



ASUHAN KOMPREHENSIF BIDAN EVIDENCE BASED

TIM PENULIS :

Ni Nyoman Deni Witari, Yaumil Fauziah, Kinanatul Qomariyah
Yully Asmariana, Dina Ayuning Tyas, Erni, Qurratul A'yun
Oei Stefani Yuanita Widodo, Sri Kustiyati, Muhammad Almanfaluthi

ASUHAN KOMPREHENSIF BIDAN EVIDENCE BASED

Ni Nyoman Deni Witari

Yaumil Fauziah

Kinanatul Qomariyah

Yully Asmariana

Dina Ayuning Tyas

Erni

Qurratul A'yun

Oei Stefani Yuanita Widodo

Sri Kustiyati

Muhammad Almanfaluthi



GETPRESS INDONESIA

ASUHAN KOMPREHENSIF BIDAN EVIDENCE BASED

Penulis :

Ni Nyoman Deni Witari
Yaumil Fauziah
Kinanatul Qomariyah
Yully Asmariana
Dina Ayuning Tyas
Erni
Qurratul A'yun
Oei Stefani Yuanita Widodo
Sri Kustiyati
Muhammad Almanfaluthi

ISBN : 978-623-125-821-2

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

PENERBIT GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022
Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah Padang Sumatera Barat
website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juni 2025

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat, taufik, dan hidayah-Nya buku ini yang berjudul Asuhan Komprehensif Bidan Evidence Based dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Buku ini dihadirkan sebagai kontribusi nyata dalam menjawab tantangan dunia kebidanan yang semakin menuntut pendekatan berbasis bukti (Evidence-Based Practice/EBP) dalam setiap aspek asuhan, guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan ibu dan anak.

Penyusunan buku ini disesuaikan dengan kebutuhan akademik dan praktik, mengacu pada kerangka teoritis dan panduan klinis yang sahih, serta dilengkapi dengan pendekatan aplikatif berbasis studi kasus. Dimulai dari pemahaman konsep EBP dalam asuhan kebidanan, buku ini juga memuat pembahasan komprehensif seputar asuhan pada masa kehamilan, masa nifas, bayi dan balita, remaja, hingga masa klimakterium dan menopause. Selain itu, aspek penting lainnya seperti manajemen kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, kegawatdaruratan kebidanan, etika, serta profesionalisme juga dikupas secara terstruktur.

Harapannya, buku ini dapat menjadi sumber literasi yang relevan bagi mahasiswa kebidanan, praktisi bidan, dosen, serta pemangku kepentingan di bidang kesehatan ibu dan anak. Semoga keberadaan buku ini turut memperkuat kompetensi bidan dalam memberikan pelayanan yang holistik, humanistik, dan berbasis bukti ilmiah, sesuai perkembangan ilmu dan teknologi kebidanan masa kini.

Akhir kata, penulis menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan, baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan buku ini. Kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan demi penyempurnaan edisi selanjutnya.

Padang, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL	vi
BAB 1 EVIDENCE-BASED PRACTICE (EBP) DALAM ASUHAN	
KEBIDANAN.....	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Pengertian.....	2
1.3 Tingkatan dan Hierarki dalam Penerapan EBP	4
1.4 Keterkaitan Antara <i>Evidence-Based Practice</i> (EBP) dengan Proses Pengambilan Keputusan	7
1.5 Model Implementasi <i>Evidence-Based Practice</i> (EBP)	8
1.6 Langkah-Langkah Dalam <i>Evidence-Based Practice</i> (EBP)	10
1.7 Hambatan Penerapan <i>Evidence-Based Practice</i> (EBP) dalam Asuhan Kebidanan	12
1.8 Strategi Mengatasi Hambatan Ebp Dalam Asuhan Kebidanan	14
1.9 Contoh Penerapan EBP dalam Asuhan Kebidanan	16
1.10 Peran Bidan dalam EBP Asuhan Kebidanan	19
1.11 Etika dalam EBP Asuhan Kebidanan	21
DAFTAR PUSTAKA	24
BAB 2 KEBIDANAN KEHAMILAN	27
2.1 Prinsip Pokok Asuhan Kehamilan	27
2.2 Konsep Antenatal Care (ANC)	30
DAFTAR PUSTAKA	47
BAB 3 ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS.....	49
3.1 Pengertian Masa Nifas.....	49
3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas	50
3.3 Tahapan Masa Nifas	51
3.4 Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas.....	51
3.5 Perubahan Fisiologis Masa Nifas	54
3.6 Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas.....	64
3.7 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas.....	65
3.8 ASuhan Lanjutan Masa Nifas di Rumah	67

3.9 Tanda – Tanda Bahaya Pada Masa Nifas.....	69
3.10 Penyuluhan Masa Nifas	70
DAFTAR PUSTAKA.....	74
BAB 4 KOMPREHENSIF BIDAN EVIDENCE BASED PADA BAYI	
DAN BALITA	75
4.1 Pendahuluan	75
4.2 Asuhan Komprehensif yang diberikan pada Bayi dan Balita ..	75
DAFTAR PUSTAKA.....	88
BAB 5 ASUHAN KEBIDANAN PADA REMAJA	91
5.1 Pendahuluan	91
5.2 Remaja.....	93
5.3 Ciri- Ciri Masa Remaja.....	96
5.4 Ciri Kejiwaan dan Psikososial Remaja.....	99
5.5 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja.....	101
5.7 Seksualitas Remaja.....	111
5.8 Gizi Remaja	115
5.9 Kehamilan Pada Remaja.....	118
5.10 Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya (NAPZA) ...	120
5.11 Skrining Kesehatan Pada Masa Remaja.....	121
DAFTAR PUSTAKA.....	123
BAB 6 ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA KLIMAKTERIUM	
DAN MENOPAUSE	125
6.1 Pendahuluan	125
6.2 Definisi Klimakterium Dan Menopause.....	132
6.3 Tanda Tanda Awal Klimakterium Dan Menopause.....	134
6.4 Gangguan Klimakterium Dan Menopause	138
6.5 Manajemen Kebidanan Klimakterium Dan Menopause.....	143
6.6 Kesimpulan.....	144
DAFTAR PUSTAKA.....	146
BAB 7 MANAJEMEN KESEHATAN REPRODUKSI DAN	155
KELUARGA BERENCANA	155
7.1 Pendahuluan	155
7.2 Manajemen Kesehatan Reproduksi	160
7.3 Manajemen Program Keluarga Berencana (KB).....	167
7.4 Tantangan dan Arah Masa Depan.....	174
DAFTAR PUSTAKA.....	177

BAB 8 RUJUKAN DAN MANAJEMEN KEGAWATDARURATAN	
KEBIDANAN.....	179
8.1 Pendahuluan	179
8.2 Sistem Rujukan dalam Kebidanan.....	181
8.3 Manajemen Kegawatdaruratan Kebidanan	183
8.4 Dokumentasi dan Aspek Hukum dalam Rujukan serta Kegawatdaruratan.....	187
8.5 Kolaborasi dan Pengembangan Kompetensi Bidan	190
8.6 Kesimpulan dan Rekomendasi	193
DAFTAR PUSTAKA	194
BAB 9 STUDI KASUS DAN EVALUASI EVIDENCE-BASED	
DALAM KEBIDANAN	201
Oleh Sri Kustiyati	201
9.1 Pendahuluan	201
9.2 Konsep dan Prinsip <i>Evidence-Based Practice</i> (EBP) dalam Kebidanan.....	204
9.3 Studi Kasus dalam kebidanan	211
9.4 Evaluasi <i>Evidence-Based Practice</i> dalam Kebidanan.....	220
9.5 Studi Kasus Evaluasi EBP dalam Kebidanan: Praktik Terbaik.....	226
9.6 Kesimpulan dan Implikasi untuk Praktik Kebidanan.....	231
DAFTAR PUSTAKA	235
BAB 10 ETIKA DAN PROFESIONALISME DALAM PRAKTIK	
KEBIDANAN.....	241
10.1 Pendahuluan	241
10.2 Prinsip Etika dalam Praktik Kebidanan	242
10.3 Profesionalisme dalam Praktik Kebidanan.....	247
10.4 Aspek Hukum dan Regulasi dalam Etika Kebidanan	251
10.5 Kesimpulan dan Rekomendasi.....	254
DAFTAR PUSTAKA	256
BIODATA PENULIS	261

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1. Hirarki dalam penerapan evidence based	5
Gambar 1. 2. Tiga komponen utama praktik berbasis bukti (EBP)...	7
Gambar 3. 1. Perubahan Uterus Pada Masa Nifas	57
Gambar 8. 1. Protokol kegawatdaruratan	185
Gambar 10. 1. Prinsip Etika Kebidanan	243

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1. Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusio..... 56

Tabel 5. 1. Jenis Pengeluaran Lochea 59

Tabel 5. 2. Perubahan-perubahan yang dipengaruhi oleh hormon .. 101

BAB 1

EVIDENCE-BASED PRACTICE (EBP)

DALAM ASUHAN KEBIDANAN

Oleh Ni Nyoman Deni Witari

1.1 Pendahuluan

Latar belakang *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam asuhan kebidanan bermula dari kebutuhan akan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang didasarkan pada bukti ilmiah yang kuat. Pesatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan menghasilkan banyak penelitian dan bukti ilmiah baru. Hal ini menuntut para profesional kesehatan, termasuk bidan, untuk terus memperbarui pengetahuan dan keterampilan mereka agar dapat memberikan asuhan yang paling efektif. Masyarakat semakin kritis dan menginginkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, aman, dan efektif. Sebelum EBP, praktik klinis seringkali bervariasi antar individu atau institusi, yang dapat menyebabkan perbedaan dalam hasil asuhan. EBP membantu para bidan untuk membuat keputusan klinis yang rasional dan berdasarkan bukti, bukan hanya berdasarkan tradisi atau kebiasaan. Dengan menggunakan bukti ilmiah yang kuat, EBP membantu mengurangi risiko kesalahan dan komplikasi dalam asuhan kebidanan. EBP membantu mengidentifikasi intervensi yang

paling efektif dan efisien, sehingga mengoptimalkan penggunaan sumber daya dalam pelayanan kesehatan

1.2 Pengertian

Evidence-Based Practice (EBP) merujuk pada metode pemberian perawatan kebidanan yang mempertimbangkan nilai dan preferensi pasien selain temuan ilmiah terkini dan terpercaya. Kami berupaya keras untuk memastikan bahwa setiap ibu dan bayi menerima perawatan yang paling efektif, aman, dan sesuai untuk mereka. (dina dkk, 2019)

Menurut Titler (2008), bukti berbasis klinis, yang juga dikenal sebagai *Evidence-Based Practice* (EBP), adalah metode pengambilan keputusan perawatan yang bertanggung jawab dan didasarkan pada bukti. Bukti ini berasal dari kompetensi klinis dan nilai pasien. Profesi di bidang medis, keperawatan, pekerjaan sosial, kesehatan masyarakat, konseling, dan kebidanan telah memperoleh manfaat besar dari praktik berbasis bukti (EBP) dalam beberapa tahun terakhir. Untuk memberikan perawatan terbaik kepada pasien, penyedia layanan kesehatan harus mengikuti prosedur yang dikenal sebagai praktik berbasis bukti (EBP), yang melibatkan pembaruan penelitian terbaru dan menggunakannya untuk menginformasikan keputusan klinis mereka (Jayanti 2019)

Tujuan EBP Dalam Kebidanan

- a. Meningkatkan Kualitas Asuhan: EBP memastikan bahwa praktik kebidanan didasarkan pada bukti ilmiah

terbaru, sehingga meningkatkan kualitas asuhan yang diberikan.

- b. Meningkatkan Hasil Kesehatan Ibu dan Bayi: EBP membantu menurunkan risiko masalah dan meningkatkan hasil kesehatan yang positif bagi ibu dan bayi dengan memanfaatkan bukti terbaik yang tersedia.
- c. Mengurangi Variasi Praktik yang Tidak Perlu: EBP membantu standarisasi praktik kebidanan berdasarkan bukti, mengurangi variasi yang tidak perlu dan memastikan konsistensi dalam asuhan.
- d. Meningkatkan Efisiensi dan Efektivitas: Dengan fokus pada intervensi yang terbukti efektif, EBP membantu mengoptimalkan penggunaan sumber daya dan meningkatkan efisiensi dalam asuhan kebidanan.
- e. Mempromosikan Pengambilan Keputusan yang Berpusat pada Pasien: Praktik Berbasis Bukti (EBP) menekankan pentingnya mempertimbangkan pandangan dan preferensi pasien saat membuat keputusan klinis, menjamin bahwa perawatan disesuaikan dengan kebutuhan spesifik setiap orang.
- f. Mengembangkan bidan yang kompeten: Memasukkan EBP ke dalam kurikulum kebidanan terutama berfungsi untuk menghasilkan bidan yang kompeten dengan membekali mereka untuk menawarkan perawatan berkualitas tinggi sesuai dengan bukti ilmiah terbaik yang tersedia.

Mengapa EBP Penting dalam Kebidanan

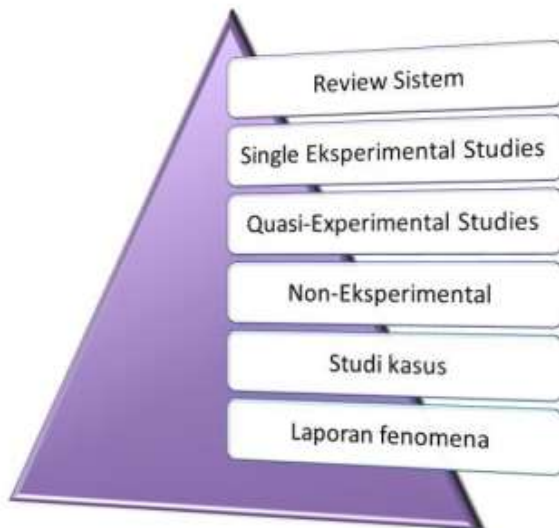
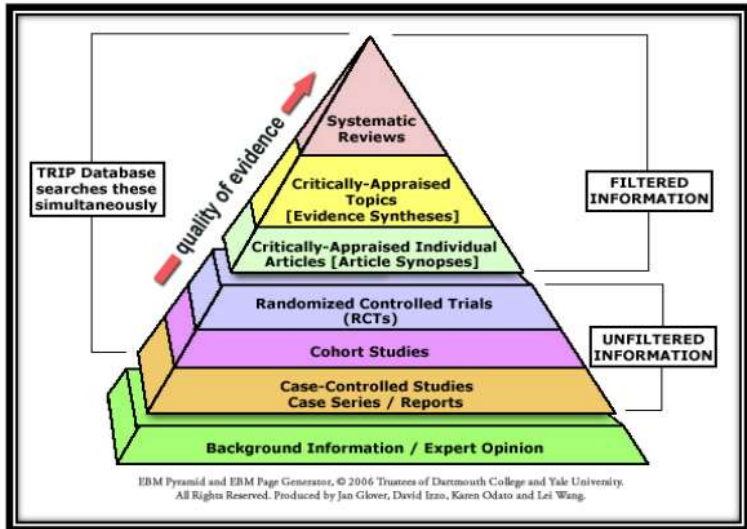
- a. Praktik kebidanan terus berkembang, dan bukti ilmiah baru terus muncul.

- b. EBP memungkinkan bidan untuk tetap mengikuti perkembangan terbaru dan memberikan asuhan yang paling mutakhir.
- c. EBP juga membantu bidan untuk membuat keputusan klinis yang lebih baik, berdasarkan bukti daripada tradisi atau kebiasaan semata.

Dengan menerapkan EBP, bidan dapat memberikan asuhan yang lebih aman, efektif, dan berpusat pada pasien, yang pada akhirnya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi. (Pratami, 2016)

1.3 Tingkatan dan Hierarki dalam Penerapan EBP

Hierarchy evidence, yang memberi peringkat kekuatan bukti dari yang terkuat hingga terlemah, adalah nama lain untuk tingkatan bukti. Dalam praktik berbasis bukti, jumlah bukti ini diperhitungkan. Ittler (2010) mencatat bahwa bidan sering menggunakan hierarki tingkat bukti yang ditetapkan Badan Kesehatan Penelitian dan Kualitas (AHRQ). Tingkat bukti berikut berlaku :



Hierarki dalam penerapan Evidence Based

Gambar 1. 1. Hirarki dalam penerapan evidence based

Dalam studi ilmiah, ada hierarki tingkat keyakinan yang dimulai dari bawah dan terus naik hingga ke atas. Tercantum di bawah ini, dalam urutan kepentingan menurun :

- a. Deskripsi kejadian atau fenomena umum
- b. Investigasi ilmiah yang melibatkan kasus tertentu
- c. Investigasi lapangan
- d. Eksperimen yang tidak menggunakan metode pengambilan sampel acak
- e. Penelitian menggunakan sampel acak peserta dan setidaknya satu kelompok kontrol
- f. Tinjauan sistematis untuk meta-analisis atau kelompok tinjauan sejawat, yang melibatkan tinjauan yakin dari beberapa studi sebelumnya.

Pentingnya Tingkatan dan Hierarki

- a. Tingkatan dan hierarki bukti membantu bidan untuk menilai kualitas dan validitas informasi yang mereka gunakan.
- b. Bidan harus menggunakan bukti dengan tingkatan yang lebih tinggi ketika memungkinkan.
- c. Namun, dalam beberapa situasi, bukti dengan tingkatan yang lebih rendah mungkin merupakan satu-satunya bukti yang tersedia.

Bidan dapat meningkatkan kualitas perawatan dan keputusan yang mereka buat di klinik dengan membiasakan diri dengan hierarki bukti ilmiah. (Royal College of Midwives, 2019)

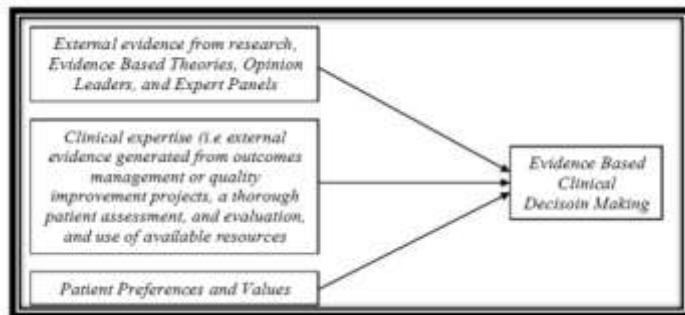
Peranan Tingkatan dan Hierarki Dalam Kebidanan

Dalam praktik kebidanan, hierarki ini membantu bidan untuk:

- Menilai kualitas dan validitas bukti yang tersedia.
- Membuat keputusan klinis berdasarkan bukti terbaik.
- Mengidentifikasi kesenjangan dalam pengetahuan dan kebutuhan penelitian lebih lanjut.

