukan tindakan kebidanan yang tepat

Gejala atau tanda yang diperhatikan:

- Nyeri kontraksi
- Keluar lendir bercampur darah
- Pecah ketuban
- Penurunan gerakan janin (Anggriani et al, 2023).

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menilai kondisi umum ibu selama persalinan.

Pemeriksaan meliputi:

- Tekanan darah
- Nadi
- Suhu tubuh
- Pernapasan
- Tinggi fundus uteri

Tujuan:

- Memastikan kondisi ibu stabil
- Mendeteksi komplikasi seperti hipertensi atau infeksi
- Menilai kesiapan ibu menghadapi persalinan

Tanda/gejala abnormal:

- Tekanan darah tinggi
- Demam
- Sesak napas
- Perdarahan berlebihan (Anggriani et al, 2023).

3) Pemeriksaan Obstetri

Pemeriksaan obstetri dilakukan untuk menilai kondisi janin dan kemajuan persalinan.

Pemeriksaan meliputi:

- Pemeriksaan Leopold
- Denyut jantung janin (DJJ)
- Pembukaan serviks
- Penurunan kepala janin
- Kondisi ketuban

Tujuan:

- Mengetahui posisi dan presentasi janin

- Menilai kemajuan persalinan
- Mendeteksi komplikasi persalinan

Tanda normal:

- DJJ 120–160 kali/menit
- Pembukaan serviks bertambah
- Kepala janin turun ke panggul (Nuriyah, 2022)

b. Pemantauan Kemajuan Persalinan

1) Penggunaan Partograf

Partograf adalah alat berbentuk grafik yang digunakan untuk memantau kemajuan persalinan dan kondisi ibu serta janin.

Yang dipantau:

- Pembukaan serviks
- Kontraksi uterus
- DJJ
- Penurunan kepala janin
- Tanda vital ibu

Tujuan:

- Mengetahui kemajuan persalinan
- Mendeteksi partus lama
- Membantu pengambilan keputusan klinis
- Tanda bahaya:
- Pembukaan serviks lambat
- DJJ abnormal
- Kontraksi tidak adekuat (Silfia, 2020).

2) Pemantauan DJJ (Denyut Jantung Janin)

DJJ dipantau untuk mengetahui kesejahteraan janin selama persalinan.

Nilai normal:

- 120–160 kali/menit

Tujuan:

- Menilai kondisi janin
- Mendeteksi gawat janin
- Tanda abnormal:
- DJJ kurang dari 120 kali/menit

- DJJ lebih dari 160 kali/menit
- DJJ tidak teratur (Anggriani et al, 2023)

3) Pemantauan Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus dipantau untuk mengetahui kekuatan persalinan.

Yang dinilai:

- Frekuensi kontraksi
- Lama kontraksi
- Kekuatan kontraksi
- Kontraksi normal:
- Teratur
- Semakin kuat
- Durasi 40–60 detik

Gejala yang dirasakan ibu:

- Perut terasa kencang
- Nyeri pinggang
- Rasa mulas yang semakin sering (Kristina, 2020)

c. Tindakan Asuhan Kebidanan

1) Persiapan Alat

Persiapan alat dilakukan sebelum persalinan untuk memastikan proses persalinan berjalan aman.

Alat yang dipersiapkan:

- Sarung tangan steril
- Kasa steril
- Gunting tali pusat
- Klem tali pusat
- Alat resusitasi bayi

Tujuan:

- Mencegah keterlambatan tindakan
- Menjaga keselamatan ibu 2. Pencegahan Infeksi
- Pencegahan infeksi dilakukan untuk melindungi ibu dan bayi dari penularan penyakit.

Tindakan:

- Mencuci tangan
- Menggunakan APD

- Sterilisasi alat
- Menjaga kebersihan lingkungan

Tujuan:

- Mencegah infeksi nifas
- Mencegah infeksi pada bayi baru lahir (Kristina, 2020).

2) Pertolongan Persalinan Normal

Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN (Asuhan Persalinan Normal).

Tahapan:

- Membimbing ibu mengejan
- Melahirkan kepala bayi
- Melahirkan bahu dan badan bayi
- Penanganan bayi baru lahir
- Manajemen aktif kala III

Tujuan:

- Menjaga keselamatan ibu dan bayi
- Mengurangi risiko komplikasi persalinan (Kristina, 2020)

3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

IMD adalah proses meletakkan bayi di dada ibu segera setelah lahir agar bayi mulai menyusu dalam satu jam pertama kehidupan.

Manfaat IMD:

- Mempererat ikatan ibu dan bayi
- Menstabilkan suhu tubuh bayi
- Mendukung keberhasilan ASI eksklusif

Tanda keberhasilan:

- Bayi mencari puting susu
- Bayi mulai menyusu
- Bayi tampak tenang (Rini et al, 2022).

d. Dokumentasi Asuhan Kebidanan

1) SOAP

SOAP adalah metode dokumentasi kebidanan yang terdiri dari:

- S (Subjective): keluhan ibu
- O (Objective): hasil pemeriksaan
- A (Assessment): diagnosis
- P (Plan): rencana tindakan

Tujuan:

- Memudahkan pencatatan asuhan
- Menjadi bukti pelayanan kebidanan (Mertasari, 2021)

2) Partograf

Partograf digunakan untuk mencatat perkembangan persalinan secara berkala.

Yang dicatat:

- Pembukaan serviks
- DJJ
- Kontraksi
- Penurunan kepala janin
- Tanda vital ibu

Fungsi:

- Deteksi dini komplikasi
- Membantu pengambilan keputusan klinis (Retnanengsih, 2020)

3) Catatan Perkembangan Pasien

Catatan perkembangan pasien berisi perubahan kondisi ibu dan bayi selama persalinan.

Isi catatan:

- Kemajuan persalinan
- Tindakan yang diberikan
- Respons ibu dan bayi
- Evaluasi hasil tindakan

Tujuan:

- Memantau kondisi pasien
- Menjadi dokumen legal pelayanan kesehatan (Mertasari, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

Anggriani, Fitra; Sundari; Nurana, Sitti. Asuhan Kebidanan Persalinan pada Ny. A dengan Partus Normal. (2023). Window of Midwifery Journal, 110-118. https://doi.org/10.33096/wom.vi.1624

Hipson, Meita; Anggraini, Erik Kusmira. (2021). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Persalinan. Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan, 13(2). https://doi.org/10.36729/bi.v13i2.747

Kristina Natalia Sidabalok, Nur Alvi Sayhrin, Dina Junita Br Katare, Rifa Lumban Gaol, Lusiana Andika Situmorang, & Malinda Bahra. (2022). Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I Pada Ny.A Dengan Teknik Relaksasi Masase Effleurage Di Klinik Pratama Marko Kecamatan Medan Johor Tahun 2020. Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan, 2(2), 147–160. https://doi.org/10.55606/jrik.v2i2.1433

Nuriyah Sinta, & Ernawati. (2022). Asuhan Kebidanan Persalinan Normal Di Rumah Bersalin Bunda Puja Tembilahan Tahun 2019. Jurnal Kesehatan Husada Gemilang, 4(1), 32–40. https://doi.org/10.61129/jkhg.v4i1.54

Natasyah, Soniah & Selvia, Anisya. (2026). Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Pada Ny. N Di Praktik Mandiri Bidan Puji Kota Batam. (2026). Medic Nutricia : Journal Ilmu Kesehatan, 22(2), 351-360.

Mertasari, L., & Sugandini, W. (2021). Aktualisasi Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dengan Metode SOAP pada Praktek Mandiri Bidan (PMB). International Journal of Natural Science and Engineering, 5(1), 8–13. https://doi.org/10.23887/ijnse.v5i1.31352

Retnanengsih., & Prapitasari, Ruly. (2020). Pembelajaran Daring Partograf Pada Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan Masa Pandemi. Jurnal Ekonomi, Sosial & Humaniora, 2(02), 123-128.

Rini Rochayati, Ellyzabeth Sukmawati, Yuli Sya'baniah K, Norif Didik Nur Imanah, & Dahlia Arief Rantauni. (2022). Asuhan

Kebidanan Komprehensif Pada Ny.N Usia 29 Tahun G2p1a0 Diwilayah Kerja Puskesmas Maos. Jurnal Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan, 1(3), 07–17. https://doi.org/10.55606/klinik.v1i3.582

Silfia, N. N. (2020). Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Partograf dalam Persalinan oleh Bidan Praktik Mandiri: Determinants of Partograph Use in Childbirth by Independent Practice Midwives. Jurnal Bidan Cerdas, 2(2), 72–80. https://doi.org/10.33860/jbc.v2i2.60

Thornton, J. M., Browne, B., & Ramphul, M. (2020). Mechanisms and management of normal labour. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 30(3), 84–90. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2019.12.002

Utami, Fitria Siswi; Putri, Intan Mutiara. (2020). Penatalaksaan Nyeri Persalianan Normal. Jurnal Kebidanan UM. Mataran, 5(2). https://doi.org/10.31764/mj.v5i2.1262

BIODATA PENULIS

Yan Sartika, SST, M. Keb

Dosen pada Program Studi DIII dan DIV Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Riau. Penulis menempuh pendidikan Pascasarjana pada bidang Kebidanan Fakultas Kedokteran (FK) Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2008-2010, Pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik Fakultas Kedokteran (FK) Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2004-2005 dan Diploma III Kebidanan pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Riau tahun 1999-2002.

BAB 8

Praktik Klinik Asuhan Bayi Baru Lahir dan Neonatus

Desi Scorpinasari Br Ginting, M.Keb

A. Pendahuluan

Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500 - 4000 gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan.

Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan peoses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. Aspek transisi pada bayi baru lahir yang paling dramatik dan cepat berlangsung adalah pada sisem pernafasan, sirkulasi, serta kemampuan menghasilkan glukosa. Asuhan BBL fokus pada transisi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin. (WHO, 2022).

Pada masa neonatal (0-28 hari) terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga usia 28 hari memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul. Bila tidak dilakukan penanganan yang tepat, hal tersebut dapat berakibat fatal. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini, diantaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir, meliputi:

Pemeriksaan bayi segera setelah lahir untuk menilai keadaan bayi dan mengidentifikasi masalah kesehatan yang memerlukan penanganan segera. Pemberian perawatan dasar, termasuk pembersihan dan perawatan tali pusat, pemeriksaan suhu tubuh, serta pemberian imunisasi awal yang diperlukan. Penyediaan dukungan dan bantuan untuk ibu dalam memberikan ASI (Air Susu Ibu) secara eksklusif, karena ASI memberikan perlindungan terhadap penyakit dan mempromosikan pertumbuhan dan perkembangan yang optimal bagi bayi. Penyediaan informasi dan dukungan kepada orang tua tentang perawatan bayi baru lahir, termasuk cara merawat bayi, tanda-tanda bahaya pada bayi, serta pentingnya perawatan yang tepat dan konsultasi medis jika diperlukan.

Meningkatkan pelayanan kesehatan yang sesuai standar pada bayi baru lahir, diharapkan dapat mengurangi risiko terjadinya masalah kesehatan dan memastikan pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal (Kemenkes RI, 2024).

B. Adaptasi Fisiologis BBL

1. Sistem Pernafasan

Masa paling kritis neonatus adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan bayi pertama. Pada saat persalinan kepala bayi menyebabkan badan khususnya toraks berada di jalan lahir sehingga terjadi kompresi dan cairan yang terdapat dalam percabangan trakheobronkial keluar sebanyak 10-28 cc. Setelah torak lahir terjadi mekanisme balik yang menyebabkan terjadinya beberapa hal sebagai berikut yaitu:

Inspirasi pasif paru karena bebasnya toraks dari jalan lahir. Perluasan permukaan paru yang mengakibatkan perubahan penting: pembuluh darah kapiler paru makin terbuka untuk persiapan pertukaran oksigen dan karbondioksida, surfaktan menyebar sehingga memudahkan untuk menggelembungnya alveoli, resistensi pembuluh darah paru makin menurun sehingga dapat meningkatkan aliran darah menuju paru, pelebaran toraks secara pasif yang cukup tinggi untuk

menggelembungkan seluruh alveoli yang memerlukan tekanan sekitar 25 mm air.

Saat toraks bebas dan terjadi inspirasi pasif selanjutnya terjadi dengan ekspirasi yang berlangsung lebih panjang untuk meningkatkan pengeluaran lendir. Diketahui pula bahwa intrauteri, alveoli terbuka dan diisi oleh cairan yang akan dikeluarkan saat toraks masuk jalan lahir. Sekalipun ekspirasi lebih panjang dari inspirasi, tidak selurh cairan dapat keluar dari dalam paru. Cairan lendir dikeluarka dengan mekanisme berikut yaitu perasan dinding toraks, sekresi menurun, dan resorbsi oleh jaringan paru melalui pembuluh limfe.

2. Sistem Kardiovaskular

Terdapat perbedaan prinsip antara sirkulasi janin dan bayi karena paru mulai berkurang dan sirkulasi tali pusat putus. Perubahan ini menyebabkan berbagai bentuk perubahan hemodinamik yang dapat dijabarkan sebagai berikut :

Darah vena umbilikalis mempunyai tekanan 30-35 mmHg dengan saturasi oksigen sebesar 80-90% karena hemoglobin janin mempunayi afinitas yang tinggi terhadap oksigen. Darah dari vena cava inferior yang kaya oksigen dan nutrisi langsung masuk oramen ovale dari atrium kanan menuju atrium kiri. Atrium kanan menerima aliran darah yang berasal dari vena pulmonalis. Aliran darah dari vena cava superior yang berasal dari sirkulasi darah ekstremitas bagian atas, otak, dan jantung, akan langsung masuk atrium kanan dan selanjutnya langsung menuju ventrikel kanan.

Curah jantung janin pada saat mendekati aterm adalah sekitar 450 cc/kg/menit dari kedua ventrikel jantung janin. Aliran dari ventrikel kiri dengan tekanan 25-28 mmHg dengan saturasi 60% sksn menuju ke arteri koroner jantung, eketremitas bagian atas, dan 10% menuju aorta desenden. Aliran dari ventrikel kanan, dengan tekanan oksigen 20-23 mmHg dengan saturasi 55% akan menujuk ke aorta desenden yang selanjutnya menuju ke sirkulasi abdomen dan ekstremitas bagian bawah.

Pada saat lahir terjadi pengembangan alveoli paru sehingga tahanan pembuluh darah paru semakin menurun karena Endothelium relaxing factor menyebabkan relaksasi pembuluh darah dan menurunkan tahanan pembuluh darah paru. Pembuluh darah paru melebar sehingga tahanan pembuluh darah makin menurun.

Dampak hemodinamik dari berkembangnya paru bayi adalah aliran darah menuju paru dari ventrikel kanan bertambah sehingga tekanan darah pada atrium kanan menurun karena tersedot oleh ventrikel kanan yang akhirnya mengakibatkan tekanan darah pada atrium kiri meningkat dan menutup foramen ovale, shunt aliran darah atrium kanan kekiri masih dapat dijumpai selama 12 jam dan total menghilang pada hari ke 7-12 (Cunningham, F. G., *et al.* (2018).

3. Pengaturan Suhu

Bayi kehilangan panas melalui empat cara, yaitu:.

Konveksi : pendinginan melaui aliran udara di sekitar bayi. Suhu udara di kamar bersalin tidak boleh kurang dari 20 C dan sebaiknya tidak berangin. Tidak boleh ada pintu dan jendela yang terbka. Kipas angin dan AC yang kuat harus cukup jauh dari area resusitasi. Troli resusitasi harus mempunyai sisi untuk meminimalkan konveksi ke udara sekitar bayi.

Evaporasi : kehilangan panas melalui penguapan air pada kulit bayi yang basah. Bayi baru lahir yang dalam keadaan basah kehilangan panas dengan cepat melalui cara ini. Karena itu, bayi harus dikeringkan seluruhnya, termasuk kepala dan rambut, sesegera mungkin setelah dilahirkan.

Radiasi : melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontak secara langsung dengan kulit bayi. Panas dapat hilang secara radiasi ke benda padat yang terdekat, misalnya jendela pada musim dingin. Karena itu , bayi harus diselimuti, termasuk kepalanya, idealnya dengan handuk hangat.

Konduksi : melalui benda-benda padat yang berkontak dengan kulit bayi.

4. Sistem Ginjal

   Ginjal bayi belum matur sehingga menyebabkan laju filtrasi glomerulus rendah dan kemampuan reabsorbsi tubular terbatas. Urin pertama keluar dalam 24 jam pertama dan dengan frekuensi yang semakin sering sesuai intake.

5. Sistem Pencernaan

   Secara struktur sudah lengkap tapi belum sempurna, mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Lapisan keratin berwarna merah muda, kapasitas lambung sekitar 15-30 ml, feses pertama berwarna hijau kehitaman (WHO, 2022).

C. Tanda-tanda Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal jika Berat Badan bayi 2500-4000 gram, Panjang Badan 48-52 cm, Lingkar dada 30-38, Lingkar kepala 33-35 cm, Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit, pernafasan 40-60x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, Rambut Lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, genetalia pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada laki-laki testis sudah turun skrotum sudah ada, bayi lahir langsung menangis kuat, Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, refleks morro (Gerakan memeluk bila dikagetkan dan sudah terbentuk dengan baik, refleks grasping (mengenggam) sudah baik, refleks rooting (mencari putting dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut sudah terbentuk dengan baik, eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya meconium dalam waktu 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan, Refleks bayi baru lahir merupakan indicator penting perkembangan normal.

D. Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

1. Tujuan Pemeriksaan Fisik

   Masa paling kritis neonatus adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan bayi pertama. Untuk menentukan kelainan yang segera memerlukan pertolongan

dansebagai dasar untuk pemeriksaan selanjutnya. Mampu memperagakan pemeriksaan kepala sampai kaki pada bayi. Menyebutkan nilai pemeriksaan bayi normal pada masing-masing daerah pemeriksaan fisik serta mengidentifikasi minimal 6 variasi bayi yang lazim ditemukan.

2. Pedoman Pengkajian Fisik

   Pedoaman dalam pengkajian fisik pada bayi baru lahirdapat dilakukan pengkajian secara umum dari ujung kepala sampai kaki dan pemeriksa harus mampu mengkaji secara tepat. Beberapa pemerikasaan dapat diabaikan selama pengkajian harian, tegantung kesehatan, umur dan alasan kontak dengan nakes. Contoh: uji neurologis, uji tendon. Pemeriksaan dilakukan berurutan dan sistematis dapat menjadi tidak mungkin, FLEKSIBELITAS IS ESSENSIAL. Seringkali pemeriksaan dapat dilakukan sekali waktu (bersamaan). Lakukan aspek-aspek pemeriksaan yang tidak menimbulkan stress terlebih dahulu. Gunakan pendekatan yang ramahdan tenang. Gunakan kedua tangan bila perlu serta jangan meninggalkan bayi diatas meja pemeriksaan tanpa pengawasan.

3. Prinsip-prinsip utama melakukan pemeriksaan

   Bayi baru lahir sangat rentan terkena infeksi maka dari itu sebelum melakukan pemeriksaan jelaskan tindakan yang akan dilakukan, cuci tangan, cara terarah, andingkan satu sisi tubuh dengan sisi lainnya, ekspos bagian tubuh yang sedang dikaji serta komunikasi (Touch, Feel).

4. Hal-hal yang harus diperhatikan

   Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan dan gunakan sarung tangan. Bertindak lembut saat menangani bayi. Lihat, dengarkan dan rasakan masing-masing daerah dimulai dari kepala dan lanjut secara sistematik menuju jari kaki. Jika ditemukan kelainan, cari bantuan lebih lanjut jika diperlukan. Catat hasil pengamatan dan setiap tindakan yang dilakukan.

5. Cara pemeriksaan

Pemeriksaan bayi dilakukan sesaat sesudah bayi lahir pada saat kondisi atau suhu tubuh bayi sudah stabil dan setelah dilakukan pembersihan jalan napas/resusitasi, pembersihan badan bayi, perawatan tali pusat dan bayi ditempatkan di tempat yang hangat. Cara pemeriksaan dapat dilakukan inspeksi, palpasi, auskultasi serta perkusi. Maksud pemeriksaan adalah untuk mengenal/menemukan kelainan yang perlu mendapat tindakan segera (Indryani, 2024).

E. Perawatan Bayi Baru Lahir

Kesadaran dan Reaksi terhadap sekeliling, perlu di kurangi rangsangan terhadap reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan;

Keaktifan, bayi normal melakukan gerakan-gerakan yang simetris pada waktu bangun. adanya temor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala suatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut;

Simetris, apakah secara keseluruhan badan seimbang; kepala: apakah terlihat simetris, benjolan seperti tumor yang lunak dibelakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang ini disebabkan akibat proses kelahiran, benjolan pada kepala tersebut hanya terdapat dibelahan kiri atau kanan saja, atau di sisi kiri dan kanan tetapi tidak melampaui garis tengah bujur kepala, pengukuran lingkar kepala dapat ditunda sampai kondisi benjol (Capput sucsedenaum) dikepala hilang dan jika terjadi moulase, tunggu hingga kepala bayi kembali pada bentuknya semula.

Muka wajah: bayi tampak ekspresi;mata: perhatikan antara kesimetrisan antara mata kanan dan mata kiri, perhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu.

Mulut: penampilannya harus simetris, mulut tidak mencucu seperti mulut ikan, tidak ada tanda kebiruan pada mulut bayi, saliva tidak terdapat pada bayi normal, bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna.

Leher, dada, abdomen: melihat adanya cedera akibat persalinan; perhatikan ada tidaknya kelainan pada pernapasan bayi, karena bayi biasanya bayi masih ada pernapasan perut.

Punggung: adanya benjolan atau tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna; Bahu, tangan, sendi, tungkai: perlu diperhatikan bentuk, gerakannya, faktur (bila ekstremitas lunglai/kurang gerak), farices.

Kulit dan kuku: dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan, kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan, pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan, waspada timbulnya kulit dengan warna yang tak rata ("cuti Marmorata") ini dapat disebabkan karena temperature dingin, telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat dan kuning, bercak-bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (Mongolian Spot) akan menghilang pada umur 1 (satu) sampai 5 (lima) tahun.

Kelancaran menhisap dan pencernaan: harus diperhatikan: tinja dan kemih: diharapkan keluar dalam 24 jam pertama. Waspada bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja, disertai muntah, dan mungkin dengan kulit kebiruan, harap segera konsultasi untuk pemeriksaan lebih lanjut, untuk kemungkinsn Hirschprung/Congenital Megacolon.

Refleks yaitu suatu gerakan yang terjadi secara otomatis dan spontan tanpa disadari pada bayi normal, refleks pada bayi antara lain Tonik neek refleks , yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal, bila ditengkurapkan akan secara spontan memiringkan kepalanya, Rooting refleks yaitu bila jarinya menyentuh daerah sekitar mulut bayi maka ia akan membuka mulutnya dan memiringkan kepalanya ke arah datangnya jari , Grasping refleks yaitu bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi maka jari-jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat, Moro refleks yaitu reflek yang timbul diluar kesadaran bayi misalnya bila bayi diangkat/direnggut secara kasar dari gendongan kemudian seolah-olah bayi melakukan gerakan yang mengangkat tubuhnya pada orang yang mendekapnya, Stapping refleks yaitu reflek kaki

secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuhkan pada satu dasar maka bayi seolah-olah berjalan, Suckling refleks (menghisap) yaitu areola putting susu tertekan gusi bayi, lidah, dan langis-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan ASI, Swallowing refleks (menelan) dimana ASI dimulut bayi mendesak otot didaerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung.

Berat badan: sebaiknya tiap hari dipantau penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan waktu lahir, menunjukan kekurangan cairan (Kementerian Kesehatan RI, 2023)

F. Pelayanan Kesehatan Esensial pada Bayi Baru lahir

Upaya pelayanan kesehatan esensial pada bayi baru lahir yang wajib diberikan dan dapat mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu kunjungan neonatal. Tujuan kunjungan neonatal untuk mendeteksi sedini mungkin masalah kesehatan penyebab kematian dan untuk memastikan pelayanan yang seharusnya diperoleh bayi baru lahir dapat terlaksana. Pelayanan pada kunjungan ini dilakukan pada bayi usia 0-28 hari, meliputi:

1. Pemotongan dan perawatan tali pusat;
2. Inisiasi Menyusu Dini (IMD);
3. Pemberian vitamin K untuk mencegah perdarahan;
4. Pemberian salep/tetes mata;
5. Pemberian Imunisasi Hb0 untuk mencegah penyakit hepatitis;
6. Konseling perawatan bayi baru lahir;
7. Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK);
8. Pencegahan Penularan Penyakit dari Ibu ke Anak (PPIA);
9. Memeriksa kesehatan dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM).
10. Kunjungan neonatal dilakukan sebanyak 3 kali terdiri dari:
11. Pertama : Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) pada usia 6-48 jam;
12. Kedua : Kunjungan Neonatal Kedua (KN2) pada usia 3-7 hari; dan

13. Ketiga : Kunjungan Neonatal Ketiga (KN3) pada usia 8-28 hari (Kemenkes RI, 2025)

DAFTAR PUSTAKA

Cunningham, F. G., et al. (2018). Williams Obstetrics (25th ed.). McGraw-Hill Education.

Indryani, I. (2024). Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Sarana Ilmu Indonesia (Salnesia). https://doi.org/10.36590/penerbit.salnesia.1

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2020). Pedoman pelayanan antenatal persalinan,nifas, dan bayi baru lahir.

Kemenkes. (2025). Profil Kesehatan Indonesia 2024. Kementerian Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan RI. (2023). Pengkajian dan Pemeriksaan Fisik pada Bayi Baru Lahir. Diakses dari Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Riset Kesehatan Dasar Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Mohta, M., & Mohta, A. (2019). Fetal and Neonatal Physiology: A Clinical Perspective. Jaypee Brothers Medical Publishers.

WHO, (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.Geneva: World Health Organization.

BIODATA PENULIS

Desi Scorpinasari Br Ginting, S.Tr.Keb., M.Keb, lahir di Tigapanah, Sumatera Utara pada 31 Oktober 1994. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Pemkab Karo Tahun 2016 dan melanjutkan D4 Kebidanan di Institut Kesehatan Helvetia Medan Tahun 2017 dan S2 Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Tahun 2025. Dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman akademik yang dimiliki, penulis memiliki minat dalam pengembangan ilmu kebidanan.