1.4 Keterkaitan Antara *Evidence-Based Practice* (EBP) dengan Proses Pengambilan Keputusan

Kerangka kerja berikut, yang dikembangkan oleh Melnyk dan Fineout-Overholt (2011), menjelaskan bagaimana praktik berbasis bukti berhubungan dengan proses pengambilan Keputusan



Gambar 1. 2. Tiga komponen utama praktik berbasis bukti (EBP

Tiga komponen utama praktik berbasis bukti (EBP) temuan penelitian dengan teori yang mendasarinya, pengalaman klinis, dan umpan balik pasien atau sumber dari

pengalaman nyata mempengaruhi keputusan untuk menerapkan perubahan (Berghella, V. (2017)

1.5 Model Implementasi *Evidence-Based Practice* (EBP)

Berikut beberapa model EBP (Ciliska, D., & Hunter, K. (2015)

- a. Model Stetler (*Stetler Model of Evidence-Based Practice*)
 - 1) Fokus: Model ini menekankan pada penggunaan bukti oleh individu atau kelompok kecil dalam praktik klinis.
 - 2) Proses:
 - a) Fase 1: Persiapan (Preparation): Menentukan tujuan, mengidentifikasi masalah, dan mengumpulkan sumber bukti.
 - b) Fase 2: Validasi (Validation): Menilai kualitas dan kredibilitas bukti.
 - c) Fase 3: Perbandingan/Pengambilan Keputusan (Comparative Evaluation/Decision Making): Membandingkan bukti dengan praktik saat ini dan membuat keputusan tentang penerapan.
 - d) Fase 4: Penerjemahan/Aplikasi (Translation/Application): Menerapkan bukti dalam praktik klinis.
 - e) Fase 5: Evaluasi (Evaluation): Mengevaluasi hasil penerapan bukti.

- b. Model Iowa (*low a Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care*)
 - 1) Fokus: Model ini dirancang untuk organisasi yang ingin meningkatkan kualitas perawatan secara sistematis melalui EBP.
 - 2) Proses:
 - a) Tahap 1 : menentukan apakah penyesuaian di dunia nyata diperlukan
 - b) Tahap 2 : menimbang Bukti
 - c) Tahap 3 : analisis Bukti
 - d) Tahap 4 : menerapkan desain baru
 - e) Tahap 5 : menilai dan melaksanakan perubahan
 - f) Tahap 6 : menggabungkan dan mempertahankan perubahan dalam operasi harian
- c. Model Konseptual Rosswurm & Larrabee (Rosswurm & Larrabee Model):
 - 1) Fokus: Model ini menekankan pada perubahan praktik melalui langkah-langkah yang sistematis dan terstruktur.
 - 2) Proses:
 - a) Penilaian Perubahan Praktik: Mengidentifikasi kebutuhan akan perubahan.
 - b) Bukti: Mencari dan menilai bukti ilmiah.
 - c) Penerjemahan dan Perencanaan: Menerjemahkan bukti ke dalam rencana tindakan.
 - d) Penerapan: Menerapkan perubahan dalam praktik klinis.
 - e) Evaluasi: Mengevaluasi hasil perubahan

1.6 Langkah-Langkah Dalam *Evidence-Based Practice* (EBP)

Berikut langkah -langkah dalam EBP (Berghella, V. (2017)

a. Kembangkan Semangat Penelitian:

- 1) Langkah ini menekankan pentingnya memiliki sikap ingin tahu dan selalu ingin belajar.
- 2) Praktisi perlu memiliki kesadaran bahwa praktik klinis dapat terus ditingkatkan melalui penelitian.
- 3) Ini melibatkan pembentukan budaya di mana pertanyaan klinis dihargai dan dicari jawabannya.

b. Ajukan Pertanyaan Klinis dalam Format PICOT:

- 1) PICOT adalah kerangka kerja yang membantu merumuskan pertanyaan klinis yang jelas dan terfokus:
- 2) P (Patient/Population): Pasien atau populasi yang menjadi fokus pertanyaan.
- 3) I (Intervention/Exposure): Intervensi atau paparan yang dipertimbangkan.
- 4) C (Comparison/Control): Intervensi atau kontrol pembandingan.
- 5) O (Outcome): Hasil yang diharapkan.
- 6) T (Time): Waktu yang diperlukan untuk mencapai hasil.

c. Cari Bukti Terbaik:

- 1) Langkah ini melibatkan pencarian literatur ilmiah yang relevan menggunakan berbagai sumber, seperti database penelitian (PubMed, Cochrane Library), jurnal ilmiah, dan pedoman praktik klinis.

d. Kritis Menilai Bukti:

- 1) Setelah bukti ditemukan, perlu dilakukan penilaian kritis terhadap kualitas dan validitas bukti tersebut.
- 2) Ini melibatkan penilaian desain penelitian, metodologi, dan hasil penelitian.
- 3) Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa bukti yang digunakan adalah kuat dan dapat dipercaya.

e. Menggabungkan Keahlian dalam Praktik Klinis dengan Preferensi dan Bukti Pasien:

- 1) Bukti dari sains saja tidak cukup. Bukti tersebut harus dikombinasikan dengan pengetahuan praktisi tentang praktik klinis dan nilai serta preferensi pasien.
- 2) Ini melibatkan penerapan bukti dalam konteks klinis yang unik dan mempertimbangkan kebutuhan individu pasien.

f. Menilai Hasil Pilihan atau Perubahan dalam Praktik Berbasis Bukti:

- 1) Setelah bukti diterapkan, perlu dilakukan evaluasi terhadap hasil yang dicapai.
- 2) Evaluasi ini membantu menilai efektivitas intervensi dan mengidentifikasi area untuk perbaikan.

g. Menyebarluaskan Hasil EBP:

- 1) Hasil EBP yang berhasil perlu disebarluaskan kepada rekan sejawat dan komunitas profesional.
- 2) Ini dapat dilakukan melalui presentasi, publikasi, atau diskusi kelompok.
- 3) Tujuannya adalah untuk berbagi pengetahuan dan meningkatkan praktik klinis secara keseluruhan.

Langkah-langkah ini membentuk siklus yang berkelanjutan, di mana praktik klinis terus ditingkatkan melalui penelitian dan evaluasi

1.7 Hambatan Penerapan *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam Asuhan Kebidanan

Penerapan *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam asuhan kebidanan dapat menghadapi berbagai hambatan. Berikut adalah beberapa hambatan umum yang sering ditemui: (Downe, S., & Finlayson, K. (2012).)

- a. Kurangnya Waktu dan Sumber Daya:
 - 1) Karena beban kerja yang berat, bidan sering kali tidak memiliki waktu untuk secara aktif mencari, mengevaluasi, dan menerapkan pengetahuan ilmiah.
 - 2) Keterbatasan akses ke sumber daya seperti jurnal ilmiah, database penelitian, dan pelatihan EBP juga dapat menjadi hambatan.
- b. Kurangnya Keterampilan dalam Menilai Bukti:
 - 1) Ada kemungkinan bidan tidak memiliki pengetahuan dan pelatihan untuk mengevaluasi keandalan dan validitas temuan ilmiah dengan tepat.
 - 2) Kemampuan untuk memahami desain penelitian, statistik, dan metodologi penelitian sangat penting untuk menilai bukti secara kritis.
- c. Sikap dan Keyakinan yang Menghambat Perubahan:
 - 1) Beberapa bidan mungkin resisten terhadap perubahan praktik yang didasarkan pada bukti ilmiah.
 - 2) Keyakinan yang kuat pada praktik tradisional atau pengalaman pribadi dapat menghambat adopsi praktik baru yang didukung oleh bukti.

d. Hambatan Organisasi dan Sistem:

- 1) Kurangnya dukungan dari manajemen atau organisasi dapat menghambat penerapan EBP.
- 2) Budaya organisasi yang tidak mendukung pembelajaran berkelanjutan dan perubahan praktik juga dapat menjadi hambatan.
- 3) Kurangnya fasilitas atau akses kepada fasilitas penunjang yang sesuai dengan EBP.

e. Kurangnya Akses ke Sumber Bukti Ilmiah:

- 1) Tidak semua bidan memiliki akses yang mudah ke jurnal ilmiah, database penelitian, atau pedoman praktik klinis.
- 2) Biaya berlangganan jurnal dan database penelitian dapat menjadi kendala.
- 3) Keterbatasan akses internet atau perpustakaan juga dapat menjadi hambatan.

f. Kurangnya Pemahaman tentang EBP:

- 1) Beberapa bidan mungkin tidak memahami konsep EBP atau manfaatnya.
- 2) Kurangnya pendidikan dan pelatihan tentang EBP dapat menyebabkan kebingungan dan keengganan untuk menerapkannya.

g. Preferensi Pasien yang Bertentangan dengan Bukti:

- 1) Dalam beberapa kasus, preferensi pasien mungkin bertentangan dengan bukti ilmiah terbaik.
- 2) Bidan perlu menyeimbangkan antara menghormati otonomi pasien dan memberikan asuhan yang didasarkan pada bukti.

h. Kurangnya Kolaborasi Interprofesional:

- 1) Penerapan EBP seringkali membutuhkan kolaborasi antara bidan, dokter, dan profesional kesehatan lainnya.
- 2) Kurangnya komunikasi dan koordinasi antarprofesional dapat menghambat penerapan EBP.

Dengan mengenali hambatan-hambatan ini, bidan dan organisasi kesehatan dapat mengembangkan strategi untuk mengatasi mereka dan meningkatkan penerapan EBP dalam asuhan kebidanan

1.8 Strategi Mengatasi Hambatan Ebp Dalam Asuhan Kebidanan

Berikut ini adalah beberapa pendekatan yang berhasil menghilangkan hambatan penggunaan EBP dalam perawatan kebidanan: (Ningsih, R., & Amra, R. N. 2022)

a. Meningkatkan Akses ke Sumber Bukti:

- 1) Bidan dapat mengakses basis data penelitian dan jurnal ilmiah melalui langganan yang disediakan oleh organisasi kesehatan.
- 2) Penggunaan Teknologi Informasi: Memanfaatkan teknologi informasi untuk mengakses sumber bukti secara online.
- 3) Kerjasama dengan Perpustakaan Medis: Membangun kerjasama dengan perpustakaan medis untuk menyediakan akses ke literatur ilmiah.

b. Memberikan Pelatihan tentang EBP:

- 1) Pendidikan Berkelanjutan: Mengadakan pelatihan dan lokakarya tentang EBP untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bidan.

- 2) Integrasi EBP dalam Kurikulum: Mengintegrasikan EBP dalam kurikulum pendidikan kebidanan.
- 3) Mentorship dan Dukungan: Menyediakan mentorship dan dukungan bagi bidan dalam menerapkan EBP.
- c. Menciptakan Budaya Organisasi yang Mendukung EBP:
 - 1) Dukungan Manajemen: Mendapatkan dukungan dari manajemen untuk penerapan EBP.
 - 2) Membentuk Tim EBP: Membentuk tim EBP yang terdiri dari bidan, dokter, dan profesional kesehatan lainnya.
 - 3) Mengakui dan Menghargai Penerapan EBP: Mengakui dan menghargai upaya bidan dalam menerapkan EBP.
- d. Menggunakan Teknologi Informasi untuk Mendukung EBP:
 - 1) Perangkat lunak dan aplikasi untuk Perangkat Seluler: Buat atau manfaatkan perangkat lunak dan aplikasi untuk perangkat seluler guna memperoleh akses ke pedoman praktik klinis dan bukti ilmiah.
 - 2) Kedua, terapkan sistem pendukung keputusan klinis untuk membantu bidan mendasarkan keputusan mereka pada bukti.
- e. Mengatasi Hambatan Sikap dan Keyakinan:
 - 1) Diskusi dan Edukasi: Mengadakan diskusi dan edukasi tentang manfaat EBP untuk mengatasi resistensi terhadap perubahan.
 - 2) Contoh Praktik Terbaik: Menunjukkan contoh praktik terbaik yang didasarkan pada bukti ilmiah.
 - 3) Mendorong Refleksi dan Evaluasi: Mendorong bidan untuk merefleksikan praktik mereka dan mengevaluasi efektivitas intervensi.

- f. Melibatkan Pasien dalam Pengambilan Keputusan:
 - 1) Komunikasi yang Efektif: Membangun komunikasi yang efektif dengan pasien untuk memahami preferensi mereka.
 - 2) Pengambilan Keputusan Bersama: Melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan klinis.
 - 3) Menghormati Otonomi Pasien: Menghormati otonomi pasien bahkan ketika preferensi mereka bertentangan dengan bukti.
- g. Meningkatkan Kolaborasi Interprofesional:
 - 1) Pertemuan Interprofesional: Mengadakan pertemuan interprofesional untuk mendiskusikan kasus klinis dan praktik terbaik.
 - 2) Pengembangan Pedoman Bersama: Mengembangkan pedoman praktik klinis bersama antara bidan, dokter, dan profesional kesehatan lainnya.
 - 3) Komunikasi yang Terbuka dan Jujur: Membangun komunikasi yang terbuka dan jujur antarprofesional.

Dengan menerapkan strategi-strategi ini, diharapkan hambatan dalam penerapan EBP dapat diatasi, sehingga bidan dapat memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas tinggi dan berdasarkan bukti ilmiah terbaik.

1.9 Contoh Penerapan EBP dalam Asuhan Kebidanan

Berikut adalah beberapa contoh penerapan *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam asuhan kebidanan: (Wijayanti, I. Tri, 2023).

- a. Manajemen Nyeri Persalinan:
 - 1) Bukti: Penelitian menunjukkan bahwa teknik relaksasi, pijat, dan dukungan emosional efektif dalam mengurangi nyeri persalinan.
 - 2) Penerapan: Bidan dapat mengajarkan teknik relaksasi kepada ibu hamil, memberikan pijatan selama persalinan, dan memberikan dukungan emosional yang berkelanjutan.
 - 3) Bukti: Penggunaan analgesia dan anestesi juga dapat dipertimbangkan berdasarkan preferensi pasien dan kondisi klinis.
 - 4) Penerapan: Bidan harus memberikan informasi yang jelas tentang manfaat dan risiko analgesia dan anestesi, serta menghormati pilihan pasien.
- b. Manajemen Laktasi:
 - 1) Bukti: Menyusui dini dan sering meningkatkan produksi ASI dan keberhasilan menyusui.
 - 2) Penerapan: Bidan dapat mendorong ibu untuk menyusui segera setelah melahirkan dan memberikan dukungan untuk menyusui sesuai permintaan bayi.
 - 3) Bukti: Teknik menyusui yang benar membantu mencegah masalah seperti puting lecet dan bayi tidak mendapatkan cukup ASI.
 - 4) Penerapan: Bidan dapat mengajarkan teknik pelekatan yang benar dan memberikan dukungan untuk mengatasi masalah menyusui.
- c. Pencegahan Perdarahan Postpartum:
 - 1) Bukti: Pemberian oksitosin profilaksis setelah melahirkan mengurangi risiko perdarahan postpartum.

- 2) Penerapan: Bidan harus memberikan oksitosin profilaksis sesuai dengan pedoman praktik klinis.
 - 3) Bukti: Penatalaksanaan aktif kala tiga persalinan, termasuk penegangan tali pusat terkendali dan masase uterus, juga efektif dalam mencegah perdarahan postpartum.
 - 4) Penerapan: Bidan harus melaksanakan penatalaksanaan aktif kala tiga persalinan sesuai dengan pedoman praktik klinis.
- d. Perawatan Tali Pusat:
- 1) Bukti: Perawatan tali pusat kering mengurangi risiko infeksi.
 - 2) Penerapan: Bidan harus menganjurkan perawatan tali pusat kering dan menghindari penggunaan antiseptik topikal.
 - 3) Bukti: Bayi memiliki keuntungan, seperti kadar zat besi dan hemoglobin yang lebih tinggi, karena menunda penjepitan tali pusat.
 - 4) Penerapan: Bidan harus menunda penjepitan tali pusat selama 1-3 menit jika kondisi bayi memungkinkan.
- e. Penggunaan Partograf:
- 1) Bukti: Penggunaan partograf secara rutin untuk memantau kemajuan persalinan dapat membantu mendeteksi dini persalinan macet atau komplikasi lainnya.
 - 2) Penerapan: Bidan harus menggunakan partograf secara rutin selama persalinan dan menindaklanjuti temuan abnormal sesuai dengan pedoman praktik klinis.

- f. Dukungan Persalinan oleh Pendamping:
 - 1) Bukti: Dukungan persalinan oleh pendamping, seperti suami atau anggota keluarga, dapat mengurangi kebutuhan akan intervensi medis dan meningkatkan kepuasan ibu.
 - 2) Penerapan: Bidan harus mendorong ibu untuk memilih pendamping persalinan dan memberikan dukungan kepada pendamping selama persalinan.
- g. Pencegahan dan Penanganan Asfiksia Neonatal:
 - 1) Bukti: Resusitasi neonatus yang tepat waktu dan efektif dapat mengurangi risiko kematian dan kecacatan pada bayi baru lahir dengan asfiksia.
 - 2) Penerapan: Bidan harus dilatih dalam resusitasi neonatus dan siap untuk melakukan intervensi jika diperlukan.

Penerapan EBP dalam asuhan kebidanan memastikan bahwa ibu dan bayi menerima perawatan terbaik berdasarkan bukti ilmiah terkini.

1.10 Peran Bidan dalam EBP Asuhan Kebidanan

Bidan memainkan peran penting dalam penerapan *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam asuhan kebidanan. Berikut adalah beberapa peran utama bidan dalam EBP: (Pratami, E. 2016.).

- a. Mengidentifikasi Pertanyaan Klinis yang Relevan:
 - 1) Bidan berada di garis depan dalam memberikan asuhan kebidanan, sehingga mereka seringkali menghadapi pertanyaan klinis yang muncul dari praktik sehari-hari.

- 2) Bidan perlu mengembangkan keterampilan untuk mengidentifikasi pertanyaan klinis yang relevan dan merumuskannya dalam format PICO (Patient/Population, Intervention/Exposure, Comparison/Control, Outcome).
- b. Mencari dan Menilai Bukti Ilmiah:
- 1) Bidan perlu memiliki keterampilan untuk mencari bukti ilmiah yang relevan dari berbagai sumber, seperti database penelitian, jurnal ilmiah, dan pedoman praktik klinis.
 - 2) Bidan juga perlu mengembangkan keterampilan untuk menilai kualitas dan validitas bukti ilmiah secara kritis.
- c. Menerapkan Bukti dalam Praktik Klinis:
- 1) Saat membuat keputusan klinis, bidan harus mempertimbangkan pilihan pasien di samping pengalaman profesional mereka dan informasi ilmiah terbaik yang tersedia.
 - 2) Bidan perlu mampu menerapkan bukti ilmiah dalam konteks klinis yang unik dan mempertimbangkan faktor-faktor seperti ketersediaan sumber daya dan preferensi pasien.
- d. Mengevaluasi Hasil Asuhan:
- 1) Bidan perlu memantau dan mengevaluasi hasil asuhan yang mereka berikan.
 - 2) Evaluasi ini dapat berupa penilaian hasil pasien, evaluasi efektivitas intervensi, atau identifikasi area untuk perbaikan.
 - 3) Hasil evaluasi dapat digunakan untuk memperbaiki praktik klinis di masa depan.

- e. Menjadi Advokat bagi Pasien:
 - 1) Bidan perlu menjadi advokat bagi pasien dengan memastikan bahwa asuhan yang diberikan didasarkan pada bukti ilmiah terbaik dan sesuai dengan preferensi pasien.
 - 2) Saat mendiskusikan pilihan perawatan dengan pasien, bidan harus tepat dan terus terang..
- f. Berkontribusi pada Pengembangan Bukti Ilmiah:
 - 1) Bidan dapat berkontribusi pada pengembangan bukti ilmiah melalui penelitian klinis atau partisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti lain.
 - 2) Bidan juga dapat berbagi pengalaman klinis mereka melalui laporan kasus atau publikasi ilmiah lainnya.
- g. Pembelajaran Sepanjang Hayat:
 - 1) Bidan perlu berkomitmen untuk pembelajaran sepanjang hayat dan terus mengikuti perkembangan terbaru dalam praktik kebidanan berbasis bukti.
 - 2) Bidan dapat meningkatkan pemahaman mereka tentang EBP dengan berpartisipasi dalam pelatihan, lokakarya, atau konferensi.