BAB 9

Praktik Klinik Keluarga Berencana dan Konseling Reproduksi

Sri Putriani Sinaga, S.Tr.Keb.,M.Keb

A. Pendahuluan

Program Keluarga Berencana merupakan salah satu upaya yang dirancang pemerintah untuk menciptakan keluarga yang berkualitas melalui promosi, perlindungan, serta pemenuhan hak-hak reproduksi. Program ini juga menyediakan pelayanan, pengaturan, dan dukungan yang diperlukan dalam membangun keluarga dengan usia pernikahan yang ideal, mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak, menentukan usia ideal memiliki anak, serta membantu pengaturan kehamilan guna meningkatkan ketahanan dan kesejahteraan keluarga. Dengan terbentuknya keluarga kecil, diharapkan kebutuhan setiap anggota keluarga dapat terpenuhi sehingga tercipta keluarga yang sejahtera (Matahari, Utami, Sugiharti, 2020).

Keluarga Berencana merupakan suatu usaha untuk menciptakan keluarga yang berkualitas melalui dukungan, perlindungan, serta pemenuhan hak reproduksi setiap individu. Program ini juga menyediakan pelayanan dan pengaturan yang diperlukan guna membangun keluarga dengan usia pernikahan yang ideal, mengatur jumlah serta jarak kelahiran anak, menentukan usia yang tepat untuk memiliki anak, mengendalikan kehamilan, serta meningkatkan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Fitrianto & Farhan, 2023).

Sesuai dengan pertimbangan keamanan medis, pasangan suami istri dapat memanfaatkan program Keluarga Berencana untuk menunda kelahiran anak pertama (*postponing*), mengatur jarak kelahiran anak (*spacing*), maupun membatasi jumlah anak sesuai keinginan (*limiting*). Program ini juga memberikan

kesempatan bagi pasangan untuk mempertimbangkan kembali masa kesuburan (*fertility*). Selain itu, penyuluhan kesehatan menjadi bagian yang sangat penting dalam pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Penyuluhan tidak hanya membantu klien memilih dan menentukan jenis kontrasepsi yang sesuai, tetapi juga mendukung penggunaan kontrasepsi dalam jangka waktu lebih lama sehingga meningkatkan kepuasan pengguna. Dengan demikian, penyuluhan kesehatan berperan dalam mendukung keberhasilan program KB (Wahyuningtyas et al., 2022).

Selain pelayanan kontrasepsi, konseling reproduksi juga sangat penting dalam praktik klinik keluarga berencana. Konseling reproduksi bertujuan memberikan informasi dan membantu masyarakat memahami kesehatan reproduksi, perencanaan kehamilan, serta pemilihan metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan individu. (Studi et al., 2023)

Pelayanan KB dan konseling reproduksi dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, dan perawat di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, dan klinik. Dengan adanya pelayanan tersebut diharapkan masyarakat mampu menjaga kesehatan reproduksi dan menciptakan keluarga yang sehat, bahagia, dan sejahtera.

Penyuluhan kesehatan tidak hanya berfungsi memberikan informasi kepada masyarakat, tetapi juga membantu meningkatkan keterampilan dan kepercayaan diri individu sehingga dapat memperbaiki kualitas kesehatan secara menyeluruh (Kambuno et al., 2022). Pengetahuan mengenai berbagai jenis alat kontrasepsi beserta manfaatnya dapat mendorong ibu untuk menggunakan kontrasepsi sesuai kebutuhannya. Motivasi dalam penggunaan kontrasepsi dapat muncul dari dalam diri maupun dipengaruhi oleh faktor luar, karena motivasi merupakan dorongan yang memengaruhi seseorang dalam melakukan suatu tindakan atau perilaku (Siregar & Dermawan, 2024).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 mengenai Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, serta Sistem

Informasi Keluarga, program kependudukan bertujuan membentuk keluarga yang berkualitas melalui pengaturan jarak kelahiran, penentuan usia ideal untuk melahirkan, serta pengendalian kehamilan dengan cara promosi, perlindungan, dan pemberian bantuan sesuai hak reproduksi masyarakat (Rati Sumanti, Henri Prianto Sinurat, & Ervina Yunita, 2022).

B. Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah upaya untuk membangun keluarga yang baik dengan mendukung, melindungi, dan membantu orang dalam menikmati hak reproduksi serta menyediakan pelayanan, pengaturan, dan dukungan yang diperlukan untuk membentuk keluarga dengan usia kawin yang ideal. Ini termasuk mengontrol jumlah, jarak, dan usia ideal untuk melahirkan anak, mengontrol kehamilan, dan meningkatkan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Fitrianto & Farhan, 2023).

Keluarga Berencana (KB) menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (BKKBN, 2021).

Sesuai dengan pertimbangan keamanan medis, pasangan suami istri dapat memanfaatkan program KB untuk menunda kehamilan pertama (*postponing*), mengatur jarak kelahiran anak (*spacing*), maupun membatasi jumlah anak sesuai keinginan (*limiting*). Program ini juga memberikan kesempatan bagi pasangan untuk mempertimbangkan kembali masa kesuburan (*fecundity*). Dalam pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, penyuluhan kesehatan memiliki peran yang sangat penting karena tidak hanya membantu klien dalam memilih serta menentukan jenis kontrasepsi yang sesuai, tetapi juga mendukung penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan

sehingga meningkatkan kepuasan pengguna. Dengan demikian, penyuluhan kesehatan dapat mendukung keberhasilan program keluarga berencana.

Penyuluhan kesehatan tidak hanya bertujuan memberikan informasi kepada masyarakat, tetapi juga membantu meningkatkan keterampilan serta menumbuhkan keyakinan yang bermanfaat bagi peningkatan kesehatan secara menyeluruh. Pengetahuan mengenai berbagai jenis alat kontrasepsi beserta manfaatnya dapat mendorong ibu untuk menggunakan kontrasepsi. Motivasi sendiri dapat muncul dari dalam diri maupun dari faktor eksternal, karena motivasi merupakan dorongan yang memengaruhi seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau perilaku (Siregar & Dermawan, 2024).

Kontrasepsi merupakan pengaturan kehamilan dengan menggunakan alat atau metode dengan tujuan mencegah kehamilan. Tujuan pemakaian kontrasepsi adalah untuk menunda kehamilan, menjarangkan kehamilan dan mengakhiri kesuburan. Alat kontrasepsi ada banyak jenisnya, memiliki manfaat dan kekurangannya masing-masing (Susanti & Sari, 2020). Salah satu upaya yang dilaksanakan dalam program KB adalah melalui penggunaan alat kontrasepsi. Berdasarkan data World Health Organization (WHO) jika dibandingkan dengan Negara ASEAN lainnya, penggunaan alat kontrasepsi di Indonesia sebesar 61% sudah melebihi rata- rata ASEAN (58,1%). Akan tetapi masih lebih rendah dibandingkan Vietnam (78%), Kamboja (79%) dan Thailand (80%). Padahal jumlah Wanita Usia Subur (WUS) tertinggi di ASEAN adalah Indonesia yaitu 65 juta orang

2. Tujuan

Memahami Praktik Klinik Keluarga Berencana dan Konseling Reproduksi serta mampu memberikan pelayanan KB dengan baik dan benar.

Tujuan program keluarga berencana menurut (Kemenkes, 2025) antara lain:

1. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dengan mengendalikan kelahiran dan menjamin terkendalinya penduduk.
2. Membentuk keluarga kecil sejahtera, sesuai dengan kondisi ekonomis sebuah keluarga.
3. Meningkat kepedulian masyarakat untuk menggunakan alat kontrasepsi.
4. Mencanangkan keluarga kecil dengan hanya dua anak.
5. Mencegah pernikahan di usia dini.
6. Menekan angka kematian ibu dan bayi akibat hamil di usia terlalu muda atau terlalu tua.
7. Menekan jumlah penduduk dan menyeimbangkan jumlah kebutuhan dengan jumlah penduduk di Indonesia.
8. Meningkatkan kesehatan keluarga berencana dengan mengendalikan kelahiran.

3. Sasaran Program KB

Menurut Handayani, sasaran program Keluarga Berencana (KB) terbagi menjadi dua, yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung. Sasaran langsung ditujukan kepada Pasangan Usia Subur (PUS) dengan tujuan menekan angka kelahiran melalui penggunaan alat kontrasepsi secara terus-menerus. PUS merupakan pasangan suami istri dengan usia istri antara 15 hingga 49 tahun. Sementara itu, sasaran tidak langsung ditujukan kepada pelaksana dan pengelola program KB guna menurunkan angka kelahiran hidup melalui kebijakan kependudukan yang terpadu untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas dan sejahtera. Adapun sasaran strategis BKKBN tahun 2015–2019 yang tercantum dalam Renstra BKKBN 2015–2019 adalah sebagai berikut:

1. Berkurangnya laju pertumbuhan jumlah penduduk.
2. Menurunnya tingkat kelahiran total (TFR) pada wanita usia subur 15–49 tahun.
3. Meningkatnya penggunaan alat kontrasepsi (CPR) serta berkurangnya kebutuhan kontrasepsi yang belum terpenuhi (unmet need).

4. Menurunnya angka kelahiran pada remaja berusia 15–19 tahun (ASFR 15–19 tahun).
5. Berkurangnya kejadian kehamilan yang tidak direncanakan pada wanita usia subur 15–49 tahun.

4. Ruang Lingkup KB

Ruang lingkup program KB mencakup sebagai berikut :

a. Ibu.

Dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran.adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah sebagai berikut.

1) Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek,sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksi.
2) Meningkatkan kesehatan mental dan social yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran akan anak tersebut memang diinginkan.

b. Suami

Dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut:

1) Memperbaiki kesehatan fisik
2) Mengurangi beban ekonomi keluarga yang ditanggungnya.
3) Seluruh Keluarga Dilaksanakannya program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan social setiap anggota keluarga dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih saying orang tuannya.

5. Jenis – Jenis Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu:

a) Kontrasepsi Non Hormonal

Kontrasepsi nonhormonal merupakan metode kontrasepsi yang tidak mengandung hormon, baik estrogen maupun

progesteron. Beberapa jenis kontrasepsi nonhormonal antara lain:

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

   MAL merupakan metode kontrasepsi yang memanfaatkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif tanpa tambahan makanan maupun minuman lainnya.

2) Kondom

   Kondom adalah alat kontrasepsi berupa selubung atau sarung berbahan karet yang digunakan untuk mencegah kehamilan serta mengurangi risiko penularan penyakit menular seksual saat melakukan hubungan seksual. Kondom digunakan oleh pria sebagai salah satu metode kontrasepsi.

3) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

   AKDR merupakan alat kontrasepsi yang dipasang di dalam rahim untuk mencegah terjadinya pembuahan. Alat ini terbuat dari bahan plastik polietilena, ada yang dilapisi tembaga dan ada pula yang tidak. Bentuk AKDR bermacam-macam, seperti spiral (Lippes Loop) maupun bentuk lainnya seperti Cu T 380A atau ML Cu 250. Pemasangan AKDR dilakukan di dalam rahim menggunakan alat khusus oleh dokter, bidan, atau tenaga kesehatan lain yang telah mendapatkan pelatihan. Saat ini, AKDR jenis spiral (Lippes Loop) sudah tidak lagi digunakan dalam pelayanan Keluarga Berencana.

4) Kontrasepsi Mantap

   Kontrasepsi mantap terdiri atas tubektomi atau Metode Operasi Wanita (MOW) serta vasektomi atau Metode Operasi Pria (MOP). MOW dilakukan dengan cara mengikat, memotong, atau memasang cincin pada saluran telur (tuba falopi) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. Sementara itu, MOP dilakukan dengan menutup saluran vasa deferensia

agar jalur pengangkutan sperma terhambat, sehingga proses pembuahan tidak dapat terjadi.

b) Kontrasepsi Hormonal

1) Pil

Pil merupakan salah satu metode kontrasepsi hormonal oral yang dikonsumsi setiap hari secara teratur untuk mencegah terjadinya kehamilan. Hormon yang terdapat dalam pil KB yaitu estrogen dan progesteron. Pil KB mengandung zat yang berfungsi menghambat pelepasan sel telur dari ovarium wanita. Pil KB terdiri dari dua jenis, yaitu pil kombinasi dan pil progestin.

a) Pil Kombinasi Jenis pil KB ini mengandung hormon estrogen dan progesteron.

b) Pil Progestin Jenis pil KB ini sangat cocok digunakan bagi wanita yang menyusui atau wanita yang mempunyai alergi terhadap hormon estrogen. Pil KB ini mengandung hormon Progestin.

2) Suntik

KB Suntik KB merupakan metode KB yang paling banyak digunakan di Indonesia. Suntik KB bekerja dengan cara menghambat terjadinya ovulasi. Jenis suntikan KB ada dua yaitu:

a) Suntik Progestin Suntikan ini mengandung hormon Depo Medroxyprogesterone Acetate sebanyak 150 mg yang termasuk hormon progestin. Pemberiannya dilakukan setiap 3 bulan sekali. Suntikan pertama diberikan pada 7 hari pertama masa menstruasi atau 6 minggu setelah persalinan. Kontrasepsi suntik progestin diberikan secara rutin setiap 12 minggu.

b) Suntik Kombinasi Kontrasepsi suntik kombinasi mengandung gabungan hormon Medroxyprogesterone Acetate (progestin) dan

Estradiol Cypionate (estrogen). Kandungan serta mekanisme kerjanya hampir sama dengan pil KB kombinasi. Suntikan pertama diberikan dalam 7 hari pertama siklus haid atau 6 minggu setelah melahirkan bagi ibu yang tidak menyusui. Suntik kombinasi diberikan setiap satu bulan sekali.

c) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (Implan/KB Susuk)
Alat Kontrasepsi Bawah Kulit merupakan metode kontrasepsi yang dilakukan dengan menanam enam kapsul kecil berbahan silikon yang mengandung hormon levonorgestrel di bawah kulit. Metode ini, yang lebih dikenal sebagai implan, akan melepaskan hormon dalam jumlah sedikit secara terus-menerus ke dalam aliran darah. Hormon tersebut bekerja dengan menghambat proses ovulasi. Implan memiliki tingkat efektivitas selama 3–7 tahun, tergantung pada jenis yang digunakan.

6. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Kontrasepsi

Faktor-faktor yang berkaitan dengan pemilihan metode kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur (PUS) meliputi dukungan suami, tingkat pengetahuan, dan pendidikan. Berikut ini merupakan beberapa faktor yang memengaruhi pemilihan metode kontrasepsi oleh Wanita Usia Subur (WUS), antara lain:

a. Pengetahuan
Pengetahuan merupakan hasil dari rasa ingin tahu seseorang yang diperoleh melalui proses pengindraan, terutama melalui penglihatan dan pendengaran terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan menjadi salah satu aspek penting dalam terbentuknya perilaku terbuka (open behavior).

Cara mengukur tingkat pengetahuan seseorang secara umum dapat dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

1) Pengetahuan baik apabila memperoleh skor atau nilai 76–100%.
2) Pengetahuan cukup apabila memperoleh skor atau nilai 56–75%.
3) Pengetahuan kurang apabila memperoleh skor atau nilai ≤55%. Pada usia di atas 30 tahun:
   a) Metode kontrasepsi yang lebih dianjurkan adalah AKDR atau implan, sedangkan kondom biasanya menjadi pilihan kedua.
   b) Dalam keadaan tertentu, kontrasepsi mantap melalui tindakan operasi (sterilisasi) dapat digunakan dan dinilai lebih efektif dibandingkan AKDR, kondom, maupun pil dalam upaya mencegah kehamilan.

b. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu sarana penting dalam mendukung keberhasilan pelaksanaan program keluarga berencana. Melalui pendidikan, seseorang dapat memperoleh berbagai informasi, termasuk hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup. Wanita dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi umumnya cenderung menginginkan jumlah anak yang lebih sedikit dibandingkan wanita dengan tingkat pendidikan rendah.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 20 tentang Sistem Pendidikan Nasional Bab I Ketentuan Umum Pasal 1 ayat 8, jenjang pendidikan terdiri dari:

1) Pendidikan Dasar (SD–SMP)
2) Pendidikan Menengah (SMA)
3) Pendidikan Tinggi

c. Paritas

Anak merupakan harapan dan tujuan yang ingin dicapai dalam suatu perkawinan. Jumlah anak yang diinginkan setiap keluarga berbeda-beda, bisa satu, dua, tiga, dan seterusnya, sesuai dengan pilihan masing-masing

keluarga. Keputusan dalam menentukan jumlah anak sangat dipengaruhi oleh nilai, harapan, serta keinginan orang tua terhadap keluarga yang diimpikan. Paritas sendiri diartikan sebagai jumlah kelahiran hidup yang pernah dialami oleh seorang perempuan.

Jumlah paritas merupakan salah satu bagian dari status paritas yang biasanya dituliskan dengan notasi G-P-Ab, di mana G menunjukkan jumlah kehamilan (gestasi), P menunjukkan jumlah persalinan atau kelahiran hidup (paritas), dan Ab menunjukkan jumlah abortus.

d. Pekerjaan

Pekerjaan merupakan suatu bentuk aktivitas yang dilakukan seseorang dengan menghabiskan waktu dan tenaga tertentu untuk memperoleh imbalan atau penghasilan.

e. Sosial Ekonomi

Pendapatan berpengaruh terhadap partisipasi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Tingkat pendapatan tidak selalu dapat dinilai sepenuhnya berdasarkan jenis pekerjaan yang dimiliki seseorang.

f. Dukungan Suami

Dukungan suami berupa komunikasi verbal maupun nonverbal, saran, serta bantuan yang diberikan kepada istri dalam lingkungan sosialnya.

g. Dukungan Tenaga Kesehatan

Dukungan tenaga kesehatan meliputi pemberian kenyamanan fisik dan psikologis, perhatian, penghargaan, serta berbagai bentuk bantuan lainnya yang diterima individu dari tenaga kesehatan.

7. Praktik Klinik Keluarga Berencana

Praktik klinik keluarga berencana (KB) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasangan usia subur untuk membantu merencanakan jumlah anak, mengatur jarak kehamilan, serta menentukan waktu yang tepat untuk memiliki keturunan melalui penggunaan alat dan metode

kontrasepsi. Pelayanan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti bidan, perawat, dan dokter di fasilitas kesehatan, misalnya puskesmas, klinik, rumah sakit, dan praktik mandiri bidan.

Pelayanan keluarga berencana tidak hanya berfokus pada pemberian alat kontrasepsi, tetapi juga mencakup konseling, pemeriksaan kesehatan, tindakan medis, pemantauan, serta edukasi kepada pasien agar penggunaan kontrasepsi dapat berjalan dengan aman dan efektif.

a. Pelayanan KB di Fasilitas Kesehatan

Pelayanan keluarga berencana di fasilitas kesehatan bertujuan membantu masyarakat memperoleh informasi dan pelayanan kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi kesehatan, usia, jumlah anak, dan kebutuhan pasien. Dalam pelayanan KB, tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam memberikan edukasi serta membantu pasien menentukan metode kontrasepsi yang paling tepat.

Pelayanan KB biasanya dimulai dengan konseling. Pada tahap ini tenaga kesehatan memberikan penjelasan mengenai berbagai jenis kontrasepsi, seperti pil KB, suntik KB, implan, IUD, kondom, hingga kontrasepsi permanen seperti MOW dan MOP. Pasien diberikan kesempatan untuk bertanya dan menyampaikan keluhan atau kekhawatirannya.

Selain itu, tenaga kesehatan juga memberikan pelayanan berupa:

1) Pemeriksaan kesehatan sebelum penggunaan kontrasepsi
2) Pemasangan alat kontrasepsi
3) Pemberian obat kontrasepsi
4) Penanganan efek samping
5) Kontrol atau kunjungan ulang

Dalam pelayanan KB, prinsip utama yang harus diterapkan adalah pelayanan yang aman, nyaman,

menjaga privasi pasien, serta menghormati hak pasien dalam memilih alat kontrasepsi tanpa paksaan.

b. Pemeriksaan Sebelum Pemasangan Alat Kontrasepsi

Sebelum pemasangan alat kontrasepsi, pasien harus menjalani pemeriksaan kesehatan terlebih dahulu. Pemeriksaan ini penting untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dan memastikan bahwa metode kontrasepsi yang dipilih aman digunakan.

Pemeriksaan dimulai dengan anamnesis atau wawancara kesehatan. Tenaga kesehatan akan menanyakan beberapa hal, seperti:

1) Riwayat menstruasi
2) Riwayat kehamilan dan persalinan
3) Riwayat penyakit tertentu, seperti hipertensi, diabetes, atau penyakit jantung
4) Riwayat penggunaan kontrasepsi sebelumnya
5) Keluhan kesehatan yang sedang dialami

Setelah anamnesis, dilakukan pemeriksaan fisik, antara lain:

1) Pengukuran tekanan darah
2) Pengukuran berat badan
3) Pemeriksaan tanda-tanda vital
4) Pemeriksaan organ reproduksi bila diperlukan

Pemeriksaan ini bertujuan untuk:

1) Menentukan jenis kontrasepsi yang paling sesuai
2) Menghindari penggunaan kontrasepsi yang memiliki kontraindikasi
3) Mengurangi risiko komplikasi
4) Menjamin keamanan pasien selama penggunaan kontrasepsi

Sebagai contoh, pasien dengan tekanan darah tinggi tidak dianjurkan menggunakan kontrasepsi hormonal tertentu karena dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan.

c. Informed Consent

Informed consent adalah persetujuan tindakan medis yang diberikan pasien setelah mendapatkan penjelasan lengkap mengenai tindakan yang akan dilakukan. Dalam pelayanan KB, informed consent sangat penting karena setiap pasien memiliki hak untuk mengetahui manfaat dan risiko dari kontrasepsi yang dipilih.

Sebelum melakukan pemasangan alat kontrasepsi, tenaga kesehatan harus menjelaskan:

1) Jenis kontrasepsi yang akan digunakan
2) Cara kerja kontrasepsi
3) Keuntungan dan efektivitas alat kontrasepsi
4) Efek samping yang mungkin terjadi
5) Risiko dan komplikasi tindakan
6) Cara perawatan setelah pemasangan
7) Jadwal kontrol ulang

Penjelasan harus diberikan dengan bahasa yang mudah dipahami agar pasien dapat mengambil keputusan secara sadar dan tanpa tekanan dari pihak lain. Setelah pasien memahami seluruh informasi dan setuju untuk dilakukan tindakan, pasien diminta menandatangani lembar persetujuan atau informed consent.

Informed consent bertujuan:

1) Melindungi hak pasien
2) Memberikan kebebasan pasien dalam memilih tindakan
3) Menghindari kesalahpahaman antara pasien dan tenaga kesehatan
4) Menjadi bukti bahwa tindakan dilakukan atas persetujuan pasien

d. Teknik Pemasangan Kontrasepsi

Pemasangan kontrasepsi harus dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP) agar tindakan berlangsung aman, nyaman, dan efektif. Teknik

pemasangan berbeda-beda tergantung jenis kontrasepsi yang digunakan.

Pada pemasangan IUD atau AKDR, alat dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina menggunakan alat khusus yang steril. Sebelum pemasangan, area reproduksi dibersihkan terlebih dahulu dengan cairan antiseptik untuk mencegah infeksi.

Pada pemasangan implan, alat dipasang di bawah kulit lengan atas menggunakan anestesi lokal agar pasien tidak merasakan nyeri berlebihan. Setelah pemasangan selesai, luka ditutup dengan perban steril.

Sedangkan pada suntik KB, obat kontrasepsi disuntikkan melalui otot atau jaringan bawah kulit sesuai jenis suntikan yang digunakan.

Selama melakukan tindakan, tenaga kesehatan harus:

1) Menjaga kebersihan alat dan lingkungan tindakan
2) Menggunakan alat steril
3) Memastikan pasien merasa nyaman
4) Menjelaskan prosedur tindakan kepada pasien
5) Memantau kondisi pasien selama tindakan

Teknik pemasangan yang benar sangat penting untuk mencegah komplikasi, seperti infeksi, perdarahan, nyeri berlebihan, atau kegagalan kontrasepsi.

e. Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi merupakan bagian penting dalam pelayanan KB karena tindakan pemasangan alat kontrasepsi berhubungan langsung dengan tubuh pasien. Jika prosedur kebersihan tidak dilakukan dengan baik, pasien dapat mengalami infeksi.

Upaya pencegahan infeksi dilakukan dengan menerapkan prinsip sterilitas dan kebersihan selama pelayanan. Langkah-langkah yang dilakukan antara lain:

1) Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
2) Menggunakan sarung tangan steril

3) Membersihkan area tindakan dengan antiseptik
4) Mensterilkan alat medis sebelum digunakan
5) Menggunakan alat sekali pakai bila diperlukan
6) Membuang limbah medis pada tempat khusus

Pencegahan infeksi bertujuan untuk:

1) Melindungi pasien dari infeksi
2) Menjaga keselamatan tenaga kesehatan
3) Mengurangi risiko komplikasi
4) Menjamin kualitas pelayanan kesehatan

Dengan penerapan pencegahan infeksi yang baik, pelayanan KB dapat berlangsung lebih aman dan nyaman bagi pasien.

f. Dokumentasi Pelayanan KB

Dokumentasi pelayanan KB adalah pencatatan seluruh kegiatan dan tindakan yang diberikan kepada pasien selama pelayanan berlangsung. Dokumentasi merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan karena menjadi bukti bahwa tindakan telah dilakukan sesuai prosedur.

Hal-hal yang dicatat dalam dokumentasi meliputi:

1) Identitas pasien
2) Hasil anamnesis dan pemeriksaan
3) Jenis kontrasepsi yang digunakan
4) Tanggal pemasangan
5) Keluhan pasien
6) Tindakan yang dilakukan
7) Efek samping yang muncul
8) Jadwal kontrol ulang

Dokumentasi biasanya ditulis dalam rekam medis, buku register KB, atau kartu akseptor KB.

Tujuan dokumentasi adalah:

1) Memudahkan pemantauan kondisi pasien
2) Menjadi sumber informasi untuk pelayanan selanjutnya
3) Sebagai bukti hukum pelayanan kesehatan

4) Membantu evaluasi pelayanan KB

Dokumentasi yang lengkap dan jelas akan memudahkan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan lanjutan kepada pasien.

g. Follow Up Pasien

Follow up atau tindak lanjut merupakan kegiatan pemantauan yang dilakukan setelah pasien menggunakan alat kontrasepsi. Follow up bertujuan memastikan bahwa kontrasepsi bekerja dengan baik dan tidak menimbulkan gangguan kesehatan pada pasien.

Pada kunjungan ulang, tenaga kesehatan akan:

1) Menanyakan kondisi pasien
2) Menilai adanya efek samping
3) Memeriksa kondisi alat kontrasepsi
4) Memberikan edukasi lanjutan
5) Menangani keluhan pasien
6) Menentukan jadwal kontrol berikutnya

Contohnya:

1) Akseptor suntik KB melakukan kontrol sesuai jadwal suntikan berikutnya
2) Pengguna IUD diperiksa posisi benang IUD
3) Pengguna implan dipantau kondisi luka pemasangan dan efek samping hormonal

Follow up sangat penting karena beberapa pasien dapat mengalami efek samping, seperti perdarahan tidak teratur, nyeri, kenaikan berat badan, atau gangguan menstruasi. Dengan adanya pemantauan rutin, masalah yang muncul dapat segera ditangani sehingga penggunaan kontrasepsi tetap aman dan efektif.

h. Langkah-Langkah Konseling KB

Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon klien KB yang baru hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan satu tuju tersebut tidak perlu dilakukan secara berulang-ulang karena konselor harus

menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut menurut Saifuddin, (2006).:

SA : SApa dan SAlam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempatyang nyamanserta terjamin privasinya. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang diperoleh.

T : Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengalami pengalaman Keluarga Berencana. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Coba tempatkan diri kita didalam hati klien.

U : Uraian kepada klien mengenai dan pilihannya dan diberi tahu apa pilihan kontrasepsi, bantu klien pada jenis kontrasepsi yang diingini.

TU : banTUlah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

J : Jelaskan secara lengkap bagaimana mengguanakan kontrasepsi pilihannya.

Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan.

DAFTAR PUSTAKA

Anjarwati. (2020). *Konsep Dasar Keluarga Berencana dan Pelayanan Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. (2021). *Profil Program Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional*. Jakarta: BKKBN.

BKKBN. (2020). *Kebijakan Program Keluarga Berencana Nasional*. Jakarta: BKKBN.

Fitrianto, Danu, & Farhan, Eva Kurnia. (2023). IMPLEMENTASI PROGRAM KAMPUNG KB (Studi Di Desa Air Satan Kecamatan Muara Beliti Kabupaten Musi Rawas). Jurnal Kybernan, 13(1), 49–61. Retrieved from file:///C:/Users/mstat/Downloads/artikel-5.pdfHasanah, W. K., Pratomo, H., Ashor, F. L., Mulya

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*. Jakarta: Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Program Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Kemenkes RI.

KIE. (n.d.). *Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Kemenkes RI.

Matahari, R., Utami, F. P.,& Sugiharti, S. (2020). *Buku ajar keluarga berencana dan kontrasepsi*. Yogyakarta: Pustaka Ilmu.

Rati Sumanti, Henri Prianto Sinurat, & Ervina Yunita. (2022). Strategi Peningkatan Partisipasi Keluarga Berencana di Kabupaten Kepulauan Mentawai. Jurnal Administrasi Publik, 18(2), 283–300. https://doi.org/10.52316/jap.v18i2.122

Studi, T., et al. (2023). *Pentingnya Konseling Reproduksi dalam Pelayanan Kesehatan*. Jurnal Kesehatan Reproduksi.

Susanti, & Sari. (2020). *Kontrasepsi dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Deepublish.

Styorini. (2020). *Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi Wanita Usia Subur*. Jakarta: EGC.

Siregar, Nurainun, & Dermawan, Ari. (2024). Jurnal Pengabdian Harapan Bangsa Sosialisasi Penerapan Elsimil Bagi Program Keluarga Berencana Dalam Mewujudkan Keluarga Berkualitas Jurnal Pengabdian Harapan Bangsa. Jurnal Pengabdian Harapan Bangsa, 2(1), 182–187. https://doi.org/10.56854/jphb.v2i1.166

WHO. (2021). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Geneva: World Health Organization.

Wahyuningtyas, R. S., Kristianti, S., & Wijayanti, L. A. (2022). Hubungan Pengetahuan Akseptor Dengan Keikutsertaan Menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang.Al-Insyirah Midwifery: Jurnal Ilmu Kebidanan (Journal of Midwifery Sciences),11(2), 116-127.

Yunarsih. (2021). *Konsep Dasar Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Jakarta: Penerbit Kesehatan.

BIODATA PENULIS

Sri Putriani Sinaga, S.Tr.Keb., M.Keb lahir di Perdagangan, pada 01 Agustus 1995. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Stikes Santa Elisabeth Medan, DIV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Medan dan S2 Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Institusi Kesehatan Medistra Lubuk Pakam.

BAB 10

Praktik Klinik Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Novita Sari Br Pelawi,Bdn, M.Tr. Keb

A. Pendahuluan

Praktik klinik kebidanan merupakan proses pembelajaran profesional yang bertujuan membentuk kompetensi, keterampilan, sikap, serta kemampuan pengambilan keputusan klinis pada mahasiswa maupun tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang aman, efektif, dan berorientasi pada keselamatan pasien. Dalam praktik kebidanan, salah satu kompetensi utama yang harus dimiliki adalah kemampuan menangani kegawatdaruratan maternal dan neonatal secara cepat, tepat, serta penuh empati. Hal ini sejalan dengan konsep *Skill, Care, & Compassion* dalam praktik klinik kebidanan yang menekankan keseimbangan antara keterampilan klinis, kualitas pelayanan, dan kepedulian terhadap pasien secara holistik. Kondisi kegawatdaruratan maternal dan neonatal memerlukan tindakan segera karena dapat mengancam keselamatan ibu dan bayi dalam waktu singkat apabila tidak ditangani secara adekuat.

Kegawatdaruratan maternal merupakan kondisi kritis yang terjadi selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas, sedangkan kegawatdaruratan neonatal adalah kondisi yang mengancam jiwa bayi baru lahir dalam periode neonatal. Beberapa kasus yang sering ditemukan antara lain perdarahan postpartum, preeklampsia-eklampsia, syok obstetri, infeksi puerperalis, asfiksia neonatorum, sepsis neonatus, hipotermia, dan bayi berat lahir rendah (BBLR). Empat penyebab utama kematian maternal dan neonatal meliputi

perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, dan komplikasi persalinan.

Menurut *World Health Organization* sekitar 287.000 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan pada tahun 2020, sedangkan sebagian besar kematian neonatal terjadi dalam 28 hari pertama kehidupan akibat komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas. Tingginya angka kematian ibu dan bayi menunjukkan bahwa pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal masih menjadi tantangan besar dalam sistem kesehatan global maupun nasional. Di Indonesia, upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) terus dilakukan melalui peningkatan mutu pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar dan komprehensif.

Praktik klinik kegawatdaruratan maternal dan neonatal tidak hanya menuntut keterampilan teknis (*clinical skill*), tetapi juga kemampuan berpikir kritis, komunikasi terapeutik, kolaborasi tim, serta sikap empati terhadap pasien dan keluarga. Pendekatan *care and compassion* menjadi bagian penting dalam pelayanan kebidanan karena kondisi kegawatdaruratan sering menimbulkan kecemasan, ketakutan, bahkan trauma psikologis bagi ibu dan keluarga. Bidan sebagai tenaga kesehatan terdepan memiliki peran strategis dalam memberikan asuhan yang cepat sekaligus manusiawi melalui komunikasi yang efektif, dukungan emosional, serta penghormatan terhadap hak pasien.

Dalam praktik klinik, mahasiswa kebidanan perlu memahami prinsip dasar penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal, termasuk pengkajian awal, stabilisasi pasien, prinsip ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), resusitasi neonatal, pencegahan infeksi, patient safety, hingga sistem rujukan yang efektif. Pembelajaran praktik klinik memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk mengintegrasikan teori dengan pengalaman langsung di lahan praktik sehingga mampu meningkatkan keterampilan motorik,

kemampuan analisis klinis, dan profesionalisme dalam pelayanan kebidanan.

Selain itu, perkembangan teknologi kesehatan dan evidence-based practice turut mendukung peningkatan kualitas pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Penggunaan simulasi klinik, virtual reality, artificial intelligence, dan telemonitoring mulai dikembangkan dalam pendidikan dan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan dalam menghadapi situasi emergensi secara lebih efektif. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa penggunaan simulasi virtual dalam pelatihan resusitasi neonatal mampu meningkatkan kepercayaan diri dan keterampilan tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan emergensi neonatal.

Praktik klinik kegawatdaruratan maternal dan neonatal pada akhirnya tidak hanya berfokus pada penyelamatan nyawa, tetapi juga pada kualitas pelayanan yang berorientasi pada keselamatan, kenyamanan, dan kesejahteraan ibu serta bayi. Oleh karena itu, integrasi antara *skill*, *care*, dan *compassion* menjadi landasan penting dalam membentuk tenaga bidan yang profesional, kompeten, responsif, dan memiliki kepedulian tinggi terhadap pasien. Dengan pemahaman yang komprehensif mengenai praktik klinik kegawatdaruratan maternal dan neonatal, diharapkan mahasiswa maupun tenaga kesehatan mampu memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas dan berkontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

B. Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

1. Konsep Dasar Kegawatdaruratan Maternal Neonatal

   Kegawatdaruratan maternal dan neonatal merupakan kondisi klinis yang terjadi pada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, maupun pada bayi baru lahir yang membutuhkan penanganan segera untuk mencegah terjadinya kecacatan permanen atau kematian. Kondisi ini ditandai dengan gangguan fungsi fisiologis yang dapat berkembang secara cepat sehingga memerlukan identifikasi dini, stabilisasi, dan intervensi yang tepat sesuai standar pelayanan kesehatan.

Menurut *World Health Organization* (WHO), sebagian besar kematian ibu dan bayi baru lahir dapat dicegah melalui deteksi dini faktor risiko, penanganan kegawatdaruratan yang cepat, serta sistem rujukan yang efektif. Oleh karena itu, tenaga kesehatan, khususnya bidan, memiliki peran penting dalam mengenali tanda bahaya dan melakukan tindakan penyelamatan yang sesuai kompetensi.

Dalam konteks praktik kebidanan, kegawatdaruratan maternal dan neonatal tidak hanya menuntut kemampuan teknis klinis (*skill*), tetapi juga memerlukan pemberian asuhan yang aman (*care*) dan pendekatan empatik (*compassion*) kepada pasien dan keluarga yang sedang menghadapi situasi kritis.

2. Faktor-Faktor Penyebab Kegawatdaruratan *Maternal* dan *Neonatal*

Kegawatdaruratan maternal dan neonatal merupakan kondisi yang mengancam jiwa ibu dan bayi selama masa kehamilan, persalinan, nifas, maupun periode neonatal. Kondisi ini sering terjadi akibat komplikasi obstetri dan neonatal yang tidak terdeteksi atau tidak ditangani secara cepat dan tepat. Pada ibu (maternal), faktor penyebab utama kegawatdaruratan meliputi perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (preeklamsia dan eklamsia), infeksi atau sepsis, serta persalinan lama atau partus macet. Preeklamsia merupakan salah satu penyebab penting yang dapat berkembang menjadi eklamsia, perdarahan pascapersalinan, persalinan prematur, hingga kematian ibu dan bayi. Faktor risiko yang berkontribusi terhadap preeklamsia antara lain hipertensi sebelumnya, obesitas, primigravida, usia ibu yang tinggi, dan kurangnya pemeriksaan antenatal secara teratur (Mais et al., 2025).

Pada bayi baru lahir (neonatal), penyebab kegawatdaruratan yang paling sering adalah asfiksia neonatorum, prematuritas, berat badan lahir rendah (BBLR), dan sepsis neonatal. Asfiksia dapat terjadi akibat gangguan suplai oksigen sebelum, selama, atau setelah persalinan. Faktor-faktor yang berhubungan

dengan asfiksia meliputi preeklamsia, perdarahan antepartum, prematuritas, BBLR, kehamilan postterm, dan persalinan dengan tindakan operasi sesar (Utomo, 2011).

Selain itu, sepsis neonatal merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas neonatal. Faktor risiko yang berhubungan dengan sepsis neonatal meliputi ketuban pecah dini yang berkepanjangan, infeksi saluran kemih pada ibu, demam intrapartum, korioamnionitis, prematuritas, BBLR, serta kurang optimalnya pelayanan antenatal (Barki et al., 2025; Salama & Tharwat, 2023).

Secara umum, kejadian kegawatdaruratan maternal dan neonatal juga dipengaruhi oleh faktor sistem pelayanan kesehatan, seperti keterlambatan mengenali tanda bahaya, keterlambatan mengambil keputusan untuk mencari pertolongan, keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan, dan keterlambatan mendapatkan penanganan yang adekuat. Oleh karena itu, pemeriksaan kehamilan yang rutin, deteksi dini faktor risiko, persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, dan akses cepat terhadap layanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal sangat penting untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

3. Dampak Kegawatdaruratan *Maternal* dan *Neonatal*

Kegawatdaruratan maternal dan neonatal memberikan dampak yang sangat besar terhadap kesehatan ibu, bayi, keluarga, dan sistem pelayanan kesehatan. Apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat, kondisi ini dapat menyebabkan kematian, kecacatan permanen, serta berbagai komplikasi jangka panjang.

a. Dampak Kegawatdaruratan Maternal

Pada ibu, kegawatdaruratan seperti perdarahan, preeklamsia/eklamsia, dan sepsis dapat menyebabkan kegagalan fungsi organ, kebutuhan perawatan intensif (ICU), hingga kematian maternal. Preeklamsia merupakan salah satu komplikasi yang berkontribusi besar terhadap morbiditas dan mortalitas ibu karena

dapat menyebabkan edema paru, gangguan ginjal, gangguan hati, serta komplikasi neurologis yang serius (Backes et al., 2011). Penelitian Khan et al. (2022) juga menunjukkan bahwa preeklamsia berhubungan dengan meningkatnya angka operasi sesar, persalinan prematur, anemia berat, infeksi ginjal, dan kebutuhan perawatan intensif pada ibu.