Dengan menjalankan peran-peran ini, bidan dapat memastikan bahwa mereka memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas tinggi dan berdasarkan bukti ilmiah terbaik.

1.11. Etika dalam EBP Asuhan Kebidanan

Etika memainkan peran penting dalam *Evidence-Based Practice* (EBP) asuhan kebidanan. Bidan perlu memastikan bahwa penggunaan bukti ilmiah dalam praktik klinis mereka

dilakukan dengan cara yang etis dan bertanggung jawab. Berikut adalah beberapa prinsip etika yang relevan dalam EBP asuhan kebidanan: (Pratami, E. 2016.)

a. Menghormati Otonomi Pasien:

- 1) Pasien harus dapat memilih penyedia layanan kesehatan mereka sendiri.
- 2) Pasien harus diberi tahu oleh bidan tentang semua pilihan perawatan mereka, termasuk potensi keuntungan dan bahaya masing-masing, dengan cara yang lugas dan faktual.
- 3) Bidan perlu menghormati keputusan pasien, bahkan jika keputusan tersebut bertentangan dengan bukti ilmiah terbaik.

b. Keadilan:

- 1) Pertama, terlepas dari status sosial ekonomi atau latar belakang budaya pasien, bidan memiliki tanggung jawab untuk menjamin bahwa mereka memiliki akses ke perawatan berkualitas tinggi.
- 2) Bidan perlu mempertimbangkan faktor-faktor seperti ketersediaan sumber daya dan preferensi pasien dalam pengambilan keputusan klinis.

c. Kejujuran dan Integritas:

- 1) Bidan perlu jujur dan transparan dalam memberikan informasi kepada pasien.
- 2) Bidan perlu menghindari bias dalam penilaian bukti ilmiah dan pengambilan keputusan klinis.
- 3) Bidan perlu mengakui keterbatasan pengetahuan dan keterampilan mereka.

d. Kerahasiaan:

- 1) Bidan perlu menjaga kerahasiaan informasi pasien.

- 2) Informasi pasien hanya boleh diungkapkan kepada pihak lain dengan persetujuan pasien atau jika diwajibkan oleh hukum.
- e. Tanggung Jawab:
- 1) Bidan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang aman dan efektif.
 - 2) Bidan perlu terus belajar dan mengembangkan keterampilan mereka untuk memastikan bahwa mereka memberikan asuhan yang didasarkan pada bukti ilmiah terbaik.
 - 3) Bidan perlu melaporkan setiap kesalahan atau kejadian buruk yang terjadi dalam praktik klinis mereka.
- f. Kepedulian:
- 1) Bidan perlu menunjukkan kepedulian terhadap kesejahteraan pasien.
 - 2) Bidan perlu memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga mereka.
 - 3) Bidan perlu memastikan bahwa pasien merasa nyaman dan aman selama perawatan.
- g. Tidak Merugikan (Non-maleficence):
- 1) Bidan harus menghindari tindakan yang dapat merugikan pasien.
 - 2) Bidan harus mempertimbangkan potensi risiko dan manfaat dari setiap intervensi sebelum menerapkannya.
- h. Bermanfaat (Beneficence):
- 1) Bidan harus bertindak demi kepentingan terbaik pasien.
 - 2) Bidan harus memberikan intervensi yang terbukti efektif dan aman.

DAFTAR PUSTAKA

- Berghella, V. (2017) Obstetric Evidence Based Guidelines. 3rd edn. London: CRC Press
- Ciliska, D., & Hunter, K. (2015). Midwives' perceptions of evidence-based practice: A systematic review. *Midwifery*, 31(1), 16–25.
- Dina Aliana Ikhwan, M.Kep / Wibowo Hanai Ari Susanto, M.Kep. (2019). Evidence Based Practice Dalam Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta: Trans Info Media
- Downe, S., & Finlayson, K. (2012). Barriers to the implementation of *Evidence-Based Practice* in midwifery. *Midwifery*, 28(1), 105–113.
- Jayanti, I. 2019. Evidence based dalam praktik kebidanan. Deepublish
- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (Eds.). (2020). Myles textbook for midwives. Elsevier Health Sciences.
- Ningsih, R., & Amra, R. N. (2022). PERSEPSI BIDAN TENTANG PENERAPAN ASUHAN KEBIDANAN BERBASIS EVIDENCE-BASED PRACTICE. *Methoda*, 12(2), 173–182
- Pratami, E. 2016. Evidence-based dalam kebidanan. Jakarta : EGC
- Rini, S., & Kumala, F. 2017. Panduan Asuhan Nifas dan Evidence Based Practice. Deepublish.
- Royal College of Midwives. (2019). Evidence-Based Midwifery. RCM Publications.

Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2004). Varney's midwifery. Jones & Bartlett Publishers.

Wijayanti, I. Tri. (2023) Buku Ajar Mengenal Dasar dan Evidence Based Askeb Persalinan dan BBL S1 Kebidanan. Jakarta: Mahakarya Citra Utama.

BAB 2

ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

Oleh Yaumil Fauziah

2.1 Prinsip Pokok Asuhan Kehamilan

Bentuk upaya dilakukan oleh bidan untuk dalam melaksanakan praktik kebidanan sesuai dengan standar adalah melalui asuhan antenatal. Dasar dari perilaku bidan dalam memberikan asuhan antenatal ini adalah filosofi kebidanan. Perilaku tersebut dibentuk oleh nilai-nilai, keyakinan, dan kepercayaan yang dianut oleh bidan, sehingga asuhan selama masa kehamilan dapat berlangsung secara efektif. Filosofi inilah yang mendasari setiap langkah yang diambil oleh bidan dalam memberikan layanan terbaik kepada ibu hamil.

Secara umum, perlakuan terhadap ibu hamil harus disesuaikan satu sama lain, yang dikenal sebagai asuhan kebidanan. tiap perempuan yang sedang mengandung mempunyai karakteristik pribadi yang khas, sehingga layanan yang disediakan pun harus berbeda untuk memenuhi kebutuhan individu mereka. Dalam memberikan asuhan kehamilan, penting bagi bidan untuk memperhatikan hak dan keputusan ibu hamil terkait kesehatan yang mereka butuhkan. Hal ini merupakan prinsip yang mendasari tugas

dan fungsi bidan, berdasarkan pada aspek serta kewenangannya. Tujuan utama asuhan kebidanan adalah usaha melakukan pencegahan (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Untuk menjalani perannya, bidan bergantung pada keyakinan yang menjadi pedoman dalam menyelenggarakan asuhan yang sesuai dengan Permenkes RI No. 369/MENKES/SK/III/2007 mengenai standar profesional bidan.

1. Kepercayaan **mengenai** proses hamil hingga melahirkan. Kehamilan serta persalinan **merupakan** proses alami **yang tidak dapat dianggap sebagai** suatu penyakit. Setiap individu yang unik memiliki hak, kebutuhan, dan keinginan tersendiri. Begitu juga dengan ibu hamil, mereka memiliki keyakinan yang dipahami secara mendalam oleh bidan.
2. Perempuan perlu diberdayakan melalui berbagai upaya, seperti komunikasi efektif, penyampaian informasi yang tepat, pendidikan, dan konseling. Hal ini menjadi fondasi penting untuk meyakini pentingnya pemberdayaan perempuan dan kemampuan mereka dalam mengambil keputusan. Mengambil keputusan seharusnya menjadi peran bersama yang melibatkan perempuan, keluarga, dan pihak-pihak lain dalam mendukung serta memberikan asuhan.
3. Pelayanan kebidanan dilaksanakan melalui pendekatan holistik, memandang perempuan sebagai suatu kesatuan yang mencakup aspek jasmani, mental, perasaan, hubungan sosial, nilai budaya, keyakinan spritual, dan riwayat reproduksi. Dalam melaksanakan tugasnya, bidan memiliki otonomi

penyakit dan bekerja sama bersama tenaga kesehatan lain.

4. Sasaran utama dari pelayanan kebidanan bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi melalui meminimalkan rasa sakit dan angka kehilangan nyawa. Pelayanan kebidanan ini menekankan upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan secara menyeluruh, disampaikan melalui pendekatan yang inovatif dan adaptif. Prosesnya bersifat mendukung, penuh perhatian, memberikan bimbingan, dan tidak otoriter, sambil tetap menghormati pilihan serta keputusan yang diambil oleh perempuan.
5. Bidan percaya bahwa tiap orang memiliki hak untuk menerima layanan kesehatan yang terjangkau dan memadai, sesuai dengan keperluan serta keanekaragaman budaya setiap individu. Tiap individu memiliki hak untuk mengatur kehidupannya sendiri dan harus memperoleh informasi yang memadai agar dapat berperan aktif dalam semua aspek pemeliharaan kesehatan mereka.
6. Tiap orang mempunyai hak lahir dalam keadaan sehat. Oleh karena itu, semua wanita di usia reproduksi, wanita yang sedang mengandung serta mereka yang sedang melahirkan dan anaknya, berhak memperoleh perawatan terbaik.
7. Pengalaman saat melahirkan bayi adalah salah satu aspek krusial dalam perkembangan sebuah keluarga. Proses ini memerlukan persiapan yang matang, mulai dari kelahiran hingga anak mencapai usia remaja. Kualitas persiapan ini sangat menentukan bagi

perkembangan anak dan kesejahteraan keluarga. (Amponsah-Tabi, 2022).

2.2 Konsep Antenatal Care (ANC)

Menurut World Health Organization (WHO) Kehamilan adalah suatu periode yang sangat penting dalam kehidupan seorang perempuan, keluarganya, dan masyarakat secara keseluruhan. Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) merupakan pemeriksaan yang ditujukan untuk memperbaiki kesehatan fisik serta kesejahteraan mental ibu yang sedang mengandung sehingga mereka bisa menjalankan proses kelahiran dan periode pascapersalinan, dan persiapan untuk menyusui bayi eksklusif dengan baik dan mengemblikan kondisi optimal organ reproduksinya secara normal. Kemenkes RI mengeluarkan ketetapan bahwa wanita hamil sebaiknya menjalani pemeriksaan kunjungan antenatal paling sedikit enam kali dalam sembilan bulan sebagai wujud komitmen dalam rangka menyediakan pelayanan pokok untuk mereka. Dengan demikian, sangat penting bagi ibu hamil, menerima asuhan kebidanan yang sesuai sangatlah krusial, khususnya pada kunjungan pertama kehamilan. Pada periode di pertemuan awal ini, beragam layanan kesehatan disediakan untuk mengurangi risiko kendala yang kemungkinan dihadapi ibu serta janin di masa kehamilan, dengan maksud untuk menghindari permasalahan di masa yang akan datang. (Kemenkes, 2023)

2.2.1 Sasaran Pertemuan pertama kehamilan

Sasaran pertama bagi ibu hamil bertujuan paling utama untuk menjamin kesehatan baik sang ibu maupun janin secara komprehensif, di fase ini, perhatian akan difokuskan pada identifikasi awal kehamilan, penilaian kondisi kesehatan ibu dan janin, serta perencanaan perawatan sepanjang masa mengandung. Menurut pernyataan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2018, terdapat berbagai tujuan dalam pemeriksaan antenatal care (ANC). di antaranya:

1. Mengawasi perkembangan proses kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan mendukung pertumbuhan serta perkembangan janin secara optimal.
2. Sangat penting untuk memahami kemungkinan komplikasi yang dapat Terjadi selama masa awal kehamilan, penting untuk mempertimbangkan riwayat penyakit serta prosedur bedah yang mungkin pernah dijalani.
3. Peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu serta bayi.
4. Menyiapkan proses persalinan dengan baik merupakan langkah krusial untuk memastikan kelahiran bayi berlangsung aman, serta mengurangi kemungkinan terjadinya trauma selama proses tersebut.
5. Menurunkan angka kematian dan tingkat penyakit di kalangan wanita hamil.
6. Memastikan peran orang tua serta keluarga dalam menyambut kelahiran bayi agar proses berkembangnya dapat berlangsung secara normal.

7. Memastikan ibu memiliki kemampuan untuk melalui masa pemulihan pascapersalinan secara optimal dan menyusui bayinya secara eksklusif. adalah hal yang sangat penting. Di samping itu, kami akan menjelaskan beberapa tujuan layanan antenatal care (ANC) secara rinci. Salah satu fokus utama dalam kunjungan awal adalah melakukan diagnosis kehamilan secara awal, mengevaluasi kondisi ibu dan janin, serta menyusun rencana perawatan yang tepat saat masa kehamilan.
8. Diagnosis fase Kehamilan yang terdeteksi lebih awal merupakan salah satu tujuan utama dari kunjungan pertama. Dalam kesempatan ini, tenaga medis akan melaksanakan pengujian dengan tes kehamilan yang bertujuan untuk mengecek apakah seorang ibu yang sedang mengandung terkonfirmasi positif. Pengenalan awal kehamilan sangatlah bermakna, karena memberikan kesempatan kepada ibu hamil untuk segera mendapatkan perawatan prenatal yang tepat, serta memulai langkah-langkah penting dalam menjaga kesehatan ibu dan janin.

Menegakkan diagnosis kehamilan sejak awal dengan kunjungan pertama memberikan peluang kepada tenaga medis untuk mulai memantau dan mengawasi perkembangan janin sejak tahap pertama. Langkah ini memungkinkan calon ibu menjalani masa kehamilan dengan perawatan yang maksimal sekaligus memperoleh bantuan yang sesuai dari tenaga medis sepanjang masa kehamilan.

1. Dalam Mengevaluasi kondisi kesehatan ibu dan janin melalui pengecekan yang dilakukan dalam pemeriksaan ini. mencakup beragam faktor untuk menjamin kesejahteraan Bermanfaat bagi ibu hamil dan juga janin. yang sedang dikandung. (Fatkhiah, 2020) Beberapa faktor yang diukur pada kunjungan awal meliputi:
 - a. Pemeriksaan fisik
Dilakukan evaluasi keadaan tubuh ibu hamil yang mencakup pengukuran tekanan darah, massa tubuh, dan tinggi tubuh, serta lingkar perut. Proses ini sangat penting karena berperan untuk mengenali kemungkinan gangguan kesehatan yang bisa dialami oleh ibu hamil.
 - b. Pemeriksaan Kesehatan Bayi dalam Kandungan
Selain melakukan evaluasi kesehatan wanita hamil, kunjungan awal pun memberikan peluang untuk mendengar detak jantung bayi serta melaksanakan pemeriksaan pertama yang diperlukan. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk menjamin pertumbuhan janin berjalan dengan baik serta mendeteksi secara awal kemungkinan kendala yang dapat muncul.
2. Merencanakan perawatan selama kehamilan
Selain mengevaluasi kondisi kesehatan ibu, pemeriksaan awal pun memungkinkan pendengaran detak jantung janin serta pelaksanaan pemeriksaan awal. Tujuan dari

pengecekan ini adalah untuk memantau jalannya perkembangan janin secara optimal serta mengetahui sedini mungkin permasalahan yang dapat muncul.

- a. Penentuan Jadwal Kunjungan Berikutnya
Disesuaikan dengan tahap kehamilan dan keadaan kesehatan ibu hamil. Jadwal kunjungan berikutnya akan ditentukan dengan cermat. Penjadwalan ini sangat penting untuk memantau perkembangan kehamilan serta mendeteksi kemungkinan masalah kesehatan sejak dini.
- b. Pemeriksaan Penunjang
Apabila teridentifikasi ibu hamil mengalami risiko kesehatan tertentu, pemeriksaan tambahan seperti USG akan dirancang oleh tenaga medis atau berbagai pemeriksaan laboratorium. Langkah ini bertujuan untuk mengawasi pertumbuhan janin dan menjamin kesehatannya
- c. Rencana Persalinan dan Perawatan Setelah Persalinan
Dalam pemeriksaan pertama, kami juga mendiskusikan rencana proses persalinan dan perawatan setelah persalinan. Calon ibu mendapatkan penjelasan tentang persiapan yang perlu dilakukan menjelang persalinan, pilihan lokasi untuk melahirkan, serta langkah-langkah yang harus dilakukan setelah melahirkan untuk

menjaga kesehatan diri sendiri serta bayi yang baru dilahirkan

d. Pengarahan ke Dokter Spesialis

Apabila terdapat permasalahan kesehatan yang membutuhkan penanganan Selanjutnya, tenaga medis akan mengarahkan ibu hamil kepada tenaga medis khusus yang tepat, seperti pakar gizi, dokter spesialis kehamilan, maupun ahli medis lainnya. (Gebresilassie, 2019)

2.2.2 Keuntungan dari Pemeriksaan Kehamilan Dini untuk Ibu Hamil

1. Penganalan dini terhadap kemungkinan komplikasi selama kehamilan

Salah satu bagian dari keuntungan yang paling penting dari pertemuan pertama bagi calon ibu adalah kemampuannya untuk mengidentifikasi lebih awal kemungkinan komplikasi selama masa kehamilan. Pada kunjungan pertama ini, pemeriksaan dilakukan untuk mengevaluasi Kondisi fisik ibu dan janin secara keseluruhan dapat dipantau dengan baik. Dengan deteksi lebih awal, tenaga medis mampu menilai potensi risiko atau gangguan kesehatan yang mungkin dialami oleh perempuan hamil dan bayi dalam kandungan sejak masa awal kehamilan

Berikut adalah beberapa komplikasi kehamilan yang dapat dikenali pada kunjungan awal:

a. Preeklampsia

Preeklampsia merupakan keadaan berbahaya yang ditandai oleh naiknya tekanan darah pada wanita hamil. Oleh karena itu, dalam kunjungan awal, pemeriksaan tekanan darah menjadi sangat penting untuk mendeteksi preeklampsia secara dini. Dengan deteksi awal, kita dapat mencegah terjadinya masalah lanjutan yang lebih berat.

b. Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional adalah kondisi yang terjadi pada wanita hamil ketika kadar gula darah meningkat. Penting untuk melakukan pemeriksaan gula darah pada kunjungan pertama untuk mendeteksi kondisi ini sejak dini, diabetes gestasional dapat terdeteksi lebih awal dan ditangani dengan tepat. Langkah ini penting untuk mencegah dampak negatif yang dapat mempengaruhi kesejahteraan ibu hamil dan janinnya.

c. Anemia

Uji laboratorium terhadap sampel darah saat pemeriksaan pertama memungkinkan untuk berperan penting dalam menemukan adanya defisiensi zat besi atau penurunan kadar hemoglobin pada ibu hamil adalah suatu kondisi yang perlu diwaspadai. Mendeteksi anemia sejak dini penting sekali untuk memelihara kesehatan ibu hamil dan janin, kita dapat mengambil langkah-langkah pencegahan yang diperlukan

serta memberikan Suplemen zat besi mampu menjadi solusi guna mengatasi permasalahan ini.

d. Infeksi Menular Seksual (IMS)

Pemeriksaan darah pada kunjungan awal memiliki peranan yang sangat penting dalam Mengenali defisiensi zat besi (anemia) pada wanita hamil. Dengan mendeteksi kekurangan darah sejak awal, kita dapat mengambil langkah-langkah yang sesuai untuk menjaga kesehatan ibu dan janin, kita dapat mengambil langkah-langkah pencegahan yang diperlukan serta memberikan suplementasi zat besi untuk mengatasi masalah ini.

2. Edukasi mengenai pemeliharaan kesehatan ibu dan bayi dalam kandungan

Kunjungan pertama bagi ibu yang sedang mengandung merupakan salah satu hal yang sangat perlu diperhatikan dan tidak boleh diabaikan. Pada momen ini, petugas kesehatan memiliki kesempatan berharga untuk memberikan informasi bermanfaat mengenai upaya untuk memelihara kesehatan ibu hamil, serta memastikan kemajuan optimal bagi janin. Dengan edukasi yang tepat, diharapkan ibu hamil dapat memahami langkah-langkah yang harus diambil untuk menjaga kesejahteraan diri mereka dan kesehatan bayi yang akan lahir.

Kunjungan awal bagi ibu hamil merupakan momen yang sangat penting, karena memberikan peluang bagi tenaga medis untuk memberikan informasi mengenai pemeliharaan kesehatan ibu

dan janin sangatlah penting. Melalui pendidikan ini, ibu hamil diajarkan tentang langkah-langkah menjaga kesehatan diri mereka selama masa kehamilan. Selain itu, mereka juga akan mempelajari cara-cara untuk mendukung perkembangan optimal janin yang sedang dikandung. Menjaga kesehatan selama kehamilan adalah hal yang krusial, serta memahami strategi untuk memaksimalkan pertumbuhan janin yang sehat yang sedang dikandung.

Beberapa poin penting yang diperoleh dari edukasi selama kunjungan awal ini antara lain adalah:

a. Gaya Hidup Sehat

Ibu hamil sebaiknya diberi pemahaman mengenai betapa pentingnya menerapkan gaya hidup sehat. Hal ini mencakup menghindari kebiasaan merokok, mengonsumsi alkohol, serta menggunakan bahan berbahaya yang dilarang. Selain itu, mereka juga disarankan untuk mengelola stres dengan baik dan memastikan waktu tidur yang cukup. Nutrisi yang Seimbang

Ibu hamil diberikan pengetahuan mengenai pentingnya menerapkan gaya hidup sehat. Hal ini meliputi langkah-langkah seperti menjauhi merokok, alkohol, serta penggunaan Obat-obatan terlarang perlu dihindari. Selain itu, disarankan agar mereka dapat mengelola

stres dengan baik dan menjaga pola tidur yang cukup.

b. Olahraga dan Aktivitas Fisik

Ibu hamil akan mendapatkan informasi mengenai jenis latihan atau aktivitas fisik yang aman dan memberikan manfaat bagi kehamilan. Melakukan latihan fisik yang sesuai dapat membantu meningkatkan stamina, menjaga kesehatan jantung, serta menyiapkan tubuh untuk menghadapi proses persalinan.

c. Perawatan Kehamilan

Ibu hamil disarankan untuk memahami betapa pentingnya menerapkan gaya hidup sehat selama masa kehamilan. Ini termasuk langkah-langkah seperti menghindari rokok, alkohol, dan obat-zat terlarang. Di samping itu, penting bagi mereka untuk mengelola stres dengan baik dan menjaga pola tidur yang cukup. Edukasi mengenai perawatan prenatal yang tepat, seperti jadwal pemeriksaan rutin, tes tambahan, dan vaksin yang wajib, akan sangat mendukung ibu hamil dalam merencanakan kehamilan dengan baik serta menyadari betapa pentingnya tindakan medis yang diambil.

3. Rencana Perawatan Selama Kehamilan

Kunjungan awal adalah langkah penting dalam menyusun rencana perawatan selama masa kehamilan. Merujuk pada hasil pemeriksaan dan evaluasi yang telah dilaksanakan, tenaga kesehatan

akan merancang rencana perawatan yang komprehensif dan disesuaikan dengan kondisi kesehatan masing-masing ibu hamil. Perencanaan perawatan ini meliputi berbagai aspek kesehatan yang diperlukan, antara lain:

a. Penjadwalan Kunjungan Selanjutnya

Dengan mempertimbangkan usia kehamilan serta keadaan kesehatan ibu, jadwal kunjungan selanjutnya akan disusun dengan cermat. Penjadwalan ini memiliki peranan penting dalam melakukan pemantauan terhadap kemajuan kehamilan serta mendeteksi potensi Gangguan kesehatan sejak dini.

b. Pemeriksaan Tambahan

Jika teridentifikasi potensi gangguan kesehatan spesifik, petugas kesehatan akan merancang pemeriksaan lanjutan, termasuk USG dan pemeriksaan laboratorium khusus, guna mengawasi pertumbuhan janin serta menjamin kondisinya tetap sehat.

c. Perencanaan Persalinan dan Pascapersalinan

Dalam kunjungan pertama, kami juga membahas perencanaan persalinan serta perawatan setelah melahirkan, ibu diberikan informasi mengenai yang penting tentang persiapan untuk melahirkan, pilihan lokasi persalinan, dan langkah-langkah yang perlu diambil dilakukan setelah melahirkan untuk menjaga kesehatan diri serta merawat bayi yang baru lahir. Pengetahuan ini sangat sangat

penting bagi ibu hamil untuk merencanakan persalinan berdasarkan pilihan dan kebutuhan pribadi medis mereka.

d. Rujukan ke Spesialis

Jika ada masalah kesehatan yang terdeteksi dan jika memerlukan penanganan lebih lanjut, petugas medis akan merujuk ibu hamil kepada spesialis yang tepat, seperti ahli gizi, dokter kandungan, atau tenaga medis lainnya. Rujukan ini bertujuan untuk menjamin penanganan yang lebih tepat dan spesifik, berdasarkan kondisi kesehatan ibu dan perkembangan janin

4. Tahapan Kunjungan Awal

Kunjungan awal kepada ibu hamil merupakan proses yang mencakup beberapa langkah penting dalam memberikan asuhan kebidanan yang holistik dan efisien. Proses ini bertujuan untuk mengumpulkan data mengenai ibu hamil serta kondisi kesehatannya, memungkinkan petugas medis untuk memberikan perawatan yang tepat dan sesuai. Berikut ini akan dijelaskan secara rinci mengenai tahapan kunjungan awal, dengan penekanan pada proses pendaftaran dan pengumpulan riwayat medis ibu hamil

a. Pendaftaran dan anamnesis ibu hamil

Langkah pertama dalam kunjungan awal adalah proses pendaftaran dan wawancara medis ibu hamil. Setelah proses pendaftaran

selesai, petugas kesehatan akan melanjutkan dengan anamnesis, yang merupakan proses pengumpulan data mengenai riwayat kesehatan ibu hamil serta faktor-faktor lain yang perlu dipertimbangkan. Berikut ini adalah langkah-langkah yang termasuk dalam pendaftaran dan anamnesis ibu hamil:

1) Pendaftaran

Ibu hamil melakukan pendaftaran di fasilitas kesehatan, seperti klinik, rumah sakit, atau puskesmas, guna 10 Untuk memperoleh perawatan prenatal, pada tahap ini, petugas administrasi akan mengumpulkan informasi dasar ibu hamil, seperti nama, usia, alamat, dan nomor telepon yang bisa dihubungi.

2) Riwayat Kesehatan

Tenaga medis akan mengumpulkan data terkait riwayat kesehatan ibu hamil, yang mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami, serta riwayat kehamilan sebelumnya yang telah dilalui, riwayat alergi, serta riwayat operasi atau tindakan medis lain yang telah dilakukan sebelumnya.

3) Riwayat Kehamilan Saat Ini

Selain mencatat sejarah medis, petugas kesehatan juga akan mengumpulkan informasi terkait

kehamilan yang sedang berlangsung mereka akan menanyakan tentang usia kehamilan, gejala awal yang mungkin muncul, serta keluhan atau gejala yang dirasakan oleh ibu hamil.

4) Riwayat Keluarga

Anamnesis juga mencakup data mengenai riwayat kesehatan keluarga khususnya yang berhubungan dengan masalah genetik atau kondisi lainnya keturunan yang dapat memengaruhi kehamilan.

5) Faktor Risiko

Anamnesis juga meliputi informasi mengenai riwayat kesehatan keluarga, khususnya yang berhubungan dengan gangguan genetik atau faktor keturunan yang bisa

6) Gaya Hidup

Anamnesis juga akan melibatkan pertanyaan mengenai gaya hidup ibu hamil, termasuk kebiasaan makan, kebiasaan berolahraga, tingkat aktivitas fisik, serta tingkat stres yang dirasakan.

7) Penggunaan Obat atau Suplemen

Petugas kesehatan akan menanyakan mengenai konsumsi obat atau suplemen sepanjang masa kehamilan. Pertanyaan ini meliputi

obat-obatan yang diperoleh tanpa resep dokter maupun yang diresepkan, serta konsumsi suplemen yang mengandung vitamin atau mineral

8) Riwayat Kehamilan Sebelumnya

Jika seorang ibu hamil memiliki pengalaman kehamilan sebelumnya, petugas kesehatan akan mengajukan pertanyaan seputar riwayat kehamilan tersebut. Mereka akan menanyakan apakah ada komplikasi atau masalah kesehatan tertentu yang terjadi pada kehamilan yang lalu.

9) Harapan dan Pertanyaan Ibu Hamil

Apabila seorang ibu hamil memiliki pengalaman kehamilan sebelumnya, petugas kesehatan akan mengajukan beberapa pertanyaan mengenai riwayat kehamilan tersebut. Mereka akan menanyakan apakah ada komplikasi atau masalah kesehatan tertentu yang pernah dialami selama kehamilan sebelumnya.

Pendidikan kesehatan yang komprehensif sangat penting untuk ibu hamil selama sesi kunjungan Antenatal Care (ANC), untuk mendiskusikan berbagai hal terkait dengan kehamilan, persalinan, serta perawatan bayi. Oleh karena itu, diperlukan pelaksanaan kegiatan pendidikan kesehatan yang lebih terstruktur oleh dokter, pendidik kesehatan, atau perawat. Salah satu fokus utama dalam konteks ini adalah konseling nutrisi selama kehamilan.

a. Gizi Seimbang

Ibu hamil diberikan penjelasan mengenai pentingnya asupan gizi seimbang yang diperlukan selama masa kehamilan. Memastikan kecukupan gizi, termasuk protein, karbohidrat, lemak, vitamin, dan mineral, sangat krusial untuk membantu pertumbuhan janin dan menjaga kesehatan ibu.

b. Suplemen

Juga penting untuk membahas pemakaian suplemen, seperti asam folat dan zat besi, yang mungkin dibutuhkan selama kehamilan. Suplemen ini dapat mencegah cacat tabung saraf dan membantu mengatasi anemia pada ibu hamil.

c. Makanan yang Dihindari

Ibu hamil akan menerima informasi penting mengenai jenis makanan yang sebaiknya dihindari selama kehamilan. Beberapa makanan yang dimaksud meliputi makanan mentah atau yang belum matang, makanan dengan kandungan merkuri tinggi, serta makanan yang berisiko menimbulkan infeksi.

d. Peningkatan Kebutuhan Kalori Konseling gizi selama kehamilan memiliki peranan yang sangat penting,

terutama dalam menjelaskan peningkatan kebutuhan kalori. Para ibu hamil disarankan untuk mengonsumsi berbagai jenis makanan, minimal 17 jenis, guna mendukung pertumbuhan janin dan menjaga kesehatan ibu dengan sebaik-baiknya. Pendekatan pendidikan gizi yang dilakukan selama kunjungan antenatal terbukti memberikan dampak positif terhadap status gizi ibu hamil. Oleh karena itu, penting bagi konseling gizi untuk diintegrasikan sebagai bagian fundamental dari perawatan antenatal bagi semua wanita hamil. (Kaleem, 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Amponsah-Tabi, S. (2022). An assessment of the quality of antenatal care. *PLOS ONE*, 13.
- Fatkhiyah, N. (2020). *KEPATUHAN KUNJUNGAN ANTENATAL CARE BERDASARKAN FAKTOR MATERNAL*. Jurnal SMART Kebidanan.
- Gebresilassie, B. (2019). Timing of first antenatal care attendance. 1-11.
- Kaleem, R. (2020). Pak J Med Sci May - June 2020 Vol. 36 No. 4 www.pjms.org.pk 632. *Med Sci* , 1-5.
- Kemenkes. (2023). *Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022*. Kementerian Kesehatan.

BAB 3

ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA NIFAS

Oleh Kinanatul Qomariyah

3.1 Pengertian Masa Nifas

Masa Nifas (*Puerperium*) merupakan masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Sarwono, 2006: wahida 2020).

Masa Nifas (*Puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa Nifas berlangsung kira kira 6 minggu (Sulystiawati, 2015)

Masa Nifas (*Puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kadungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung 42 hari, namun secara keseluruhan akan sembuh dalam waktu 3 bulan (Anggraini, 2028).

3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Masa nifas berlangsung selama 6 minggu (40 hari). Pada masa nifas diperlukan asuhan karena periode ini merupakan periode kritis bagi ibu dan bayi. Perubahan yang terjadi pada masa nifas yaitu perubahan fisik, involusi uterus, laktasi, perubahan system tubuh, perubahan psikologi (Sarwono, 2006: wahida 2020).

Pemberian asuhan masa nifas sangat penting dilakukan untuk menjamin kesejahteraan ibu dan bayi baik secara fisi maupun secara psikologis. Pelayanan yang diberikan meliputi upaya pencegahan, deteksi dini, pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, asuhan masa laktasi, cara menjarangkan kehamilan, pemberian imunisasi serta nutrisi ibu dan bayi (Prawirohardja,2009).

Adapun tujuan asuhan masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya secara fisik dan psikologis dengan cara memberikan dukungan terutama pada fase ketergantungan dari ibu nifas dan fase-fase selanjutnya.
2. Melaksanakan screening yang komprehensif (menyeluruh) mendeteksi masalah/penyakit yang dialami, mengobati /merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi dengan menggunakan metode pendekatan manajemen asuhan kebidanan.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.

4. Memberikan pelayanan KB dimulai dari 10 menit setelah melahirkan sampai selesai masa nifas.

3.3 Tahapan Masa Nifas

1. Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
2. Puerperium intermedial waktu 24 jam sampai 7 hari masa nifas, puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6 – 8 minggu.
3. Remote/late puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu yang diperlukan 1 sampai 6 minggu masa nifas. Terutama apabila waktu hamil dan saat proses persalinan terdapat komplikasi. Waktu sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulan bahkan tahunan (Sulistyawati,2015).

3.4 Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

Pada masa nifas ibu mengalami kehagiaan yang luar biasa. Menjalani proses pembelajaran ang diperlukan tentang perawatan bayi. Sebagai ibu, ibu merasa mempunyai tanggung jawab yang luar biasa pada dirinya. Tidk hera apabila ibu sedikit mengalami perubahan perilaku dan mengalami kesulitan dalam merawat bayinya.

Masa nifas merupakan masa untuk bimbingan dan pembelajaran dalam penyesuaian terhadap bayinya. Tanggung jawab seorang ibu mulai bertambah setelah melahirkan. Ibu akan selalu melihat ke wajah bayinya,

mengamati tubuh dan sesekali mengelus pipi bayinya. Namun ada beberapa ibu yang merasa tidak nyaman dengan bayi dikarenakan ada alasan tertentu.

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Menurut Reva Rubin dalam (Sujiyatni, 2013) tahap penerimaan peran baru dalam masa nifas dibagi menjadi 3, yaitu *fase taking in*, *fase taking hold* dan *fase letting go*.

1. *Fase Taking In*

- a) Fase ini terjadi pada hari ke 1 dan 2 setelah persalinan
- b) Pada fase ini ibu mudah tersinggung, kelelahan sehingga butuh banyak istirahat untuk mencegah terjadinya anemia
- c) Pada fase ini seorang ibu membutuhkan komunikasi yang baik serta pemulihan nutrisi
- d) Ibu cenderung pasif, masih fokus pada persalinan dan merasa kagum pada bayinya, mengulang-ulang menceritakan pengalaman persalinan.
- e) Dukungan yang bisa diberikan oleh bidan untuk ibu yaitu memberikan kesempatan ibu untuk bercerita tentang pengalaman serunya saat melahirkan dan perasaannya saat ini

- f) Memperbaiki perlindungan ibu dari bahaya masa nifas, seperti perdarahan oleh karena atonia uteri, infeksi saluran kencing, dan hipotermi pada bayi.
- g) Membantu ibu dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi, mobilisasi dini, personal hygiene, dan istirahat.

2. Fase *Taking Hold*

Fase ini terjadi pada hari ke 3 sampai 10 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu baru memulai fase aktifnya, siap menerima dan belajar tentang peran barunya. Ibu sangat membutuhkan sumber informasi dan dukungan untuk penyembuhan fisik, untuk meminimalisir kejadian post partum blues yang terkadang terjadi pada fase ini. Dukungan yang bias diberikan oleh bidan untuk memperpendek fase ini berupa:

- a) Melakukan kunjungan rumah secara berkala, terutama kepada ibu nifas dengan umur yang terlalu muda
- b) Membantu ibu nifas mengatasi ketidaknyamanan yang umum dialami pada fase ini, seperti diaforesisi, diuresis, nyeri otot dan perut serta perineum.
- c) Membrikan edukasi secara bertahap kepada ibu tentang perawatan diri dan bayinya, peran sebagai orang tua, anticipation sibling, dan petunjuk antisipasi lainnya, karena pada saat itu ibu sudah siap untuk belajar.

3. Fase *Letting Go*

Fase ini terjadi dalam 10 hari sampai 6 minggu atau lebih sampai dengan fase ketergantungan lain yang menggantikan. Pada fase ini ibu sudah mampu beradaptasi dengan peran barunya, kerabat yang biasanya mendampingi ibu selama masa nifas awal sudah mulai meninggalkan ibu karena ibu sudah biasa mandiri dan kesehatannya sudah pulih. Secara fisik sudah mampu untuk menerima tanggung jawab baru dan sudah terbebas dari peran sakit.

Hal – hal yang harus dipenuhi selama masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Fisik (istirahat, asupan gizi dan lingkungan bersih)
- 2) Psikologi (dukungan dari keluarga sangat diperlukan)
- 3) Social (perhatian dan rasa kasih sayang menghibur ibu saat sedih dan menemani ibu saat kesepian).

3.5 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan-perubahan fisiologi yang terjadi pada masa nifas adalah :

1. Perubahan Sistem Reproduksi Selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsurangsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan

keseluruhan alat genetalia ini disebut involusio. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan –perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut.

2. Uterus, segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara *umbilicus* dan simfisis atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian kurang lebih sama dan kemudian mengerut. Sehingga dalam dua minggu telah turun masuk ke dalam rongga panggul pelvis dan tidak diraba lagi dari luar. Involusio uterus melibatkan pengorganisasian dan pengguguran desidua serta pengelupasan situs plasenta, sebagaimana diperlihatkan dengan pengguguran dalam ukuran dan berat serta oleh warna dan banyaknya lochia. Banyaknya lochia dan kecepatan involusio tidak akan terpengaruh oleh pemberian sejumlah preparat metergin dan lainnya dalam proses persainan. Involusio tersebut dapat dipercepat prosesnya bila ibu menyusui bayinya. Dalam keadaan normal uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan ukuran dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusio. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang. Otot-otot uterus segera berkontraksi setelah postpartum. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah

plasenta lahir. Setiap kali bila ditimbulkan, fundus uteri berada di atas umbilicus, maka hal-hal yang perlu diperlu dipertimbangkan adalah pengisian uterus oleh darah atau pembekuan darah saat awal jam postpartum atau pergeseran letak uterus karena kandung kemih yang penuh setiap saat setelah kelahiran.