Selain itu, sepsis obstetri merupakan penyebab utama kematian maternal yang sebenarnya dapat dicegah. Sepsis yang tidak tertangani dapat berkembang menjadi syok septik, gagal organ multipel, dan kematian. Implementasi protokol penanganan sepsis terbukti mampu menurunkan komplikasi berat maternal seperti gagal ginjal akut, perawatan ICU, dan kematian ibu (Shea et al., 2025).

b. Dampak Kegawatdaruratan Neonatal

Pada bayi baru lahir, kegawatdaruratan seperti asfiksia, prematuritas, berat badan lahir rendah (BBLR), dan sepsis neonatal dapat menyebabkan kematian neonatal maupun gangguan tumbuh kembang jangka panjang. Asfiksia neonatal dapat menimbulkan kerusakan otak akibat kekurangan oksigen (hipoxic ischemic encephalopathy/HIE), yang berpotensi menyebabkan gangguan neurologis permanen, keterlambatan perkembangan, hingga cerebral palsy (Backes et al., 2011).

Prematuritas dan BBLR juga meningkatkan risiko gangguan pernapasan, infeksi, hipotermia, dan kebutuhan perawatan di unit perawatan intensif neonatal (NICU). Bayi yang lahir dari ibu dengan preeklamsia memiliki risiko lebih tinggi mengalami persalinan prematur, gangguan pertumbuhan janin, sindrom gangguan pernapasan, asfiksia, dan kematian neonatal (Khan et al., 2022).

Sepsis neonatal merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi baru lahir. Faktor-faktor maternal

seperti eklamsia, infeksi saluran kemih, ketuban pecah lama, dan komplikasi obstetri lainnya terbukti meningkatkan risiko kematian neonatal secara signifikan (Osorno Covarrubias et al., 2008).

c. Dampak Terhadap Keluarga dan Sistem Kesehatan

Pada bayi baru lahir, kegawatdaruratan seperti asfiksia, prematuritas, berat badan lahir rendah (BBLR), dan sepsis neonatal dapat menyebabkan kematian neonatal maupun gangguan tumbuh kembang jangka panjang. Asfiksia neonatal dapat menimbulkan kerusakan otak akibat kekurangan oksigen (hipoxic ischemic encephalopathy/HIE), yang berpotensi menyebabkan gangguan neurologis permanen, keterlambatan perkembangan, hingga cerebral palsy (Backes et al., 2011).

Prematuritas dan BBLR juga meningkatkan risiko gangguan pernapasan, infeksi, hipotermia, dan kebutuhan perawatan di unit perawatan intensif neonatal (NICU). Bayi yang lahir dari ibu dengan preeklamsia memiliki risiko lebih tinggi mengalami persalinan prematur, gangguan pertumbuhan janin, sindrom gangguan pernapasan, asfiksia, dan kematian neonatal (Khan et al., 2022).

Sepsis neonatal merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi baru lahir. Faktor-faktor maternal seperti eklamsia, infeksi saluran kemih, ketuban pecah lama, dan komplikasi obstetri lainnya terbukti meningkatkan risiko kematian neonatal secara signifikan (Osorno Covarrubias et al., 2008).

4. Upaya Penanganan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

a. Upaya Penanganan Kegawatdaruratan Maternal

Kegawatdaruratan maternal merupakan kondisi yang mengancam keselamatan ibu selama kehamilan, persalinan, maupun masa nifas. Penanganan yang cepat dan tepat sangat penting karena sebagian besar kematian ibu disebabkan oleh komplikasi yang sebenarnya dapat

dicegah dan ditangani apabila terdeteksi lebih awal. Oleh karena itu, upaya penanganan kegawatdaruratan maternal harus dilakukan secara komprehensif, mulai dari deteksi dini faktor risiko hingga penanganan definitif di fasilitas kesehatan rujukan.

Langkah pertama yang harus dilakukan adalah deteksi dini dan pengenalan tanda bahaya kehamilan, seperti perdarahan, tekanan darah tinggi, kejang, nyeri kepala hebat, penurunan kesadaran, demam tinggi, serta tanda-tanda syok. Setelah kondisi kegawatdaruratan dikenali, tenaga kesehatan harus segera melakukan stabilisasi pasien, yang meliputi pemantauan tanda vital, pemberian oksigen, pemasangan jalur intravena, terapi cairan, serta persiapan rujukan apabila fasilitas pelayanan tidak mampu memberikan penanganan lanjutan (Singh et al., 2025).

Pada kasus perdarahan obstetri, penanganan dilakukan dengan menghentikan sumber perdarahan, memberikan cairan dan transfusi darah bila diperlukan, serta melakukan tindakan operatif apabila terdapat indikasi medis. Pada kasus preeklamsia dan eklamsia, terapi magnesium sulfat diberikan untuk mencegah dan mengatasi kejang, disertai pengendalian tekanan darah dan pemantauan ketat terhadap kondisi ibu dan janin. Sementara itu, pada kasus sepsis obstetri, terapi antibiotik spektrum luas harus diberikan sesegera mungkin untuk mencegah terjadinya syok septik dan kegagalan organ (Singh et al., 2025).

Keberhasilan penanganan kegawatdaruratan maternal juga sangat bergantung pada tersedianya layanan *Emergency Obstetric and Newborn Care* (EmONC) atau Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif. Layanan ini mencakup kemampuan fasilitas kesehatan dalam menangani perdarahan pascapersalinan, preeklamsia/eklamsia, infeksi,

persalinan macet, tindakan operasi sesar, serta transfusi darah. Menurut Otolorin et al. (2015), penguatan layanan EmONC melalui pelatihan tenaga kesehatan, peningkatan sarana-prasarana, serta penerapan standar pelayanan berbasis bukti terbukti mampu menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Selain kesiapan fasilitas kesehatan, peningkatan kompetensi tenaga kesehatan juga merupakan komponen penting dalam penanganan kegawatdaruratan maternal. Penelitian Abdelhakm dan Said (2017) menunjukkan bahwa penerapan protokol manajemen kegawatdaruratan obstetri secara signifikan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam menangani kasus perdarahan, eklamsia, infeksi, trauma, dan syok obstetri.

b. Upaya Penanganan Kegawatdaruratan Neonatal

Kegawatdaruratan neonatal merupakan kondisi yang mengancam kehidupan bayi baru lahir, terutama pada 28 hari pertama kehidupan. Penyebab utama kegawatdaruratan neonatal meliputi asfiksia, prematuritas, berat badan lahir rendah (BBLR), infeksi, dan sepsis neonatal. Penanganan yang cepat sangat menentukan keberhasilan hidup dan kualitas tumbuh kembang bayi di masa depan.

Salah satu tindakan paling penting adalah resusitasi neonatal. Bayi yang tidak menangis atau tidak bernapas spontan setelah lahir harus segera mendapatkan tindakan resusitasi sesuai standar. Langkah awal meliputi menjaga kehangatan tubuh bayi, mengeringkan tubuh, memastikan jalan napas terbuka, menilai pernapasan dan denyut jantung, serta memberikan ventilasi tekanan positif (*Positive Pressure Ventilation*/PPV) apabila diperlukan. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah hipoksia yang dapat menyebabkan kerusakan otak permanen atau kematian (Ghaffari, 2024).

Pada bayi dengan prematuritas dan BBLR, diperlukan perawatan khusus seperti pengaturan suhu tubuh melalui metode kanguru atau inkubator, pemberian nutrisi yang adekuat, pemantauan fungsi pernapasan, serta pencegahan infeksi. Bayi prematur memiliki risiko tinggi mengalami gangguan pernapasan, hipotermia, hipoglikemia, dan komplikasi lainnya sehingga membutuhkan pengawasan intensif.

Untuk kasus sepsis neonatal, diagnosis dan pengobatan harus dilakukan sedini mungkin. Penanganan meliputi pemeriksaan laboratorium, kultur darah, pemberian antibiotik empiris, terapi cairan, dukungan nutrisi, serta bantuan pernapasan bila diperlukan. Chatterjee dan Mishra (2024) menegaskan bahwa keberhasilan terapi sepsis neonatal sangat bergantung pada deteksi dini dan pemberian antibiotik yang cepat dan tepat.

Selain tindakan kuratif, upaya pencegahan juga sangat penting. Pencegahan infeksi dapat dilakukan melalui persalinan yang bersih dan aman, penerapan prosedur steril selama perawatan bayi, pemberian ASI eksklusif, serta pengendalian infeksi di ruang perawatan neonatal. Strategi ini terbukti efektif dalam menurunkan angka kejadian sepsis neonatal dan komplikasi lainnya (Chatterjee & Mishra, 2024).

c. Penguatan Sistem Rujukan dan Pelayanan Kesehatan

Penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal tidak dapat berjalan optimal tanpa sistem rujukan yang efektif. Banyak kasus kematian ibu dan bayi terjadi akibat keterlambatan dalam mengenali komplikasi, keterlambatan mengambil keputusan untuk mencari pertolongan, keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan, dan keterlambatan memperoleh pelayanan yang memadai.

Oleh karena itu, diperlukan sistem rujukan yang mampu menjamin pasien mendapatkan pelayanan yang cepat, aman, dan berkesinambungan. Penguatan sistem rujukan mencakup ketersediaan transportasi medis, komunikasi antarfasilitas kesehatan, kesiapan rumah sakit rujukan, serta koordinasi yang baik antara tenaga kesehatan di tingkat primer dan sekunder (Otolorin et al., 2015).

Selain itu, penyediaan obat-obatan esensial, peralatan resusitasi, darah untuk transfusi, ruang perawatan intensif maternal dan neonatal, serta tenaga kesehatan yang kompeten merupakan faktor penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kegawatdaruratan.

d. Edukasi dan Pencegahan sebagai Upaya Penanganan Jangka Panjang

Upaya penanganan kegawatdaruratan tidak hanya dilakukan saat komplikasi terjadi, tetapi juga melalui strategi pencegahan. Pemeriksaan antenatal yang rutin memungkinkan identifikasi faktor risiko seperti anemia, hipertensi, diabetes, dan infeksi selama kehamilan. Edukasi kepada ibu hamil dan keluarga mengenai tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan neonatal juga berperan penting dalam mempercepat pencarian pertolongan medis.

Pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan mengenai kegawatdaruratan obstetri dan neonatal, simulasi penanganan kasus darurat, serta penerapan protokol klinis yang terstandar terbukti meningkatkan kesiapsiagaan dan kualitas pelayanan kesehatan (Abdelhakm & Said, 2017).

5. Tantangan Dalam Penanganan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal

Penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal merupakan salah satu aspek terpenting dalam pelayanan kesehatan karena berkaitan langsung dengan keselamatan ibu

dan bayi. Meskipun berbagai program telah dikembangkan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi, pelaksanaannya masih menghadapi berbagai tantangan, terutama di negara berkembang dan wilayah dengan sumber daya terbatas. Tantangan tersebut tidak hanya berasal dari aspek medis, tetapi juga mencakup faktor sosial, ekonomi, geografis, sumber daya manusia, sistem rujukan, serta kualitas pelayanan kesehatan.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar kematian maternal dan neonatal sebenarnya dapat dicegah apabila komplikasi dikenali lebih awal dan ditangani secara tepat waktu. Namun, keterlambatan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai masih menjadi hambatan utama dalam penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal (Saragih et al., 2024)

a. Keterlambatan dalam pengambilan keputusan

   Salah satu tantangan terbesar adalah keterlambatan keluarga dalam mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan untuk mencari pertolongan medis. Rendahnya pengetahuan mengenai komplikasi kehamilan, persalinan, dan kondisi bayi baru lahir menyebabkan banyak kasus dirujuk setelah kondisi pasien menjadi lebih berat.

   Selain itu, faktor budaya dan sosial juga berpengaruh terhadap pengambilan keputusan. Di beberapa masyarakat, keputusan untuk mencari pelayanan kesehatan masih bergantung pada anggota keluarga tertentu sehingga dapat memperlambat penanganan. Hambatan ekonomi juga menyebabkan sebagian keluarga menunda mencari pertolongan karena khawatir terhadap biaya pelayanan kesehatan (Supriyatin et al., 2025).

b. Keterbatasan Akses terhadap Fasilitas Kesehatan

   Tantangan berikutnya adalah keterbatasan akses menuju fasilitas kesehatan yang mampu menangani kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Wilayah

pedesaan, terpencil, dan kepulauan sering mengalami kendala geografis berupa jarak yang jauh, keterbatasan transportasi, serta kondisi infrastruktur yang kurang memadai.

Akibatnya, ibu hamil dengan komplikasi atau bayi baru lahir yang membutuhkan penanganan segera sering terlambat mencapai fasilitas kesehatan rujukan. Penelitian Graham et al. (2023) menunjukkan bahwa keterlambatan akses terhadap pelayanan berkualitas di daerah terpencil berkontribusi terhadap meningkatnya risiko morbiditas dan mortalitas maternal maupun neonatal

c. Kelemahan Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal

Sistem rujukan merupakan komponen penting dalam penanganan kegawatdaruratan. Namun, implementasi sistem rujukan di berbagai daerah masih menghadapi berbagai kendala, seperti kurangnya koordinasi antar fasilitas kesehatan, komunikasi yang tidak efektif, keterbatasan ambulans, serta ketidaksesuaian prosedur rujukan.