Tabel 1. 1. Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusio

involusio	TFU	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat,2jrbpst	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	Gr

Sumber: Kasmiati (2023)



Gambar 3. 1. Perubahan Uterus Pada Masa Nifas

Setelah janin dilahirkan, fundus uteri kira-kira setinggi pusat, segera setelah plasenta lahir, tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat, dan beratnya kira-kira 1000 gr. Pada hari kelima post partum uterus kurang lebih setinggi 7 cm diatas simfisis dan beratnya kurang lebih 500 gr dan sesudah 12 hari uterus sudah tidak bisa diraba lagi dan beratnya menjadi 300 gr, dan setelah 6 minggu post partum berat uterus menjadi 40-60 gr.

3. Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lochia terbagi menjadi:

- a) Lochea rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks, caseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari

- pascapersalinan. Inilah lochia yang akan keluar selama sampai tiga hari postpartum.
- b) Lochea sanguelenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke 3 sampai tiga hari postpartum.
 - c) Lochea serosa adalah lochea berikutnya. Dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lochea rubra. Lochea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke 7 sampai hari ke 14 pascapersalinan. Lochea alba mengandung terutama cairan serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit.
 - d) Lochea alba adalah lochea yang terakhir. Dimulai dari hari ke 14 kemudian masuk lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua. Lochea mempunyai bau yang khas, tidak seperti bau menstruasi. Bau ini lebih terasa tercium pada lochea serosa, bau ini juga akan semakin lebih keras jika bercampur dengan keringat dan harus cermat membedakannya dengan bau busuk yang menandakan adanya infeksi. Lochea dimulai sebagai suatu pelepasan cairan dalam jumlah yang banyak pada jam-jam pertama setelah melahirkan.

Tabel 5. 1. Jenis Pengeluaran Lochea

Jenis Lochea	Waktu	Warna	Ciri-Ciri
Rubra	1 - 2 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, sisa meconium dan sisa darah
Sangoenolenta	3 - 7 hari	Merah segar	Darah bercampur lendir
Serosa	8 - 14 hari	Kekuningan /kecoklatan	Lebih sedikit dara, lebih banyak serum terdiri dari leukosit
Alba	Lebih dari 14 hari	Putih	Mengandung leokosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan mati.

Sumber: Kasmiati (2023)

4. Endometrium, perubahan pada endometrium adalah timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta, pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta Serviks Segera setelah berakhirnya kala II, serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulasi. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama dibagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularisasinya yang tinggi, lubang

serviks, lambat laun mengecil, beberapa hari setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalinan. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu post partum.) Serviks setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna kehitaman, setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk kedalam rongga rahim setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari.

5. Vagina, vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara.

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi saat perineum mengalami robekan jalan lahir. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan

ataupun dilakukan episiotomy dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

6. Payudara pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologi, yaitu sebagai berikut.

- a) Produksi ASI

- b) Sekresi susu atau let down, Selama Sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitare akan mengeluarkan prolaktin. Sampai hari ke 3 setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak berisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak dan rasa sakit. Sel-sel acinin yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi.

7. Perubahan Sistem Pencernaan

System gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan memperlambat kontraksi otot-otot polos . pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai

menurun. Namun demikian faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada system pencernaan anatara lain:

- a) Nafsu Makan, pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.
- b) Motilitas, secara khas penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bida memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke adaan normal.
- c) Pengosongan Usus, pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. System pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

8. Perubahan Sistem Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnta pernafasan lambat atau normal, hal ini

dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Pernafasan harusnya harus berada dalam rentang normal sebelum melahirkan. Kondisi pernafasan selalu berhubungan dengan kondisi suhu dan nadi. Apabila suhu dan nadi tidak normal maka pernafasan juga tidak normal, kecuali apabila terdapat gangguan husus pada pencernaan.

9. Perubahan Tanda Vital

- a) Tekanan Darah normal pada oranh dewasa pada tekanan Sistolik antara 90-120 mmHg sedangkan tekanan Diastolik yaitu antara 60-80 mmHg. Pada kasus normal setelah melahirkan, tekanan darah biasanya tidak berubah. Jika terdapat perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah setelah melahirkan kemungkinan terjadi perdarahan. Jika menjadi lebih tinggi kemungkinan terjadi pre eklamsia.
- b) Suhu tubuh ibu dalam proses inpartu tidak lebih dari 37,2oC. Setelah bayi lahir, suhu akan naik kurang lebih 0,5oC dari kondisi normal, tapi tidak melebihi 8oC. Setelah 2 jam pertama melahirkan, suhu tubuh akan kembali normal. Apabila suhu tubuh lebih dari 38oC, kemungkinan terjadi infeksi pada ibu.
- c) Denyut Nadi normal pada oran dewasa yaitu 60-80 kali per menit. Setelah melahirkan, denyut nadi dapat lambat ataupun lebih cepat, jika denyut nadi ibu melebihi 100 kali per menit, kemungkinan terjadi infeksi atau perdarahan post partum.
- d) Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa sekitar 16-24 kali permenit. Pada ibu nifas,

biasanya pernapasan menjadi lebih lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam masa pemulihan. Kondisi pernapasan selalu berhubungan dengan kondisi suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikuti, kecuali apabila terdapat gangguan khusus pada saluran pernapasan. Apabila pernapasan pada masa nifas menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

3.6 Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas

1. Mengidentifikasi dan merespon kebutuhan dan komplikasi pada saat:
 - a) 6 sampai 8 jam setelah persalinan
 - b) 6 hari setelah persalinan
 - c) 2 minggu setelah persalinan
 - d) 6 minggu setelah persalinan
2. Mengidentifikasi dan memberi dukungan terus menerus selama masa nifas dan sesuai dengan kebutuhan ibu dengan harapan mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
3. Sebagai promotor hubungan yang erat antara ibu dan bayi secara fisik dan psikologis.
4. Mengkondisikan ibu untuk menyusui bayinya dengan cara menciptakan rasa nyaman.
5. Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan dengan ibu dan anak, serta mampu melakukan kegiatan administrasi
6. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.

7. Melakukan manajemen asuhan kebidanan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan doagnosa actual dan potensial, menetapkan kebutuhan segera, rencana tindakan, pelaksanaan tindakan serta evaluasi dari melaksanakan asuhan yang diberikan. Asuhan ini mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode masa nifas.

3.7 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Berdasarkan program dan kebijakan teknik masa nifas, paling sedikit dilakukan 4 kali kunjungan masa nifas, dengan tujuan sebagai berikut:

1. Memelihara kondisi kesehatan baik ibu maupun bayi
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan baik ibu maupun bayi.
3. Mendeteksi kemungkinan adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
4. Mengurangi komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu dan bayi.

Kunjungan Masa Nifas terdiri dari:

1. Kunjungan Pertama 6 – 8 jam setelah persalinan
Tujuan Kunjungan:
 - a) Mencegah terjadinya perdarahan masa nifas seperti atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain terjadinya perdarahan dan akan segera merujuk jika perdarahan berlanjut.

- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan masa nifas yang disebabkan atonia uteri.
 - d) Memberikan ASI secara on demand kepada bayi
 - e) Menciptakan bounding attachment /hubungan antara ibu dan bayi baru lahir serta hubungan dengan ayah dan keluarga.
 - f) Menjaga dan mencegah terjadinya hipotermia pada bayi baru lahir.
 - g) Memulai dan mendorong ibu selalu memberikan ASI pada bayinya.
 - h) Meyakinkan ibu bahwa ibu mampu memberikan ASI kepada bayinya.
2. Kunjungan Kedua 6 Hari Setelah Persalinan
- Tujuan Kunjungan:
- a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal yaitu uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan memastikan lochea normal.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tand-tanda penyulit.
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

3. Kunjungan Ketiga 2 Minggu Setelah Persalinan
Tujuan Kunjungan : sama dengan Kunjungan Kedua
4. Kunjungan Keempat 6 Minggu Setelah Persalinan
Tujuan Kunjungan:
 - a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang dialami begitupula dengan bayinya.
 - b) Memberikan konseling untuk kontrasepsi secara dini.

3.8 ASuhan Lanjutan Masa Nifas di Rumah

Prinsip pemberian asuhan lanjutan pada masa nifas di rumah meliputi asuhan postpartum di rumah berfokus pada pengkajian, penyuluhan dan konseling, penerimaan asuhan kebidanan di rumah, bidan dan keluarga dilakukan dalam suasana rileks dan kekeluargaan, perencanaan kunjungan rumah dan keamanan. Dua hal sebelumnya yaitu pengkajian, penyuluhan dan konseling serta pemberian asuhan kebidanan di rumah melibatkan keluarga.

1. Perencanaan kunjungan rumah meliputi:
 - a) Kunjungan rumah tidak lebih dari 24 – 48 jam setelah pasien pulang
 - b) Memastikan keluarga sudah mengetahui rencana kunjungan rumah dan waktu kunjungan bidan telah direncanakan bersama
 - c) Menjelaskan maksud dan tujuan kunjungan
 - d) Merencanakan tujuan yang ingin dicapai dan menyusun alat serta perlengkapan yang digunakan.

- e) Memikirkan cara untuk menciptakan dan mengembangkan hubungan baik dengan keluarga
 - f) Melakukan tindakan yang sesuai standar pelayanan kebidanan baik dengan keluarga.
 - g) Membuat pendokumentasian hasil kunjungan.
 - h) Menyediakan sarana telpon untuk tindak lanjut asuhan.
2. Keamanan pada saat kunjungan rumah meliputi:
- a) Mengetahui alamat lengkap pasien.
 - b) Memperhatikan keadaan sekitar lingkungan rumah pasien
 - c) Memberitahu rekan kerja ketika melakukan kunjungan rumah
 - d) Membawa Handphone sebagai alat komunikasi
 - e) Membawa senter ketika kunjungan malam hari
 - f) Memakai tanda pengenal dan mengenakan pakaian yang sopan
 - g) Waspada pada Bahasa tubuh yang diisyaratkan dari siapa saja yang ada selama kunjungan
 - h) Menunjukkan perasaan menghargai di setiap kesempatan
 - i) Saat perasaan tidak aman muncul, segeralah mengakhiri kunjungan.
3. Pelaksanaan Asuhan Masa Nifas di Rumah meliputi :
- ibu baru pulang dari rumah sakit, kunjungan postnatal rutin, dan pengamatan psikologi ibu.
- a) Ibu baru pulang dari Rumah Sakit: ibu baru pulang dari rumah sakit meliputi keputusan bersama antara tenaga kesehatan dengan ibu atau keluarga, bidan memberikan informasi tentang ringkasan proses persalinan, hasil dan informasi lain yang

relevan dan mengulang kembali bilamana diperlukan.

- b) Kunjungan Postnatal Rutin: meliputi kunjungan rumah minimal dilakukan 2 kali setiap hari, mengajarkan ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, menjarkan ibu untuk merawat diri sendiri, memberikan saran dan nasehat sesuai kebutuhan dan realistis. Bidan harus sabar dan telaten menghadapi ibu dan bayi serta melibatkan keluarga saat kunjungan rumah.
- c) Pengamatan pada Psikologi Ibu: bidan melakukan pengamatan psikologi ibu meliputi memberikan pendidikan kesehatan tanda bahaya masa nifas, bidan mengobservasi perilaku keluarga, meluangkan waktu untuk sharing dan keluarga, memberikan dukungan, perencanaan skrinning test dan memberikan penyuluhan sehubungan dengan kebutuhan pada masa nifas.

3.9 Tanda – Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

- 1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba melebihi 500 cc
- 2. Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk serta menyengat
- 3. Adanya rasa nyeri diperut bagian bawah atau punggung.
- 4. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric, atau terdapat masalah/ gangguan penglihatan.
- 5. Pembengkakan pada wajah dan tangan serta demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air kecil, atau merasa tidak enak badan.

6. Payudara yang berwarna kemerahan, panas, atau sakit.
7. Kehilangan selera makan untuk waktu yang sangat lama
8. Rasa sakit, warna merah, kelembutan atau pembengkakan pada kaki.
9. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri dan banyinya.
10. Merasa sangat letih atau bernapas terengah-engah.

3.10 Penyuluhan Masa Nifas

1. Gizi: pendidikan kesehatan gizi untuk ibu menyusui antara lain: konsumsi 500 kalori setiap hari, makan dengan diet seimbang, minum sedikitnya 3 liter air setiap hari, tablet besi harus diminum selama 40 hari pasca persalinan dan minum kapsul vitamin A (200.000 unit).
2. Suplemen Zat Besi dan Vitamin A: tambahan zat besi sangat penting dalam masa menyusui karena dibutuhkan untuk kenaikan sirkulasi darah dan sel, serta menambah sel darah merah (Hb) sehingga akan mengangkut oksigen mencukupi kebutuhan. Sumber zat besi antara lain: kuning telur, hati, daging, kerang, ikan, kacang-kacangan, sayuran hijau. Tujuan pemberian zat besi adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu nifas karena kebutuhan masa nifas meningkat. pemberian tablet vitamin A dosis 200.000 unit dimaksudkan agar ibu dapat memberikan

- vitamin A kepada bayinya melalui ASI supaya bayi tidak kekurangan vitamin A dan tetap sehat.
3. Kebersihan diri ibu dan bayi: mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air bersih. Menyarankan ibu unyuk mengganti pembalut minimal dua kali sehari. Menyarankan kepada ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka. Mencuci tangan setiap kali akan memegang bayi. Merawat tali pusat dengan cara menutup tali pusat dengan kasa kering dan bersih secara longgar, lipat popok dibawah sisa tali pusat. Jika tali pusat kotor bersihkan dengan air bersih. Jangan memberikan ramuan tradisional pada tali pusat karena dapat menyebabkan terjadinya infeksi. Mengganti popok bayi setiap kali penuh untuk mencegah infeksi jamur. Segera membersihkan kotoran bayi jika buang air besar. Memandikan bayi dengan air bersih.
 4. Istirahat: pendidikan kesehatan untuk ibu nifas dalam hal istirahat atau tidur meliputi; menganjurkan ibu untuk cukup istirahat, menyarankan ibu untuk kembali ke kegiatan rumah secara perlahan-lahan, menjelaskan pada ibu bahwa kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam jumlah ASI yang di produksi, memperlambat proses involusi uterus dan

memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi serta merawat dirinya sendiri.

5. Pemberian ASI: ASI mengandung semua bahan yang dibutuhkan bayi, mudah dicerna, memberi pelindungan terhadap infeksi, selalu segar dan siap diminum kapan saja. Wanita dianjurkan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama. Kolostrum merupakan makanan terbaik pada hari-hari pertama bayi, mengandung zat kekebalan. Usahakan agar dapat diberikan sesegera mungkin sekitar ja pertama setelah bayi lahir, kemudia setiap 2-3 jam sekali (paling sedikitnya setiap 4 jam), termasuk pada malam hari.
6. Senam Nifas: bidan harus menjelaskan kepada ibu pentingnya usaha membantu tubuh untuk kembali ke keadaan semula. Kehamilan menyebabkan otot perut, sekitar Rahim dan vagina teregang dan melemah. Olahraga beberapa menit dalam sehari akan mengencangka otot-otot tersebut dan akan mencegah nyeri punggung dan kurang bias menahan berkemih dikemudian hari. Dengan berolahraga secara eratur maka dalam 6-12 bulan otot – otot akan kembali normal.
7. Hubungan seksual dan keluarga berencana: secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri jika darah merah berhenti keluar dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa sakit. Usahakan untuk

membantu merencanakan keluarga berencana dengan memberikan informasi atau penyuluhan tentang cara ber KB.

DAFTAR PUSTAKA

- Wahida Yuliana & Bawon Nul Hakim. 2020. Emodemo Dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Sulawesi Selatan: Yayasan Ahmar Cendikia Indonesia.
- Luh Mertasari & Wayan Sugandhini. 2020. Asuhan Masa Nifas Dan Menyusui. Depok: PT Rajagrafindo Persada.
- Kasmiati. 2023. Asuhan Kebidanan Masa Nifas; Dilengkapi dengan Evidence Based Perawatan Luka Perineum Masa Nifas, vol. 135, no. 4.
- Lina Fitriani & Sry wahyuni. 2021. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Yogyakarta: Deepublish CV Budi Utama.
- Ni'matul Ulya, Dewi ANDariya, dkk. 2021. Buku Ajar Kebidanan Nifas dan Menyusui. Pekalongan Jawa Tengah: PT. Nasya Expanding Manajmenet.

BAB 4

ASUHAN KOMPREHENSIF BIDAN EVIDENCE BASED PADA BAYI DAN BALITA

Oleh Yully Asmariana

4.1 Pendahuluan

Setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI Eksklusif kepada Bayi yang dilahirkannya. Dalam upaya mendapatkan sumber daya manusia yang berkualitas sehingga derajat Kesehatan didapat setinggi-tingginya (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2022). Upaya yang dilakukan dalam mendukung penurunan angka kematian bayi dan balita dengan menekan masalah gizi yang cenderung meningkat. Masalah ini berkaitan dengan gaya hidup masyarakat serta perilaku gizi. Status gizi masyarakat akan baik apabila perilaku gizi yang baik dilakukan pada setiap tahap kehidupan termasuk pada Bayi (Kemenkes RI, 2024).

4.2 Asuhan Komprehensif yang diberikan pada Bayi dan Balita

Asuhan yang diberikan untuk bayi dan balita bertujuan untuk memberikan kenyamanan dan kualitas kesehatan yang lebih baik.

4.2.1 Pemberian ASI Eksklusif hingga usia 6 bulan

Air Susu Ibu (ASI) merupakan cairan hasil ekskresi kelenjar payudara ibu. ASI diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan/ atau mengganti dengan makanan dan minuman lainnya (Menkum, 2014). ASI merupakan makanan ideal untuk bayi, aman, bersih, dan mengandung antibodi yang membantu melindungi bayi dari berbagai penyakit umum pada masa kanak-kanak. ASI menyediakan semua energi dan nutrisi yang dibutuhkan bayi selama bulan-bulan pertama kehidupannya, kebutuhan nutrisi anak selama tahun kedua kehidupan (WHO, 2025).

Tujuan Pemberian ASI Eksklusif bertujuan untuk:

- 1) Memberikan hak pada bayi sampai usia 6 bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya.
- 2) Memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya
- 3) Meningkatkan peran dan dukungan keluarga terhadap pemberian ASI Eksklusif.

4.2.2 Pemberian ASI hingga usia 2 tahun

Saat ini penerapan pola pemberian makan terbaik untuk bayi sejak lahir sampai anak berumur 2 (dua) tahun tersebut belum dilaksanakan dengan baik khususnya dalam hal pemberian ASI Eksklusif. Beberapa kendala dalam hal pemberian ASI Eksklusif karena ibu tidak percaya diri bahwa dirinya mampu menyusui dengan baik sehingga mencukupi seluruh kebutuhan gizi Bayi. Hal ini antara lain disebabkan karena kurangnya pengetahuan ibu, kurangnya

dukungan keluarga serta rendahnya kesadaran masyarakat tentang manfaat pemberian ASI Eksklusif. Hal ini kurangnya dukungan tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan produsen makanan bayi untuk keberhasilan ibu dalam menyusui bayinya (Menkes RI, 2016).