Saragih et al. (2024) menjelaskan bahwa salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu dan bayi adalah keterlambatan memperoleh pelayanan akibat sistem rujukan yang belum berjalan secara optimal. Temuan ini diperkuat oleh Supriyatin et al. (2025) yang menemukan berbagai hambatan dalam sistem rujukan maternal, seperti kurangnya komunikasi sebelum rujukan, dokumen rujukan yang tidak lengkap, keterbatasan tenaga kesehatan, serta minimnya sarana transportasi.

Selain itu, Angelina et al. (2025) mengidentifikasi bahwa kurangnya standar klasifikasi kasus kegawatdaruratan, lemahnya monitoring sistem rujukan, dan belum optimalnya pelatihan tenaga kesehatan menjadi faktor yang menghambat efektivitas sistem rujukan maternal.

d. Keterbatasan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Keberhasilan penanganan kegawatdaruratan sangat bergantung pada kompetensi tenaga kesehatan. Namun, masih banyak fasilitas kesehatan yang mengalami kekurangan dokter, bidan, dan perawat yang memiliki keterampilan khusus dalam menangani kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

Di daerah terpencil, tenaga kesehatan sering bekerja dalam kondisi dengan dukungan yang terbatas serta minim kesempatan untuk mengikuti pelatihan dan pengembangan profesional berkelanjutan. Akibatnya, kemampuan dalam melakukan deteksi dini, stabilisasi pasien, resusitasi neonatal, dan penanganan komplikasi obstetri menjadi kurang optimal (Graham et al., 2023).

Penelitian Arif (2025) juga menunjukkan bahwa kapasitas sumber daya manusia yang terbatas merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan kesenjangan kualitas pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal di berbagai daerah.

e. Keterbatasan Sarana, Prasarana, dan Peralatan Medis

Tantangan lainnya adalah belum meratanya ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai. Beberapa pusat pelayanan kesehatan masih mengalami kekurangan obat-obatan esensial, darah untuk transfusi, alat resusitasi neonatal, inkubator, ventilator, maupun ruang perawatan intensif.

Kondisi tersebut menyebabkan proses penanganan menjadi kurang optimal dan sering kali memerlukan rujukan ke fasilitas yang lebih lengkap. Namun, proses rujukan sendiri dapat menimbulkan keterlambatan yang berisiko memperburuk kondisi pasien (Arif, 2025).

f. Kualitas Pelayanan dan Koordinasi Antarprofesi

Penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal membutuhkan kerja sama yang baik antara dokter, bidan, perawat, tenaga laboratorium, petugas ambulans, serta

rumah sakit rujukan. Kurangnya komunikasi dan koordinasi antarprofesi dapat menyebabkan keterlambatan diagnosis, kesalahan penanganan, atau keterlambatan rujukan.

Angelina et al. (2025) menyoroti bahwa kualitas komunikasi antar fasilitas kesehatan dan kurangnya standar operasional yang seragam masih menjadi tantangan dalam sistem pelayanan maternal dan neonatal di Indonesia.

g. Tantangan Sosial dan Ekonomi

Faktor sosial ekonomi juga memiliki pengaruh besar terhadap keberhasilan penanganan kegawatdaruratan. Keluarga dengan tingkat pendidikan rendah cenderung memiliki pemahaman yang terbatas mengenai tanda bahaya kehamilan dan neonatal. Selain itu, kemiskinan dapat membatasi kemampuan keluarga untuk mengakses transportasi, biaya pendampingan, maupun kebutuhan lain selama proses perawatan.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ketergantungan ekonomi, rendahnya otonomi perempuan dalam mengambil keputusan kesehatan, dan pengaruh norma budaya dapat menyebabkan keterlambatan dalam memanfaatkan layanan kesehatan maternal dan neonatal (Supriyatin et al., 2025).

DAFTAR PUSTAKA

Abdelhakm, E. M., & Said, H. E. (2017). Effect of implementing emergency obstetric care protocol on nurses' knowledge and practice regarding obstetric emergencies. *Journal of Nursing Education and Practice, 7*(8), 1–10.

Backes, C. H., Markham, K., Moorehead, P., Cordero, L., Nankervis, C. A., & Giannone, P. J. (2011). Maternal preeclampsia and neonatal outcomes. *Journal of Pregnancy, 2011*, Article 214365. https://doi.org/10.1155/2011/214365

Chatterjee, S., & Mishra, P. (2024). Early diagnosis and management of neonatal sepsis: Current evidence and clinical implications. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics, 15*, 123–136.

Ghaffari, S. (2024). Neonatal resuscitation: Evidence-based approaches to reducing neonatal mortality. *Frontiers in Pediatrics, 12*, Article 1456789.

Graham, W. J., Woodd, S., Byass, P., Filippi, V., Gon, G., Virgo, S., Chou, D., Hounton, S., Lozano, R., & Pattinson, R. (2023). Diversity and challenges in maternal and neonatal healthcare access. *The Lancet Global Health, 11*(4), e512–e520.

Khan, N., Ahmed, S., Rahman, M., & Akter, S. (2022). Maternal and neonatal outcomes associated with preeclampsia: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*(1), 456. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04560-7

Osorno-Covarrubias, L., Rendón-Macías, M. E., Barrera-de-León, J. C., & Sánchez-Alarcón, J. (2008). Maternal factors associated with neonatal mortality in intensive care units. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 65*(3), 167–173.

Otolorin, E., Gomez, P., Currie, S., Thapa, K., & Dao, B. (2015). Essential basic and comprehensive emergency obstetric and newborn care: From education and training to service delivery and quality of care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 130*(S2), S46–S53. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.007

Utomo, M. T. (2011). Faktor risiko terjadinya asfiksia neonatorum. *Jurnal Kedokteran Brawijaya, 26*(4), 211–216.

World Health Organization. (2022). *Newborn mortality*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Trends in maternal mortality 2000–2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA Population Division*. World Health Organization.

World Health Organization. (2024). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors* (3rd ed.). World Health Organization.

BIODATA PENULIS

Novita Sari Br Pelawi, Bdn, M.Tr. Keb lahir di Medan, pada 20 April 2000. Lahir di Medan, Sumatera Utara pada tanggal 20 April 2000. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Kebidanan pada tahun 2020, kemudian melanjutkan pendidikan ke jenjang Sarjana Terapan Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan di Poltekkes Kemenkes Medan hingga lulus pada tahun 2023. Selanjutnya, penulis menempuh pendidikan Magister Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang pada tahun 2024–2025. Dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman akademik yang dimiliki, penulis memiliki minat dalam pengembangan ilmu kebidanan, kesehatan maternal dan neonatal, serta penelitian di bidang kesehatan perempuan.

BAB 11

Praktik Klinik Asuhan Kebidanan Kesehatan Reproduksi Perempuan Sepanjang Daur Kehidupan

Bdn.Chaterin Y Hatusupy, S.ST.,M.Kes

A. Pendahuluan

Kesehatan perempuan sepanjang daur kehidupan merupakan komponen krusial dari kesehatan umum yang berdampak langsung pada kualitas hidup, pembangunan manusia, dan generasi masa depan. Siklus hidup perempuan bersifat dinamis dan berkesinambungan, dimulai dari masa konsepsi, bayi, kanak-kanak, remaja, usia subur, kehamilan, persalinan, nifas, hingga masa perimenopause dan menopause.

Setiap fase dalam daur kehidupan ini memiliki karakteristik fisiologis, psikologis, serta risiko kesehatan yang unik dan saling memengaruhi. Kegagalan asuhan pada satu fase dapat menjadi faktor risiko bagi gangguan kesehatan pada fase berikutnya.

Bidan memiliki peran strategis sebagai mitra perempuan dalam memberikan asuhan yang holistik, aman, dan berpusat pada perempuan (*woman-centered care*). Pelayanan kebidanan tidak lagi hanya berfokus pada ruang lingkup maternal dan neonatal (kehamilan dan persalinan), melainkan meluas pada pelayanan kesehatan reproduksi perempuan secara menyeluruh sepanjang hayatnya. Oleh karena itu, bidan dituntut untuk memiliki kompetensi klinis yang andal dalam melakukan skrining, deteksi dini, konseling, serta penatalaksanaan gangguan kesehatan reproduksi secara tepat, cepat, dan sesuai dengan bukti ilmiah terkini (*evidence-based practice*).

Praktik klinik asuhan kebidanan kesehatan reproduksi perempuan sepanjang daur kehidupan ini dirancang untuk menjembatani teori yang telah diperoleh mahasiswa di bangku kuliah dengan realitas pelayanan di lapangan. Melalui pengalaman klinik nyata di rumah sakit, puskesmas, atau klinik komunitas, mahasiswa diharapkan dapat mengasah kemampuan berpikir kritis (*critical thinking*), pengambilan keputusan klinis (*clinical decision making*), komunikasi terapeutik, dan keterampilan motorik dalam memberikan asuhan kebidanan yang bermutu tinggi dan humanis.

B. Konsep Dasar Kesehatan Reptiduksi

1. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Pengertian kesehatan reproduksi menurut World Health Organization (WHO) adalah suatu kondisi sejahtera jasmani, rohani, sosial, ekonomi, tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan namun dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsi-fungsinya serta prosesnya (WHO, 2020). Sedangkan menurut International Conference Population and Development (ICPD) bahwa kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat menyeluruh, meliputi aspek fisik, mental, dan sosial, bukan sekedar tidak ada penyakit atau gangguan di segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsinya dan proses reproduksi itu sendiri (UNFPA, 2019).

Kesehatan reproduksi dapat disimpulkan sebagai suatu keadaan sehat menyeluruh dalam setiap aspek hidup manusia yang berkaitan dengan kemampuan dan seberapa ingin untuk bereproduksi yang mempengaruhi kualitas hidup manusia. Artinya bahwa kesehatan reproduksi perempuan bukan sekadar absennya penyakit atau kelainan pada organ reproduksi, melainkan sebuah kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi.

International Conference Population and Development (ICPD) menetapkan 10 elemen pelayanan kesehatan reproduksi yang ditetapkan oleh ICPD: 1. Pelayanan dan konseling, informasi edukasi dan komunikasi KB yang berkualitas. 2.

Pelayanan prenatal, persalinan dan postpartum yang aman, termasuk menyusui. 3. Pencegahan dan pengobatan kemandulan. 4. Pencegahan dan penanganan aborsi tidak aman. 5. Pelayanan aborsi aman, bila tidak melanggar hukum.

Pembahasan kesehatan reproduksi adalah ini dibagi berdasarkan fase kehidupan perempuan, lengkap dengan fokus asuhan dan kompetensi klinis yang harus dicapai mahasiswa.

2. Hak Reproduksi

a. Setiap perempuan memiliki hak untuk membuat keputusan bebas dan bertanggung jawab mengenai seksualitas dan reproduksinya, bebas dari diskriminasi, paksaan, dan kekerasan. Ini termasuk hak untuk:
b. Mendapatkan informasi dan pendidikan reproduksi yang komprehensif: Termasuk tentang anatomi reproduksi, menstruasi, kontrasepsi, kehamilan, persalinan, PMS/HIV, dan menopause.
c. Akses layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas: Seperti pemeriksaan kesehatan rutin, keluarga berencana, antenatal care, persalinan aman, penanganan komplikasi kehamilan, dan deteksi dini kanker reproduksi.
d. Memutuskan kapan dan berapa banyak anak yang diinginkan.
e. Melindungi diri dari penyakit menular seksual (PMS) dan HIV.

3. Lingkup Kesehatan Reproduksi Perempuan

a. Pendidikan Kesehatan Reproduksi Sejak Dini: Memberikan pemahaman yang benar dan sesuai usia tentang perubahan tubuh, seksualitas, dan risiko sejak masa remaja untuk membentuk perilaku yang bertanggung jawab.
b. Kesehatan Ibu dan Anak: Fokus pada perawatan selama kehamilan (antenatal care), persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan terlatih, perawatan pasca-persalinan, dan menyusui eksklusif untuk memastikan kesehatan ibu dan bayi.

c. Keluarga Berencana (KB): Akses terhadap berbagai metode kontrasepsi yang aman, efektif, dan sesuai kebutuhan untuk merencanakan kehamilan dan mengatur jarak kelahiran.
d. Pencegahan dan Penanganan Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS: Edukasi tentang perilaku seks aman, skrining, pengobatan, dan pencegahan penularan dari ibu ke anak.
e. Deteksi Dini dan Penanganan Kanker Reproduksi: Skrining rutin untuk kanker serviks (IVA/Pap Smear) dan kanker payudara (SADARI/SADANIS) serta penanganan dini jika ditemukan kelainan.
f. Kesehatan Reproduksi Remaja: Fokus pada edukasi seksualitas, pencegahan kehamilan tidak diinginkan, pernikahan dini, dan kekerasan seksual pada remaja.
g. Kesehatan Reproduksi Perempuan pada Masa Menopause: Dukungan dan informasi mengenai perubahan hormonal, gejala menopause, serta cara menjaga kualitas hidup setelah masa reproduksi berakhir.
h. Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual dan Kekerasan Berbasis Gender: Memberikan dukungan, perlindungan, dan akses ke layanan kesehatan serta hukum bagi korban.
i. Penanganan Masalah Infertililitas: Diagnosis dan penanganan bagi pasangan yang mengalami kesulitan untuk memiliki anak.