WHO dan UNICEF merekomendasikan agar anak-anak mulai menyusui dalam jam pertama setelah lahir dan disusui secara eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupannya (artinya tidak ada makanan atau cairan lain yang diberikan, termasuk air). Bayi harus disusui sesuai permintaan yaitu sesering yang diinginkan, siang dan malam. Botol, dot, atau empeng tidak boleh digunakan (WHO, 2025).

4.2.3 Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP ASI) mulai usia 6 bulan

Suplemen gizi dalam bentuk makanan tambahan dengan formulasi khusus dan difortikasi dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada balita usia 6 bulan sampai 24 bulan. Makanan tambahan yang diberikan dapat berbentuk makanan keluarga berbasis pangan lokal dengan resep-resep yang dianjurkan (Menkes RI, 2016). Sejak usia 6 bulan, anak-anak harus mulai mengonsumsi makanan pendamping yang aman dan cukup sambil terus disusui hingga usia dua tahun atau lebih (WHO, 2025).

4.2.4 Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap Bagi Bayi

Vaksinasi dilakukan untuk mencegah lebih dari 20 penyakit yang mengancam jiwa, membantu orang-orang dari segala usia hidup lebih lama dan lebih sehat. Imunisasi saat ini mencegah 3,5 juta hingga 5 juta kematian setiap

tahun akibat penyakit seperti difteri, tetanus, pertusis, influenza, dan campak.

Imunisasi adalah kunci kebutuhan kesehatan primer, hak asasi manusia dan salah satu investasi kesehatan terbaik yang tidak dapat dibeli dengan uang. Vaksin berguna untuk pencegahan dan pengendalian wabah penyakit menular. Vaksin mendukung keamanan kesehatan global dan merupakan alat penting dalam perang melawan resistensi antimikroba.

Pandemi COVID-19 membebani sistem kesehatan, yang mengakibatkan kemunduran yang dramatis. Data terbaru untuk cakupan imunisasi difteri-pertusis-tetanus (DTP) menggaris bawahi perlunya upaya mengejar ketertinggalan, pemulihan, dan penguatan sistem secara berkelanjutan. Campak, karena penularannya yang tinggi, dengan cepat mengungkap kekebalan. Pada tahun 2023, dosis pertama vaksin campak rutin terlewat oleh 22 juta anak – jauh dari tingkat tahun 2019 yang mencapai 19,3 juta anak.

Vaksin melatih sistem imun Anda untuk membuat antibodi, sama seperti saat terkena penyakit. Namun, karena vaksin hanya mengandung kuman yang telah dimatikan atau dilemahkan seperti virus atau bakteri, vaksin tidak menyebabkan penyakit atau membuat Anda berisiko mengalami komplikasi (WHO, 2024)

Vaksinasi merupakan salah satu strategi yang hemat biaya untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas anak. Peningkatan cakupan imunisasi lebih lanjut akan menghentikan sekitar 1,5 juta kematian tambahan di seluruh dunia. Memahami tingkat imunisasi di kalangan

anak-anak sangat penting untuk merancang intervensi yang tepat (Tamirat and Sisay, 2019).

Cakupan imunisasi lengkap di Ethiopia jauh lebih rendah dari pada target global. Istri dan bertempat tinggal di pedesaan memiliki hubungan negatif dengan imunisasi lengkap. Sebaliknya, pendidikan ibu yang lebih tinggi, pekerjaan, status ekonomi menengah dan kaya, tindak lanjut ANC, dan persalinan di fasilitas kesehatan memiliki hubungan positif dengan imunisasi lengkap pada anak usia 12–23 bulan. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan pendidikan kesehatan dan perluasan layanan ke daerah terpencil diperlukan untuk meningkatkan akses imunisasi (Tamirat and Sisay, 2019).

Imunisasi merupakan program global dalam mensukseskan kesehatan global, dalam menyelamatkan jutaan nyawa setiap tahun. Vaksin mengurangi risiko tertular penyakit dengan bekerja sama dengan pertahanan alami tubuh anda untuk membangun perlindungan. Saat anda mendapatkan vaksin, sistem kekebalan tubuh merespons.

Intervensi yang paling efektif untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin. Meskipun pemerintah Indonesia telah memasukkan beberapa vaksinasi anak dalam Program Imunisasi Nasional (PIN), jumlah anak yang tidak divaksinasi atau yang divaksinasi sebagian masih tinggi. Studi observasional ini bertujuan untuk mengetahui kelengkapan imunisasi anak dan faktor-faktor yang mempengaruhinya di Indonesia.

Persentase vaksinasi lengkap tertinggi adalah polio, tuberkulosis, dan DPT. Anak-anak yang tinggal di Sumatera dan Kalimantan lebih mungkin untuk mendapatkan imunisasi lengkap, dengan OR masing-masing 0,6 (95%CI 0,48–0,74) dan 0,54 (0,37–0,80). Anak-anak yang tinggal di daerah perkotaan, memiliki ibu yang menerima vaksin tetanus selama kehamilan, memiliki ibu dengan tingkat pendidikan dan asuransi kesehatan yang lebih tinggi, memiliki ayah berusia 41–50 tahun, dan tinggal dengan sejumlah besar anggota keluarga lebih mungkin untuk mendapatkan imunisasi lengkap ($p < 0,05$) (Sinuraya *et al.*, 2024).

4.2.5 Pemberian Vitamin A

Pemberian vitamin A dilakukan satu kali usia 6 bulan sampai 11 bulan dalam setahun diberikan 2 kali untuk anak usia 12 bulan – 60 bulan. Vitamin A merupakan komponen penting dari berbagai senyawa yang larut dalam lemak, termasuk retinol, retinyl palmitate, dan β -karoten. Senyawa-senyawa ini penting untuk penglihatan, diferensiasi sel, integritas epitel, fungsi imun, dan regulasi gen.

Kekurangan vitamin A hanya dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan kadar vitamin A dalam darah di laboratorium yang hasilnya menunjukkan bahwa kadar vitamin A dalam darah rendah. Kurang vitamin A dapat berdampak pada perkembangan organ penglihatan pada anak. Kekurangan vitamin A pada anak usia 2-3 tahun dapat menyebabkan kebutaan (Winarsih, 2019).

Vitamin A diperoleh dari sumber makanan sebagai vitamin A yang telah terbentuk sebelumnya yang ditemukan dalam produk hewani dan karotenoid provitamin A dalam makanan nabati. Kedua bentuk ini harus diubah menjadi asam retinal dan retinoat untuk aktivitas biologis. Kekurangan vitamin A menyebabkan masalah seperti xerophthalmia dan peningkatan morbiditas anak-anak yang merupakan masalah kesehatan masyarakat global. Asupan yang berlebihan menyebabkan hipervitaminosis A, dengan efek kesehatan akut dan kronis. Kontraindikasi meliputi kehamilan, menyusui, dan penyakit hati atau ginjal.

Vitamin A untuk memastikan penggunaannya yang aman dan efektif dalam praktik klinis. Kegiatan ini menyoroti kolaborasi antara penyedia layanan kesehatan, mempromosikan pendekatan interprofesional untuk mengoptimalkan terapi vitamin A, meminimalkan risiko, meningkatkan hasil klinis, dan memastikan pendidikan dan perawatan pasien yang efektif melalui kerja tim. Suplementasi merupakan intervensi utama yang secara signifikan mengurangi morbiditas dan mortalitas anak akibat penyakit yang dapat dicegah di negara-negara dengan tingkat mortalitas tinggi di antara anak-anak berusia 5 tahun atau lebih muda. Suplementasi vitamin A dianggap sebagai salah satu strategi yang paling hemat biaya untuk meningkatkan tingkat kelangsungan hidup anak.

Pada pasien dengan kekurangan vitamin A, suplementasi vitamin A digunakan untuk mengobati campak. Vitamin A digunakan untuk mengobati xerophthalmia dan malnutrisi berat serta untuk mencegah defisiensi pada wanita hamil yang tinggal di daerah endemik

kekurangan vitamin A. Pengobatan xerophthalmia sangat penting, karena merupakan salah satu dari sedikit penyakit yang disebabkan oleh kekurangan vitamin yang telah mencapai tingkat epidemi. Respons klinis terhadap suplementasi vitamin A untuk xerophthalmia sudah mapan dan dapat mencegah rabun senja, masalah yang signifikan di negara-negara berkembang (Sahile *et al.*, 2020).

Penelitian sebelumnya belum memberikan bukti yang cukup untuk menunjukkan korelasi yang kuat antara vitamin A dan pencegahan kanker di semua populasi. Pada populasi yang cukup vitamin A, suplementasi belum menunjukkan manfaat tambahan untuk pencegahan kanker. Namun, pada populasi yang mengalami kekurangan vitamin A, seperti orang yang kekurangan gizi atau ketergantungan tembakau, suplementasi dapat membantu mengurangi kejadian kanker (Dawson, 2020). Sebuah meta-analisis menemukan bahwa individu dengan tuberkulosis memiliki kadar vitamin A dan D yang rendah, dengan kekurangan vitamin D diidentifikasi sebagai faktor risiko potensial (Zhou *et al.*, 2024).

4.2.6 Pertumbuhan, Perkembangan serta Pola Pengasuhan

Pemantauan pertumbuhan pada anak usia 0 – 72 bulan melalui penimbangan berat badan setiap bulan, dan pengukuran tinggi badan setiap 3 (tiga) bulan serta pengukuran lingkar kepala sesuai jadwal. Pemantauan perkembangan dilakukan melalui kegiatan stimulasi, deteksi dini dan intervensi dini tumbuh kembang setiap 3 (tiga) bulan pada anak usia 0 (nol) sampai 12 bulan dan setiap 6 (enam) bulan pada anak usia 12 (dua belas) sampai 72

(tujuh puluh dua) bulan. Pemantauan gangguan tumbuh kembang dilakukan sesuai jadwal umur skrining. Pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan gangguan tumbuh kembang diarahkan untuk meningkatkan kesehatan fisik, kognitif, mental, dan psikososial anak (Kemenkes RI, 2024).

Pengasuhan anak dimulai dengan mengetahui aspek-aspek kemampuan sensorik, motorik dan kognitif. Kemampuan sensorik seperti mendengar, melihat, meraba, merasakan dan mencium. Sedangkan kemampuan motorik pada gerakan kasar, halus dan kompleks, kemampuan komunikasi dan interaksi (seperti senyum, menangis dan berbicara). Aspek kognitif dinilai dari kemampuan mengenali, membandingkan, mengingat, memecahkan masalah, kecerdasan, ketrampilan sosial, kemandirian, kreativitas, serta perkembangan moral dan spiritual meliputi adat, budaya dan agama (Kementrian Kesehatan, 2024).

Nuraisyiah & Atikah (2023), menyatakan bahwa perkembangan motorik kasar pada usia 3 tahun dimulai dengan gerakan sederhana seperti melompat, meloncat, berlari dan ini menunjukkan rasa bangga dan prestasi. Usia 4 tahun melakukan gerakan yang sama seperti usia 3 tahun tetapi sudah berani mengambil tindakan risiko seperti naik tangga dengan satu kaki kemudian turun dengan cara yang sama dan memperhatikan waktu pada setiap langkahnya. Usia tahun kepercayaan diri dengan mencoba berkompetensi dengan teman sebaya atau orang tuanya.

Menurut Kim & Kochanska (2000) menyatakan bahwa kepatuhan anak berusia 37-60 bulan lebih tinggi dan interaksi apabila dilakukan orang tua. Orang tua diberikan

kesempatan untuk lebih memahami dan mengarahkan perkembangan perilaku anak secara mendalam. Interaksi memungkinkan orang tua lebih responsif terhadap emosional dan sosial pada anak-anak dari waktu ke waktu (Istiqomah *et al.*, 2025).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Desa Gintung Cilejet, Kecamatan Parung Panjang, Kota Bogor (2021) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pola asuh orang tua dengan tumbuh kembang balita. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa anak dengan pola asuh yang baik memiliki peluang 6 kali lebih besar untuk mendapatkan tumbuh kembang yang baik dibandingkan dengan balita yang diasuh dengan pola asuh yang kurang baik. Semakin baik pola asuh yang diterapkan pada anak maka semakin baik pula perkembangan anak tersebut. Pola asuh seperti ini akan menghasilkan anak yang mandiri, memiliki perkembangan kepribadian sosial dan emosional yang baik seperti memiliki ciri-ciri mandiri karena telah belajar bernegosiasi, memiliki hubungan yang baik dengan teman, mampu mengendalikan diri, mampu mengatasi stres, dan bersikap kooperatif.

Pola asuh aktif dan responsif, orang tua terlibat dalam proses pengasuhan dan mengetahui pola asuh yang baik yaitu responsif terhadap keinginan dan kemampuan anak namun tetap memperhatikan figur otoritasnya, akan menghasilkan anak dengan perkembangan yang sesuai dengan usianya, salah satunya pada aspek personal dan sosial anak agar memiliki ciri-ciri mandiri, kooperatif, bertanggung jawab, dan lain sebagainya. Jadi berdasarkan hasil penelitian ini bahwa pola asuh berpengaruh terhadap

perkembangan anak usia balita, dengan adanya pola asuh yang baik akan menjadikan anak menjadi lebih berkembang, sehingga pertumbuhan dan perkembangannya akan optimal (Pauji, 2023).

4.2.7 Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

MTBS dalam kegiatan di lapangan yang merupakan suatu sistem yang mempermudah pelayanan dalam upaya peningkatan mutu.

a. Input

Penilaian balita sakit datang bersama keluarga diberikan status pengobatan dan formulir MTBS

b. Proses

Proses penilaian diawali dengan melakukan pemeriksaan tanda bahaya umum dengan Segitiga Asesmen Gawat Anak (SAGA) dengan melakukan pemeriksaan 5 kondisi penampilan, 4 usaha napas dan 3 sirkulasi. Penilaian dilakukan pada kunjungan pertama atau kunjungan ulang untuk pelayanan selanjutnya.

Penilaian dilakukan dengan melakukan pemeriksaan tanda bahaya umum dengan segitiga asesmen. Gawat Anak (SAGA) yaitu SAGA dilakukan dengan memeriksa 5 kondisi penampilan, 4 usaha napas, dan 3 sirkulasi. Penilaian dilakukan pada kunjungan pertama, atau kunjungan ulang, gunakan petunjuk pada pelayanan tindak lanjut. Untuk 5 kondisi klasifikasi diantaranya:

- 1) Kasus Kegawatan
 - a) Gagal Jantung paru
 - b) Penyakit Sangat Berat
 - c) Stabil
- 2) Diare
 - a) Untuk Dehidrasi: diare dehisrasi berat, ringan/ sedang dan tanpa dehidrasi.
 - b) Dan jika Diare 14 hari atau lebih: diare persisten
 - c) Dan jika ada darah dalam tinja: disentri.
- 3) Demam
 - a) Endemis malaria Tinggi atau Rendah: penyakit berat dengan demam, malaria dan demam mungkin bukan malaria
 - b) Non Endemis malaria dan tidak ada Riwayat berpergian ke daerah endemis malaria: penyakit berat dengan demam, demam bukan malaria
- 4) Infeksi Dengue
 - a) Dengue Berat
 - b) Dengue Warning Signs
 - c) Dengue Tanpa Warning Signs
- 5) Telinga
 - a) Mastoiditis
 - b) Infeksi Telinga Akut
 - c) Infeksi Telinga Kronis
 - d) Tidak Ada infeksi Telinga
- 6) Anemia
 - a) Anemia Berat ($Hb < 7$ gr/dl
 - b) Anemia $7 - < 10$ gr/dl
 - c) Tidak anemia

7) HIV

- a) Infeksi HIV Terkonfirmasi
- b) Terpajan HIV
- c) Mungkin bukan Infeksi HIV

Menilai masalah/ keluhan lain: Pastikan bahwa setiap anak dengan tanda bahaya umum apa pun harus dirujuk setelah mendapatkan tindakan pra rujukan

c. Output

Tindakan/ Pengobatan:

- 1) Lakukan Bantuan Hidup Dasar (BHD) dan rujuk segera
- 2) Tindakan/ pengobatan dan rujuk segera
- 3) Tidak perlu tindakan (Kemenkes RI, 2024).

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik Indonesia (2022) *Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2022*. Edited by I.E. Harahap. Jakarta: @ Badan Pusat Statistik, Jakarta-Indonesia.
- Dawson, M.. (2020) 'The importance of vitamin A in nutrition', *National Library of Medicine* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/DOI:10.2174/1381612003401190>.
- Istiqomah, N. *et al.* (2025) 'Utilization of Toddler Development Stimulation Videos in Improving Developmental Milestones', *Berita Ilmu Keperawatan*, 18(1). Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.23917/bik.v18i1.7512>.
- Kemendes RI (2024) *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta.
- Kemendagri Kesehatan, R. (2024) *Profil Indonesia Sehat Tahun 2023*. Available at: https://kemkes.go.id/app_asset/file_content_download/172231123666a86244b83fd8.51637104.pdf.
- Menkes RI (2016) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2016 Tentang Standar Produk Suplementasi Gizi'. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/114009/permenkes-no-51-tahun-2016>.
- Menkum, R. (2014) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak'.

- Pauji, R. (2023) 'The Relationship between Parenting, Information Sources, and Nutrition on Growth and Development in Toddlers Aged 1-5 Years in Gintung Village, Cileje', *Indonesian Scholar Journal of Nursing and Midwifery Science (ISJNMS)*, 2(11), pp. 978–986. Available at: <https://doi.org/10.54402/isjnms.v2i11.369>.
- Sahile, Z. *et al.* (2020) 'Prevalence of Vitamin A Deficiency among Preschool Children in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis', *National Library of Medicine* [Preprint]. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7073500/>.
- Sinuraya, R.K. *et al.* (2024) 'Comprehensive childhood vaccination and its determinants: Insights from the Indonesia Family Life Survey (IFLS)', *Journal of Infection and Public Health*, 17(3), pp. 509–517. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jiph.2024.01.007>.
- Tamirat, K.S. and Sisay, M.M. (2019) 'Full immunization coverage and its associated factors among children aged 12-23 months in Ethiopia: Further analysis from the 2016 Ethiopia demographic and health survey', *BMC Public Health*, 19(1), pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7356-2>.
- WHO (2024) *Vaccines and immunization*. Available at: https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1 (Accessed: 23 March 2025).
- WHO (2025) *Breastfeeding*. Available at: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2 (Accessed: 27 March 2025).

Winarsih (2019) *Pengantar Ilmu Gizi Dalam Kebidanan*.
Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Zhou, Y. *et al.* (2024) 'Association of variant vitamin statuses and tuberculosis development: a systematic review and meta-analysis', *National Library of Medicine* [Preprint]. Available at:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11370680/>
.

BAB 5

ASUHAN KEBIDANAN PADA REMAJA

Oleh Dina Ayuning Tyas

5.1 Pendahuluan

Remaja merupakan fase kehidupan individu yang ditandai dengan pencarian jati diri melalui proses eksplorasi psikologis. Tahap ini merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju dewasa, di mana remaja mulai membentuk konsep diri yang lebih abstrak dan unik. Pada fase ini, mereka mulai menilai diri sendiri dan menetapkan standar pribadi, meskipun kemampuan untuk membandingkan diri dengan orang lain secara sosial masih dalam tahap perkembangan.

Ciri khas remaja adalah kecenderungan meniru apa yang mereka lihat dari lingkungan sekitarnya, termasuk perilaku dan situasi sosial. Selain itu, mereka juga memiliki kebutuhan khusus dalam hal kesehatan reproduksi dan seksual, yang sifatnya sangat beragam antar individu.

Laporan kedua WHO mengenai kesehatan dan kesejahteraan remaja menegaskan bahwa kebutuhan remaja bersifat kompleks dan mencakup berbagai dimensi. WHO juga terus melakukan berbagai intervensi untuk menjawab

kebutuhan tersebut. Saat ini, terdapat sekitar 1,3 miliar remaja di dunia, atau sekitar 16% dari populasi global, yang berusia antara 10 hingga 19 tahun. Selama dua dekade terakhir, angka kematian remaja secara global telah menurun, terutama di kalangan remaja perempuan usia 15–19 tahun. Namun, pencapaian ini belum merata di seluruh wilayah dan kelompok masyarakat.

Di Indonesia, remaja mencakup sekitar 17% populasi, atau sekitar 46 juta jiwa. Penyebab utama kematian remaja di Indonesia antara lain kecelakaan lalu lintas, tuberkulosis (TB), kekerasan antar individu, tenggelam, dan diare. Sementara itu, faktor yang paling banyak menyebabkan kehilangan tahun hidup sehat (disability-adjusted life years/DALYs) di kalangan remaja meliputi kecelakaan lalu lintas, penyakit kulit, gangguan perilaku masa kanak-kanak, TB, dan gangguan kecemasan.

Data terbaru menunjukkan tren peningkatan perilaku merokok di kalangan pelajar usia 13–17 tahun, dari 12,5% pada 2015 menjadi 17,8% pada 2023. Sekitar 13% dari pelajar di kelompok usia ini juga dilaporkan menggunakan rokok elektronik. Selain itu, angka pelajar yang pernah berpikir untuk bunuh diri meningkat dari 5,4% pada 2015 menjadi 8,5% pada 2023, menandakan meningkatnya kebutuhan akan layanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial yang lebih memadai.

Laporan global WHO ini juga menggambarkan berbagai inisiatif WHO untuk memperkuat kesehatan remaja di berbagai level. Di Indonesia, upaya peningkatan kesehatan remaja telah diintegrasikan dalam berbagai program

nasional dan menjadi bagian dari Strategi Kerja Sama Negara WHO untuk Indonesia periode 2023–2027.

5.2 Remaja

5.2.1 Pengertian Remaja

Istilah "remaja", yang merujuk pada masa transisi dari anak-anak ke dewasa, dikenal dengan berbagai nama. Dalam bahasa Inggris digunakan kata *puberty*, dalam bahasa Belanda *puberteit*, dan dalam bahasa Latin *pubertas*. Selain itu, ada juga istilah *adolescentia* dari bahasa Latin yang berarti masa muda, serta *pubescence*, yang berasal dari kata *pubis*, merujuk pada tumbuhnya rambut kemaluan merupakan tanda bahwa masa kanak-kanak telah berakhir dan seseorang mulai memasuki tahap kematangan seksual. Di Indonesia, beragam istilah ini sering dipakai secara bergantian dalam berbagai literatur (Rumini & Sundari, 2004).

Menurut Hurlock (1994), secara etimologis kata "remaja" berasal dari kata Latin *adolescence*, yang diturunkan dari *adolescere* yang berarti tumbuh atau menjadi dewasa, serta bentuk nomina *adolescentia*, yang menunjukkan periode remaja. Kini, pengertian *adolescence* telah berkembang mencakup berbagai aspek, termasuk kedewasaan secara fisik, emosional, mental, dan sosial.

Secara umum, remaja adalah fase peralihan dari masa kanak-kanak menuju kedewasaan. WHO menetapkan rentang usia remaja antara 12 hingga 24 tahun. Namun, apabila seseorang menikah di usia ini, ia dianggap telah

memasuki masa dewasa. Sebaliknya, seseorang yang telah melampaui usia tersebut tetapi masih bergantung pada orang tua bisa tetap dikategorikan sebagai remaja.

Remaja dapat didefinisikan dari tiga sudut pandang, yaitu:

1. **Dari segi usia**, remaja mencakup individu berumur sekitar 11–12 tahun hingga 20–21 tahun.
2. **Dari aspek fisik**, masa remaja ditandai oleh perubahan penampilan tubuh dan fungsi fisiologis, terutama yang berkaitan dengan aktivitas kelenjar kelamin.
3. **Dari sisi psikologis**, remaja merupakan periode terjadinya perubahan dalam hal berpikir, emosi, hubungan sosial, dan nilai moral, yang menandai peralihan dari masa kanak-kanak menuju kedewasaan.

Masa remaja merupakan tahapan transisi antara anak-anak dan orang dewasa, yang melibatkan perubahan besar di bidang biologis, psikologis, serta sosial dan budaya. Menurut WHO, remaja dimulai dengan munculnya tanda-tanda pubertas dan berlangsung hingga individu mencapai kematangan seksual dan kemampuan reproduksi, serta pembentukan identitas diri dan pergeseran dari ketergantungan ekonomi-sosial ke arah kemandirian. Pubertas dijadikan sebagai tanda awal fase remaja secara biologis, meski tidak terdapat batas biologis yang pasti untuk menentukan kapan masa remaja berakhir. Oleh karena itu, peristiwa sosial seperti pernikahan sering dijadikan patokan masuknya seseorang ke masa dewasa.

Secara keseluruhan, masa remaja merupakan bagian penting dalam proses pertumbuhan dan perkembangan, ditandai dengan percepatan pertumbuhan serta perubahan fisik dan psikologis. Pada masa ini, remaja berisiko mengalami masalah psikososial, yaitu gangguan kejiwaan atau psikologis yang dipicu oleh perubahan sosial yang mereka alami (Iskandarsyah, 2006). Masa remaja memiliki peran krusial dalam kehidupan karena menjadi titik transisi dari masa anak-anak yang bebas menuju fase dewasa yang penuh dengan tanggung jawab.

5.2.2 Klasifikasi Usia

WHO mendefinisikan remaja (*adolescence*) sebagai kelompok usia antara 10 hingga 19 tahun. Sementara itu, PBB mengklasifikasikan *kaum muda* (*youth*) sebagai individu yang berusia 15 hingga 24 tahun. Di Amerika Serikat, The Health Resources and Services Administration (HRSA) menetapkan rentang usia remaja antara 11 sampai 21 tahun, yang dibagi menjadi tiga fase: remaja awal (11–14 tahun), remaja pertengahan (15–17 tahun), dan remaja akhir (18–21 tahun). Ketiga kelompok ini sering disatukan dalam istilah "kaum muda" (*young people*). Perbedaan rentang usia ini mencerminkan variasi budaya dan tujuan penggunaan istilah tersebut.

Di Indonesia, definisi usia remaja juga bervariasi. Sejumlah studi mengenai kesehatan reproduksi remaja menyebutkan bahwa remaja berada dalam rentang usia 15 hingga 24 tahun. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menggunakan rentang usia 10–24 tahun. Sementara itu, Departemen Kesehatan RI dalam program-programnya menetapkan usia remaja antara 10 sampai 19

tahun. Dalam pandangan masyarakat umum, remaja biasanya dianggap sebagai individu yang belum menikah dan berusia sekitar 13 hingga 16 tahun, atau mereka yang duduk di bangku SMP dan SMA.

Kementerian Kesehatan RI melalui Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 menetapkan usia remaja antara 10 hingga 18 tahun. Masa remaja dipandang sebagai tahap peralihan penting dari masa anak-anak menuju dewasa, yang ditandai oleh perubahan besar secara fisik, psikologis, dan sosial. Kemenkes juga menegaskan pentingnya menjaga kesehatan remaja melalui pola makan yang seimbang serta aktivitas fisik yang teratur.

5.3 Ciri- Ciri Masa Remaja

Menurut Hurlock (1994), masa remaja memiliki sejumlah karakteristik penting, yaitu:

a. Periode yang signifikan

Remaja merupakan fase penting dalam kehidupan seseorang, karena perubahan fisik dan psikologis yang terjadi di masa ini dapat berdampak besar, baik dalam jangka pendek maupun panjang.

b. Tahap transisi

Masa remaja adalah fase peralihan antara masa kanak-kanak dan dewasa, yang tidak sepenuhnya terlepas dari pengalaman masa sebelumnya, melainkan menjadi kelanjutan dalam proses perkembangan individu.

c. Fase penuh perubahan

Perubahan besar terjadi pada sikap dan perilaku remaja, yang sejajar dengan perubahan fisik yang mereka alami. Lima perubahan utama antara lain: meningkatnya emosi akibat perubahan hormon, transformasi tubuh, minat, serta peran sosial yang menimbulkan tantangan baru; perubahan nilai dan perilaku; perasaan ambivalen terhadap perubahan yang mereka alami — mereka menginginkan kebebasan tetapi takut akan konsekuensinya.

d. Masa penuh tantangan

Remaja sering dihadapkan pada berbagai masalah yang belum mereka kuasai. Berbeda dari masa kanak-kanak di mana orang tua atau guru yang banyak membantu, remaja merasa perlu menyelesaikan masalah sendiri meski merasa belum siap.

e. Pencarian jati diri

Pada awal remaja, mereka cenderung mengikuti kelompok, namun seiring waktu, dorongan untuk menjadi pribadi yang berbeda dan unik makin menguat. Proses ini sering kali memicu konflik identitas.

f. Fase yang menimbulkan kekhawatiran

Stereotip negatif terhadap remaja, seperti dianggap tidak disiplin, tidak dapat diandalkan, atau berperilaku menyimpang, membuat orang dewasa merasa cemas terhadap kelompok usia ini.

g. Pandangan yang idealis namun tidak realistis

Remaja kerap memiliki cita-cita tinggi yang tidak selalu sesuai kenyataan. Ketika harapan tidak terpenuhi, mereka bisa menjadi frustrasi, marah, atau emosional.

h. Gerbang menuju kedewasaan

Masa remaja menjadi jembatan menuju masa dewasa, namun transisi ini sering membuat mereka bingung dalam menentukan cara bersikap. Beberapa mencoba menunjukkan kedewasaan secara prematur, misalnya dengan mengonsumsi alkohol, menggunakan narkoba, atau melakukan hubungan seksual.

Selain ciri-ciri di atas, menurut Lubis (2016), terdapat beberapa ciri khas lainnya yang muncul akibat perubahan fisik dan psikologis:

a. Lonjakan emosi

Pada masa remaja awal, emosi meningkat drastis karena perubahan hormonal, menciptakan masa yang penuh tekanan dan ketegangan. Remaja dihadapkan pada ekspektasi untuk mulai bersikap mandiri dan bertanggung jawab.

b. Pertumbuhan fisik yang cepat dan kematangan seksual

Perubahan sistem tubuh seperti pernapasan dan sirkulasi, serta perubahan penampilan luar seperti tinggi dan berat badan, dapat memengaruhi persepsi remaja terhadap diri mereka sendiri. Kematangan seksual juga memicu perasaan tidak percaya diri.

c. Perubahan minat dan relasi social

Minat remaja bergeser dari hal-hal yang disukai saat kanak-kanak ke arah yang lebih dewasa. Mereka mulai tertarik pada lawan jenis dan membangun hubungan lebih kompleks, termasuk dengan orang dewasa.

d. Perubahan nilai

Nilai-nilai lama yang dianut semasa anak-anak mulai ditinggalkan karena tidak lagi sesuai dengan realitas usia mereka. Meski menginginkan kebebasan, banyak remaja juga merasa takut terhadap tanggung jawab yang menyertainya dan tidak yakin akan kemampuannya untuk menghadapinya.

5.4 Ciri Kejiwaan dan Psikososial Remaja

5.4.1 Usia Remaja Muda (12-15 tahun)

a. Sikap Menentang Orang Tua

Pada masa remaja, individu sering kali tidak sejalan dengan nilai-nilai yang dianut oleh orang tua mereka. Hal ini muncul sebagai bagian dari upaya pencarian jati diri, yang kerap disertai dengan jarak emosional dari keluarga. Dalam proses ini, remaja lebih tertarik untuk mencari panutan di luar lingkungan keluarga, seperti guru, tokoh dalam film, atau idola mereka.

b. Perhatian Berlebihan pada Penampilan Fisik

Karena tubuh mengalami perubahan drastis pada masa ini, remaja menjadi sangat fokus pada kondisi

fisik mereka. Penampilan menjadi salah satu perhatian utama dalam membentuk citra diri.

c. Kebersamaan dengan Teman Sebaya

Remaja cenderung mencari kedekatan dengan kelompok teman seumuran yang mengalami hal-hal serupa. Keterikatan ini menjadi bagian penting dalam pembentukan identitas sosial mereka dan tampak dalam pola interaksi sehari-hari.

d. Perkembangan Kemampuan Berpikir

Pada fase ini, remaja mulai menunjukkan pemikiran yang lebih kompleks dan reflektif. Hal ini tampak dalam kecenderungan mereka untuk terlibat dalam diskusi yang membantu membangun rasa percaya diri dan mempertajam argumen.

e. Perilaku yang Tidak Stabil

Remaja sering menunjukkan perilaku yang berubah-ubah. Di satu sisi, mereka dapat bertindak dewasa dan bertanggung jawab, tetapi di sisi lain, mereka bisa menjadi cuek dan tidak konsisten. Ketidakstabilan ini merupakan cerminan dari konflik batin yang mereka alami, dan memerlukan pendekatan yang penuh pengertian.

5.4.2 Usia remaja Penuh

Keinginan remaja untuk mengambil jarak dari orang tua mulai terwujud. Mereka mulai menikmati rasa kebebasan, meskipun hal tersebut terkadang menimbulkan rasa tidak nyaman. Pada saat yang sama, muncul pula kebutuhan emosional untuk membangun hubungan cinta yang stabil dengan orang lain.

5.5 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

5.5.1 Aspek Pertumbuhan Remaja

Fungsi fisiologis seseorang sangat dipengaruhi oleh lingkungan sekitar dan asupan nutrisi. Faktor lingkungan dapat mempercepat terjadinya perubahan fisiologis secara signifikan. Proses ini dikendalikan oleh dua organ utama, yaitu hipotalamus dan kelenjar hipofisis. Saat kedua organ tersebut aktif, mereka merangsang tiga kelenjar penting: kelenjar tiroid, adrenal, dan kelenjar reproduksi. Ketiga kelenjar ini saling berinteraksi dan bekerja secara sinergis dengan faktor genetik dan kondisi lingkungan.

Tabel 5. 2. Perubahan-perubahan yang dipengaruhi oleh hormon

Jenis Perubahan	Perempuan	Laki-laki
Hormon	Estrogen dan Progesteron	Testosteron
Tanda	Menstruasi	Mimpi basah
Perubahan Fisik	- Terjadi peningkatan tinggi badan - Rambut mulai tumbuh di area kemaluan dan ketiak - Tekstur kulit menjadi lebih lembut - Suara mengalami perubahan menjadi lebih tinggi dan	- Rambut mulai tumbuh di area kemaluan, kaki, tangan, dada, ketiak, dan wajah, serta mulai muncul kumis, jambang, dan bulu ketiak - Suara menjadi lebih berat atau terdengar seperti suara

Jenis Perubahan	Perempuan	Laki-laki
	lembut Payudara mulai mengalami pembesaran Area pinggul menjadi lebih lebar Bentuk paha menjadi lebih bulat Mulai mengalami siklus menstruasi	bariton Tubuh mulai berkembang dengan peningkatan massa otot, terutama di bagian bahu dan dada Terjadi peningkatan berat dan tinggi badan Testis mengalami pembesaran dan saat terangsang dapat menghasilkan sperma Mulai mengalami ejakulasi spontan saat tidur (mimpi basah)

Sumber : (Fikawati, Sandra : 2020)

5.5.2 Aspek perkembangan Remaja

Dalam perkembangan remaja, terdapat dua pendekatan utama: **nature** dan **nurture**. Pendekatan *nature* melihat masa remaja sebagai fase penuh gejolak dan

tekanan, yang muncul akibat perubahan-perubahan signifikan dalam diri individu. Sebaliknya, pendekatan *nurture* menekankan bahwa tidak semua remaja harus mengalami masa yang penuh tekanan. Pengalaman mereka sangat dipengaruhi oleh pola pengasuhan serta lingkungan sosial tempat mereka tumbuh.

5.5.3 Perkembangan Sosial

Salah satu tantangan utama yang dihadapi remaja adalah percampuran antara perilaku anak dan perilaku dewasa. Remaja perlu beradaptasi dengan peran orang dewasa sambil melepaskan peran mereka sebagai anak-anak. Selain itu, mereka juga harus menyesuaikan diri dengan tuntutan peran dewasa yang ada di luar keluarga dan sekolah.

5.5.4 Perkembangan Emosi

Beberapa ciri perkembangan emosi pada masa ini antara lain:

- a. Emosi menjadi lebih mudah terpicu dan sering kali diekspresikan dengan intensitas yang tinggi.
- b. Perubahan emosional biasanya berlangsung cukup lama sebelum akhirnya kembali ke kondisi awal, yaitu sebelum emosi itu muncul.
- c. Jenis-jenis emosi menjadi lebih beragam, namun batasan antar emosi semakin kabur.
- d. Terkadang, emosi bisa bercampur dan sulit untuk dikenali, membuat remaja merasa bingung dengan perasaan mereka sendiri, seperti perasaan cinta dan benci yang muncul bersamaan.

- e. Ketertarikan terhadap lawan jenis mulai berkembang, disertai dengan emosi seperti cinta, kasih sayang, cemburu, dan lain-lain.
- f. Remaja sangat sensitif terhadap pandangan orang lain terhadap mereka, yang membuat mereka mudah tersinggung dan merasa malu. Hal ini sangat berkaitan dengan perkembangan konsep diri mereka.

5.5.5 Perkembangan Kognitif

Menurut teori perkembangan kognitif yang dikemukakan oleh Piaget, remaja berada pada tahap operasional formal, di mana mereka mulai mampu berpikir secara abstrak dan logis. Pada tahap ini, remaja dituntut untuk mempertimbangkan berbagai kemungkinan dalam menyelesaikan masalah serta bertanggung jawab atas keputusan yang diambil. Seiring dengan perkembangan kognitif ini, umumnya remaja menunjukkan beberapa ciri perilaku berikut:

a. Bersikap kritis

Remaja cenderung menuntut penjelasan yang rasional dan masuk akal, sehingga mereka sering mempertanyakan kembali aturan-aturan yang sebelumnya diterima begitu saja.

b. Memiliki rasa ingin tahu yang tinggi

Pertumbuhan kemampuan intelektual mendorong timbulnya keinginan yang kuat untuk mencari tahu dan memecahkan berbagai hal yang belum dipahami.

c. Pemikiran egosentris

Remaja sering sulit menerima pandangan yang berbeda karena mereka cenderung berpikir secara kritis namun masih terpusat pada sudut pandangnya sendiri.

d. Imaginary audience

Remaja merasa seolah-olah selalu menjadi pusat perhatian orang lain, sehingga mereka sangat peduli terhadap penampilan dan hal ini dapat memengaruhi citra diri mereka.

e. Personal fable

Mereka menganggap diri mereka unik dan berbeda dari orang lain, yang membuat mereka merasa pengalaman mereka tidak dapat dipahami oleh orang lain.