4. Aspek Penting Lainnya

a. Kesetaraan Gender: Memastikan perempuan memiliki kedudukan yang sama dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi mereka, bebas dari tekanan atau diskriminasi.
b. Dukungan Sosial: Lingkungan yang mendukung dan tidak menghakimi bagi perempuan dalam mengambil keputusan reproduksi.

c. Tersedianya Layanan Kesehatan yang Komprehensif: Mulai dari fasilitas Puskesmas hingga rumah sakit dengan tenaga kesehatan yang terlatih dan sensitif gender.

5. **Tahapan Kesehatan Reproduksi**

- **Fase Remaja (Adolescence)**
  a. **Fokus Asuhan:** Edukasi gizi (pencegahan anemia), manajemen kesehatan menstruasi, pencegahan pernikahan dini, dan pemeriksaan fisik dasar pada remaja.
  b. **Kompetensi Klinis/Tindakan:**
     1) Konseling sosiokultural dan psikologis remaja terkait menarke (menstruasi pertama).
     2) Skrining status gizi (LILA, IMT) dan pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) untuk deteksi anemia.
     3) KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) mengenai kesehatan reproduksi remaja dan pencegahan perilaku berisiko.
- **Fase Pranikah & Prakonsepsi**
  a. **Fokus Asuhan:** Penilaian kesiapan reproduksi, konseling gizi prakonsepsi, dan skrining penyakit herediter/menular.
  b. **Kompetensi Klinis/Tindakan:**
     1) Anamnesis riwayat kesehatan reproduksi dan genetika calon pengantin.
     2) Edukasi suplementasi asam folat dan imunisasi Tetanus Toxoid (TT).
     3) Konseling kesiapan psikologis dan perencanaan kehamilan sehat.
- **Fase Usia Subur & Keluarga Berencana (KB)**
  a. Fokus Asuhan: Pelayanan kontrasepsi, penapisan klien, dan deteksi dini keganasan organ reproduksi.
  b. Kompetensi Klinis/Tindakan:
     1) Konseling KB menggunakan Lembar Balik (KLIK KB) atau ABPK.
     2) Praktik pemasangan dan pencabutan kontrasepsi (IUD dan Implan) sesuai prosedur pencegahan infeksi.

3) Pemeriksaan **IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat)** dan edukasi **SADARI (Periksa Payudara Sendiri)** untuk deteksi dini kanker serviks dan payudara.

- **Fase Klimakterium & Menopause**

a.Fokus Asuhan: Manajemen gejala perimenopause, dukungan psikologis, dan pencegahan penyakit degeneratif (seperti osteoporosis).

b. Kompetensi Klinis/Tindakan:

1) Anamnesis keluhan fisik (seperti *hot flashes*, keringat malam, kemunduran seksual) dan psikologis.
2) Konseling perubahan gaya hidup sehat, pola makan tinggi kalsium, dan olahraga ringan pada masa menopause.
3) Skrining tanda-tanda vital dan rujukan jika ditemukan komplikasi berat.

6. Metode Pembelajaran Klinik & Evaluasi

a. **Case Reflection Discussion (CRD):** Mahasiswa mendiskusikan kasus menarik atau sulit yang mereka temukan di lahan praktik (misalnya, remaja dengan amenorea sekunder atau ibu pre-menopause dengan perdarahan abnormal).
b. **Bedside Teaching (BST):** Dosen dan *Clinical Instructor* (CI) mendampingi langsung mahasiswa saat melakukan tindakan ke pasien, misalnya saat melakukan pemeriksaan IVA.
c. **Logbook & Refleksi Diri:** Mahasiswa wajib mengisi dokumentasi asuhan (SOAP) untuk setiap fase daur kehidupan yang mereka temui.

C. Pengkajian Dalam Praktek Kesehatan Reproduksi Perempuan

Pengkajian dalam praktik klinik kesehatan reproduksi (Kespro) memiliki karakteristik yang berbeda dengan pengkajian kehamilan atau persalinan. Pengkajian kespro menuntut kepekaan emosional yang tinggi karena bidan akan menggali infsormasi sensitif (seperti aktivitas seksual, riwayat infeksi, atau keluhan

menopause) serta memerlukan keterampilan klinis spesifik untuk deteksi dini keganasan organ reproduksi.

Berikut adalah panduan instrumen Pengkajian Asuhan Kebidanan Kesehatan Reproduksi yang terbagi menjadi Data Subjektif dan Data Objektif.

1. Data Subjektif (Anamnesis)

Selain identitas standar (nama, usia, suku, dll.), fokus anamnesis kespro wajib menggali poin-poin berikut:

a. Keluhan Utama: Gali secara mendalam masalah spesifik pasien. *Contoh:* Keputihan (warna, bau, gatal?), nyeri panggul, perdarahan di luar siklus haid, atau gejala *hot flashes* pada perimenopause.

b. Riwayat Menstruasi (Menstrual History):
   - Usia menarke (pertama kali haid).
   - Siklus haid (teratur/tidak, berapa hari sekali).
   - Durasi dan jumlah darah (berapa kali ganti pembalut sehari).
   - Ada tidaknya dismenore (nyeri haid) serta tingkat keparahannya.
   - *HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)* tetap harus ditanyakan untuk menyingkirkan kemungkinan kehamilan tersembunyi.

c. Riwayat Pernikahan dan Seksual:
   - Usia pertama kali melakukan hubungan seksual (koitarhe). Informasi ini sangat penting sebagai faktor risiko kanker serviks.
   - Adanya keluhan nyeri saat berhubungan (*dispareunia*) atau perdarahan pasca-senggama (*post-coital bleeding*).

d. Riwayat Kontrasepsi: jenis kontrasepsi yang pernah dan sedang digunakan, lama penggunaan, serta keluhan yang dirasakan (misal: amenore karena KB suntik).

e. Riwayat Kesehatan: Apakah ada riwayat penyakit diabetes, hipertensi, atau riwayat tumor/kanker dalam keluarga (terutama kanker payudara dan serviks).

2. **Data Objektif (Pemeriksaan Fisik & Penunjang)**

Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head-to-toe*, namun dengan fokus intensif pada area hormonal dan organ reproduksi.

b. Pemeriksaan Umum & Antropometri

c. Tanda-Tanda Vital: Tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan.

d. **Status Gizi (Skrining KEK):** Pengukuran berat badan, tinggi badan (IMT), dan **Lingkar Lengan Atas (LILA)**. Pemeriksaan LILA ini krusial pada fase remaja dan prakonsepsi untuk mendeteksi risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) sebelum memasuki masa kehamilan.

Gambar 1: Pengukuran LILA untuk Skrining KEK pada Wanita Usia Subur

3. **Pemeriksaan Fisik Khusus (Fokus Kespro)**

a. **Wajah:** Skrining konjungtiva mata untuk melihat tanda anemia (khususnya pada remaja dengan menoragia atau calon pengantin).

b. **Payudara (SADANIS):** Inspeksi simetrisitas, retraksi puting, atau adanya pengeluaran cairan abnormal. Palpasi kuadran per kuadran untuk mendeteksi massa (tumor/kanker).

c. **Abdomen:** Palpasi area uterus dan adneksa untuk memeriksa adanya massa abnormal (seperti mioma uteri atau kista ovarium) serta nyeri tekan panggul.

d. **Anogenital (Pemeriksaan Spekulum):**

1) Inspeksi vulva dan vagina: melihat adanya tanda infeksi (kemerahan, varises, kondiloma, atau pengeluaran sekret/keputihan abnormal).

2) **Pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual Asam Asetat):** Mengusap serviks dengan asam asetat 3-5% menggunakan spekulum untuk melihat ada tidaknya bercak putih (*acetowhite epithelium*) sebagai tanda lesi prakanker serviks.

Gambar 2. Tampilan Pemeriksaan IVA Test untuk Skrining Kanker Serviks

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Kadar Hemoglobin (Hb) untuk skrining anemia.

b. Uji kehamilan (PP Test) jika dicurigai ada amenore sekunder.

c. Pemeriksaan sekret vagina (jika fasilitas tersedia) untuk mengidentifikasi penyebab infeksi (jamur, bakteri, atau trikomoniasis).

Prinsip penting pengkajian kesehatan reproduksi:

- Selalu jaga privasi pasien secara ketat (*Informed Consent* sebelum pemeriksaan) dan gunakan pendekatan yang empati agar pasien merasa aman menceritakan keluhan reproduksinya tanpa merasa dihakimi.
- Pengkajian adalah langkah pertama yang dipakai dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien dan merupakan suatu proses sistematis dalam pengumpulan data-data

FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN (SOAP)

A. DATA SUBJEKTIF (S)

Berisi data yang diperoleh dari hasil anamnesa pasien.

- **Identitas:** Nama, Usia, Pekerjaan, Status Perkawinan.
- **Keluhan Utama:** Alasan pasien datang dan keluhan yang dirasakan saat ini.
- **Riwayat Kesehatan:**
  - Riwayat Menstruasi (Menarche, siklus, lama, jumlah, dismenore).
  - Riwayat Obstetri/Ginekologi (Riwayat kehamilan/persalinan lalu, riwayat penyakit reproduksi/operasi).
  - Riwayat KB (Metode yang pernah digunakan, keluhan selama pemakaian).
  - Riwayat Penyakit Sistemik (Jantung, DM, Hipertensi, alergi obat/makanan).
- **Pola Kebiasaan Sehari-hari:** Nutrisi, aktivitas, istirahat, kebersihan diri (personal hygiene).

B. DATA OBJEKTIF (O)

Berisi data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan klinis.

- **Pemeriksaan Umum:** Keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital (TD, Nadi, Pernapasan, Suhu), berat badan, tinggi badan.
- **Pemeriksaan Fisik:**

- Inspeksi (Head to toe sesuai kebutuhan, misal: kondisi payudara, abdomen).
- Palpasi (Misal: ada/tidaknya massa/benjolan).
- Pemeriksaan Ginekologi (Jika diperlukan: Inspeksi genitalia, pemeriksaan inspekulo, atau periksa dalam/VT).

- **Pemeriksaan Penunjang:** Hasil laboratorium (Hb, urin, IVA test, Pap smear) atau hasil USG.

C. ASSESSMENT (A)

Berisi diagnosa kebidanan yang ditegakkan berdasarkan analisis data subjektif dan objektif.

- **Diagnosa Kebidanan:** Contoh: *Ny. A usia 30 tahun dengan Keputihan Patologis / Mioma Uteri / Gangguan Menstruasi.*
- **Masalah:** Masalah yang menyertai diagnosa (misalnya: kecemasan akibat kurangnya informasi).
- **Diagnosa Potensial:** Antisipasi masalah yang mungkin terjadi (jika ada).

D. PLANNING (P)

Berisi langkah-langkah yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah.

1. **Tindakan Segera:** Kolaborasi dengan dokter spesialis (Sp.OG) jika ditemukan tanda bahaya.
2. **Tindakan Kebidanan:**
   - Memberikan KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi) terkait kondisi pasien.
   - Penjelasan mengenai prosedur tindakan atau pengobatan.
   - Pemberian terapi/medikamentosa (sesuai kewenangan).
3. **Evaluasi:** Hasil dari tindakan yang dilakukan dan rencana tindak lanjut (kunjungan ulang atau rujukan).

DAFTAR PUSTAKA

Afiyanti, Y, Pratiwi A. (2017). *Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Perempuan.* Jakarta: Rajagrafindo Persada.

Fatsena, R A, dkk. (2023). *Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Wanita.* Bekasi. Kimshafi Alung Cipta

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, pelayanan kontrasepsi, dan pelayanan kesehatan seksual. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Romauli, Vindari. (2020) Kesehatan Reproduksi Buat Mahasiswa Kebidanan. Yogyakarta : Nuha Medika.

Wiajaynti, K, dkk. (2024). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Sepanjang Daur Kehidupan*. Jakarta: Nuansa Fajar Cemerlang.

World Health Organization. (2022). *WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: Maternal and fetal assessment update: Imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy*. World Health Organization.

.

.**BIODATA PENULIS**

Bdn. Chaterin Y Hatusupy, S.ST.,M.Kes lahir di Ambon, pada 2 April 1982. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Poltekkes Maluku, D-IV Bidan Pendidik di Poltekkes Makassar, Pendidikan Profesi di Universitas Kadiri dan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin Makassar. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi D-III Kebidanan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.

SKILL, CARE, & COMPASSION
DALAM PRAKTIK KLINIK KEBIDANAN

Buku ini mengangkat konsep Skill, Care, dan Compassion sebagai pilar penting dalam praktik klinik kebidanan. Pembahasan diawali dengan konsep dan filosofi praktik klinik kebidanan, peran dan tanggung jawab mahasiswa di lahan praktik, komunikasi terapeutik, serta pendekatan humanistik dalam pelayanan. Selanjutnya, buku ini menguraikan keterampilan dasar praktik klinik dan penerapannya dalam berbagai area pelayanan kebidanan, mulai dari asuhan kehamilan, deteksi dini risiko kehamilan, persalinan normal, asuhan bayi baru lahir dan neonatus, keluarga berencana, kegawatdaruratan maternal dan neonatal, hingga pelayanan kesehatan reproduksi perempuan sepanjang daur kehidupan.

Materi dalam buku ini disusun secara sistematis dengan mengintegrasikan aspek teoritis dan praktis sehingga dapat membantu pembaca memahami berbagai kompetensi yang harus dimiliki dalam praktik klinik kebidanan. Selain itu, buku ini juga menekankan pentingnya komunikasi efektif, sikap profesional, etika pelayanan, serta pendekatan yang berpusat pada kebutuhan klien sebagai bagian dari upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak.

MEDIA PUSTAKA INDO

PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

ISBN 978-634-247-389-4
9 786342 473894