Kemampuan berpikir remaja pada tahap ini ditandai dengan beberapa hal, yaitu:

1. Kemampuan berpikir kontra-faktual, yakni kesadaran bahwa realitas objektif bisa berbeda dari pemikiran subyektif mereka, dan bahwa mereka dapat memberikan makna tersendiri terhadap kenyataan;
2. Pemahaman bahwa realitas merupakan kondisi nyata (objektif), sementara pikiran tentang realitas merupakan persepsi pribadi yang bersifat subyektif.

5.5.6 Perkembangan Moral

Perubahan penting dalam aspek moral pada masa remaja mencakup beberapa hal, antara lain:

- a. Remaja mulai menunjukkan kecenderungan untuk menentang nilai-nilai yang dianut oleh orang tua dan orang dewasa, serta mulai membentuk dan menetapkan nilai-nilai moral mereka sendiri.
- b. Cara remaja memandang moralitas menjadi semakin abstrak dan tidak lagi bersifat konkret seperti pada masa anak-anak.
- c. Remaja lebih menekankan pada prinsip tentang apa yang dianggap benar, daripada hanya fokus pada hal-hal yang dianggap salah.
- d. Mereka menjadi lebih kritis dalam menilai aspek moral, sehingga lebih berani mempertimbangkan serta mengevaluasi norma sosial maupun norma pribadi, dan berani mengambil keputusan moral atas situasi yang mereka hadapi.
- e. Meski penilaian moral masih bersifat egosentris, remaja mulai membangun norma berdasarkan nilai-nilai yang berlaku dalam lingkungan sosial tempat mereka berada.
- f. Pertimbangan moral pada remaja kerap disertai dengan emosi yang kuat dan dapat menimbulkan tekanan psikologis.

5.5.7 Perkembangan Konsep Diri (Kepribadian)

Konsep diri adalah keseluruhan pikiran dan perasaan individu terhadap dirinya sendiri. Pada masa remaja, hal ini mencerminkan bagaimana mereka memandang dan menilai diri, baik secara pribadi maupun sosial. Penilaian pribadi mencakup berbagai aspek, seperti:

- a. Kemampuan mengendalikan keinginan serta dorongan dalam diri;

- b. Perasaan atau suasana hati yang tengah dirasakan;
- c. Persepsi pribadi terhadap kondisi fisik atau tubuhnya;
- d. Keyakinan bahwa dirinya selalu menjadi pusat perhatian orang lain, seiring dengan perkembangan kemampuan berpikir remaja.

Sementara itu, **penilaian sosial** merujuk pada bagaimana remaja mengevaluasi dan merespons penilaian yang datang dari lingkungan sekitarnya.

Selain itu, dalam konsep diri juga terdapat istilah **citra diri (*self-image*)**, yaitu gambaran mental remaja tentang dirinya yang mencakup dua hal:

- 1. **Diri saat ini (*extant self*)** – bagaimana remaja melihat keadaan dirinya saat ini, termasuk aspek intelektual, kondisi ekonomi keluarga, serta peran sosial yang dijalani;
- 2. **Diri yang diinginkan (*desired self*)** – gambaran ideal tentang diri yang ingin dicapai di masa depan, mencakup cita-cita dan peran yang dianggap realistis oleh remaja.

Ciri-ciri perkembangan konsep diri pada masa remaja antara lain:

- a. Mengalami perubahan fisik yang cepat dan kadang tidak seimbang;
- b. Cenderung sangat dipengaruhi oleh pendapat atau penilaian orang lain;
- c. Memiliki harapan dan ambisi yang tinggi terhadap banyak hal;

- d. Melihat diri secara tidak proporsional, bisa merasa terlalu rendah atau terlalu tinggi dibandingkan kenyataan;
- e. Merasa dirinya selalu diamati atau menjadi pusat perhatian orang lain

5.5.8 Perkembangan Heteroseksual

Dalam proses **perkembangan heteroseksual**, remaja mulai belajar dan menyesuaikan diri dengan peran gender yang dikenalkan oleh lingkungan sosialnya. Remaja perempuan kerap menyadari adanya standar ganda, yaitu bahwa perilaku yang dianggap wajar bagi remaja laki-laki sering kali dinilai negatif jika dilakukan oleh perempuan. Pandangan budaya tertentu terkait peran gender ini dapat menimbulkan pengelompokan sosial yang berdampak nyata, contohnya:

1. Remaja laki-laki sering merasa lebih superior dan secara sosial diharapkan untuk menjadi pemimpin dalam aktivitas masyarakat.
2. Bias gender mengarah pada kecenderungan untuk meremehkan prestasi perempuan, walaupun setara atau bahkan lebih baik dibandingkan prestasi laki-laki.
3. Banyak remaja perempuan merasa takut meraih kesuksesan karena beranggapan bahwa keberhasilan bisa mengurangi daya tarik mereka di mata laki-laki dan menjadi hambatan dalam menjalin hubungan romantis.

Adapun ciri-ciri umum dari perkembangan heteroseksual remaja meliputi:

- a. Remaja mulai meniru perilaku orang dewasa sesuai dengan peran gendernya dalam upaya menarik perhatian lawan jenis;
- b. Ketertarikan terhadap lawan jenis semakin meningkat, disertai dorongan untuk mendapatkan penerimaan dan pengakuan dari mereka;
- c. Timbul minat terhadap aspek seksual dalam kehidupan;
- d. Remaja mulai mencari informasi tentang seksualitas orang dewasa, serta merasa penasaran dan terdorong untuk mengeksplorasi lebih jauh;
- e. Ketertarikan terhadap keintiman fisik muncul, dan hal ini memengaruhi perilaku mereka dalam usaha menarik perhatian lawan jenis.

5.6 Pemeliharaan Organ Reproduksi

5.6.1 Pemeliharaan Organ Reproduksi Remaja Perempuan

Perawatan organ reproduksi bagi remaja perempuan penting dilakukan untuk menjaga kesehatan dan mencegah infeksi. Beberapa langkah yang dapat dilakukan antara lain:

- a. Hindari memasukkan benda asing ke dalam vagina karena dapat menyebabkan iritasi atau infeksi;
- b. Gunakan pakaian dalam yang mampu menyerap keringat agar areaewanitaan tetap kering dan bersih;
- c. Hindari mengenakan celana yang terlalu ketat agar sirkulasi udara tetap baik dan tidak menimbulkan kelembapan berlebih;

- d. Gunakan cairan pembersih kewanitaannya seperlunya saja, tidak secara berlebihan agar keseimbangan pH tidak terganggu.

Selain itu, **perhatian khusus juga perlu diberikan selama masa menstruasi**. Pada saat ini, pembuluh darah di rahim lebih rentan terhadap infeksi, sehingga menjaga kebersihan menjadi sangat penting. Kuman lebih mudah masuk ke saluran reproduksi bila kebersihan tidak dijaga. Oleh karena itu, pembalut yang digunakan harus sering diganti agar tidak menjadi tempat berkembangnya bakteri.

5.6.2 Pemeliharaan Organ Reproduksi Remaja Laki-laki

Perawatan organ reproduksi pada laki-laki dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain:

- a. Menghindari pemakaian celana yang terlalu ketat karena dapat meningkatkan suhu di sekitar testis, yang berpotensi mengganggu proses pembentukan sperma;
- b. Melakukan khitan (sunat), yang bermanfaat untuk menjaga kebersihan alat kelamin dengan mencegah penumpukan smegma — yakni cairan dari kelenjar di sekitar organ genital serta sisa urine.

Kebersihan yang kurang pada alat reproduksi dapat menyebabkan infeksi jamur atau kutu, yang memicu rasa gatal dan ketidaknyamanan. Sementara itu, kesehatan reproduksi perempuan juga perlu diperhatikan, karena tindakan seperti membas vagina dengan air yang tidak bersih, penggunaan pembersih kewanitaannya secara

berlebihan, pemeriksaan dalam yang tidak steril, atau keberadaan benda asing di vagina, dapat menyebabkan keputihan yang tidak normal.

Keputihan abnormal juga bisa disebabkan oleh pengaruh hormon, pemakaian pakaian dalam yang tidak menyerap keringat, atau infeksi menular seksual. Ciri-cirinya meliputi: lendir berwarna putih pekat, kuning, atau hijau, berbau tidak sedap, terasa sangat gatal, dan bisa disertai dengan nyeri di bagian bawah perut.

5.7 Seksualitas Remaja

5.7.1 Pengertian Seksualitas

Seks berarti jenis kelamin. Segala sesuatu yang berhubungan dengan jenis kelamin disebut dengan seksualitas. Menurut Master-Johnson dan Kolody (1992), seksualitas menyangkut berbagai dimensi yang sangat luas, diantaranya yaitu dimensi biologis, psikologis, sosial dan kultural.

5.7.2 Tujuan Seksualitas

- a. Tujuan Umum : meningkatkan kesejahteraan kehidupan manusia
- b. Tujuan khusus :
 1. Prokreasi (menciptakan atau meneruskan keturunan)
 2. Reaksi (memperoleh kenikmatan biologis/seksual)

5.7.3 Sikap Positif Terhadap Seksualitas

Tingkah laku yang menunjukkan sikap positif terhadap seksualitas adalah sebagai berikut :

- a. Menempatkan seks sesuai dengan fungsi dan tujuannya
- b. Tidak menganggap seks sesuatu hal yang tabu dan jorok
- c. Tidak menjadikan seks sebuah candaan
- d. Mengikuti norma atau aturan
- e. Membicarakan seks dalam konteks ilmiah atau belajar untuk memahami diri dan orang lain, serta pemanfaatan secara baik dan benar sesuai fungsi dan tujuan.

5.7.4 Perkembangan Seksual Remaja

Sejak masa remaja, individu mengalami berbagai perubahan fisik yang diikuti oleh perubahan struktur dan fungsi tubuh. Proses ini dipengaruhi oleh pematangan kelenjar pituitari yang memicu pertumbuhan dan menyebabkan remaja mulai menunjukkan ciri-ciri biologis sebagai perempuan atau laki-laki dewasa.

Masa remaja dimulai dengan **fase pubertas**, yaitu tahap di mana terjadi transformasi fisik dan fisiologis, termasuk perubahan bentuk tubuh dan pematangan organ-organ reproduksi. Perubahan ini mencakup perkembangan **ciri seksual primer**, yaitu organ reproduksi, serta **ciri seksual sekunder** seperti pembesaran payudara dan panggul pada perempuan, serta suara yang membesar dan pertumbuhan rambut tubuh pada laki-laki. Walaupun tidak terkait langsung dengan fungsi reproduksi, ciri seksual

sekunder memiliki peran penting dalam meningkatkan daya tarik seksual atau *sex appeal*.

Dari sisi psikologis, dua aspek utama yang berkembang dalam masa ini adalah:

a. Orientasi Seksual

Remaja mulai menunjukkan ketertarikan pada lawan jenis, disertai rasa ingin tahu yang besar terhadap hal-hal berbau seksual. Dorongan ini dapat berkembang menjadi perilaku seksual yang nyata, terutama seiring meningkatnya minat terhadap aktivitas seksual.

b. Peran Seksual

Remaja mulai menyesuaikan diri dengan peran yang sesuai dengan jenis kelaminnya. Bagi remaja laki-laki, hal ini cenderung tidak terlalu menimbulkan konflik. Namun bagi perempuan, perubahan nilai dan norma tentang gender yang terus berkembang dapat memicu tantangan tersendiri. Nilai-nilai baru seputar seksualitas berpotensi menimbulkan masalah seperti kehamilan di luar nikah atau perilaku seksual yang menyimpang.

Perubahan dalam perilaku seksual remaja banyak dipengaruhi oleh aktivitas hormon seks, seperti testosteron pada laki-laki dan progesteron pada perempuan, yang memperkuat dorongan seksual. Namun, penting dibedakan bahwa **perilaku seksual** berbeda dari **aktivitas atau hubungan seksual**.

- **Perilaku seksual** mencakup semua tindakan yang bertujuan menarik perhatian lawan jenis, seperti berdandan, merayu, atau menggoda.
- **Aktivitas seksual** adalah tindakan yang dilakukan untuk memenuhi dorongan seksual atau mendapatkan kenikmatan dari organ seksual, seperti fantasi seksual, masturbasi, ciuman, atau hubungan seksual.

Remaja bisa menyalurkan dorongan seksual melalui berbagai cara, di antaranya:

1. Mengendalikan diri dengan kesadaran pribadi
2. Melibatkan diri dalam kegiatan yang produktif
3. Menyalurkan energi melalui olahraga
4. Memperdalam spiritualitas dan ibadah
5. Menerima mimpi basah sebagai saluran alami
6. Berfantasi seksual
7. Melakukan masturbasi
8. Terlibat dalam aktivitas seksual tanpa penetrasi (misalnya berpegangan tangan, berpelukan)
9. Melakukan hubungan seksual dengan penetrasi

Adapun **faktor-faktor yang memengaruhi perilaku seksual remaja** antara lain:

- Perubahan hormon dan fisik selama pubertas yang memicu dorongan seksual;
- Kurangnya komunikasi terbuka antara orang tua dan remaja mengenai seksualitas, yang bisa menyebabkan kesalahpahaman dan perilaku menyimpang;

- Pengaruh kuat dari teman sebaya yang bisa mendorong remaja mengikuti norma kelompok, baik positif maupun negatif;
- Remaja dengan pencapaian akademik rendah atau aspirasi masa depan yang tidak jelas cenderung lebih rentan terhadap perilaku seksual berisiko;
- Faktor sosial dan kognitif yang memengaruhi bagaimana remaja membuat keputusan tentang perilaku seksual

5.8 Gizi Remaja

5.8.1 Kebutuhan Gizi Remaja

Periode remaja ditandai dengan pertumbuhan yang pesat, yang menyebabkan peningkatan signifikan dalam kebutuhan energi dan zat gizi. Perkembangan massa tubuh tanpa lemak, tulang, dan lemak tubuh selama masa pubertas turut mendorong naiknya kebutuhan nutrisi. Secara keseluruhan, kebutuhan gizi harian pada masa remaja merupakan yang tertinggi dibandingkan dengan tahap lain dalam siklus kehidupan (Krummel & Kris-Etherton, 1996).

Secara alami, remaja laki-laki cenderung mengonsumsi makanan dalam jumlah lebih banyak, sehingga tanpa disadari mereka mampu memenuhi kebutuhan nutrisinya. Sebaliknya, remaja perempuan lebih fokus pada pola makan seimbang demi menjaga bentuk tubuh ideal, yang kerap kali menyebabkan asupan gizi mereka menjadi tidak mencukupi. Oleh karena itu, sangat penting untuk memberikan edukasi mengenai kebutuhan nutrisi dan perencanaan menu yang

sesuai bagi kedua kelompok remaja agar asupan mereka sejalan dengan kebutuhan tubuh.

5.8.2 Anemia Pada Remaja

Anemia merupakan kondisi di mana kadar hemoglobin (Hb) dalam sel darah merah berada di bawah batas normal (WHO, 2011). Hemoglobin berperan penting dalam mengikat dan mendistribusikan oksigen ke seluruh jaringan tubuh, termasuk otak dan otot, agar fungsi tubuh tetap optimal. Ketika pasokan oksigen berkurang, seseorang bisa mengalami gejala seperti kelelahan dan kesulitan berkonsentrasi. Hemoglobin tersusun dari protein dan zat besi yang membentuk sel darah merah.

Menurut WHO (2015), anemia diartikan sebagai rendahnya konsentrasi hemoglobin dalam darah. Sementara itu, National Institute of Health (NIH) Amerika Serikat (2011) menyatakan bahwa anemia dapat terjadi ketika tubuh tidak memproduksi cukup sel darah merah, menghancurkannya terlalu cepat, atau kehilangan dalam jumlah besar. Sel darah merah yang mengandung hemoglobin bertugas mengantarkan oksigen. Jika kadarnya tidak mencukupi, tubuh akan kekurangan oksigen dan menyebabkan gejala seperti kelelahan.

Stoltzfus & Dreyfuss (1998) menjelaskan bahwa prevalensi anemia mengacu pada rendahnya kadar hemoglobin atau hematokrit, yang mencerminkan tingkat kekurangan zat besi dalam suatu populasi. WHO (2011) menetapkan ambang batas anemia pada wanita tidak hamil sebesar 12 g/dL untuk hemoglobin dan 36% untuk

hematokrit, sementara pada wanita hamil sebesar 11 g/dL dan 33%.

Secara global, kekurangan zat besi paling banyak terjadi pada bayi, anak-anak, remaja, dan perempuan usia subur, khususnya ibu hamil. Masa transisi dari ASI ke makanan padat (menyapih) merupakan fase krusial karena kebutuhan zat besi dan energi meningkat. Upaya fortifikasi zat besi pada makanan bayi dan anak-anak terbukti membantu memperbaiki kadar zat besi dalam tubuh. Di negara-negara maju, kekurangan zat besi umum terjadi pada wanita usia produktif, ibu hamil, dan remaja kedua jenis kelamin. Di negara berkembang, zat besi sangat penting bagi pertumbuhan otak dan jaringan tubuh lainnya, terutama pada masa awal kehidupan (FAO/WHO, 2001).

Kebutuhan zat besi meningkat drastis pada masa remaja, khususnya selama masa percepatan pertumbuhan. Besarnya kebutuhan ini bervariasi antar individu. Pada remaja perempuan, kebutuhan zat besi meningkat karena pertumbuhan tubuh dan kehilangan darah selama menstruasi, yang diperkirakan mencapai 0,56 mg per hari dalam satu siklus menstruasi (28 hari) (FAO, 2001). Sementara pada remaja laki-laki, kebutuhan zat besi juga meningkat selama masa pubertas karena peningkatan massa tubuh dan konsentrasi hemoglobin, meskipun akan menurun setelah pertumbuhan mencapai puncaknya sekitar usia 16 tahun.

5.9 Kehamilan Pada Remaja

Praktik pernikahan dini yang masih berlangsung di beberapa negara Asia Tenggara berkontribusi terhadap meningkatnya kasus anemia defisiensi besi. Pernikahan dini sering kali berhubungan dengan kehamilan di usia muda, yang meningkatkan kebutuhan zat besi dan memperburuk kekurangan zat besi serta anemia defisiensi besi pada remaja perempuan (WHO, 2011).

Kehamilan memerlukan sekitar 1000 mg zat besi untuk mendukung perubahan tubuh, seperti peningkatan volume darah, serta pertumbuhan dan perkembangan plasenta. Untuk perkembangan janin yang optimal, sekitar 300 mg zat besi dibutuhkan. Namun, banyak wanita hamil, baik di negara maju maupun berkembang, sering kali hanya memiliki cadangan zat besi yang sangat sedikit di awal kehamilan. Kehamilan pada usia remaja lebih berisiko karena meningkatnya kebutuhan zat besi selama kehamilan serta kebutuhan gizi untuk pertumbuhan (PAHO, 2010).

Beberapa alasan mengapa kehamilan pada remaja berisiko tinggi antara lain:

- a. Rahim yang belum cukup matang untuk mendukung kehamilan.
- b. Sistem hormonal yang belum berfungsi secara optimal.
- c. Kematangan psikologis yang belum memadai untuk menghadapi persalinan dan merawat anak.

Kehamilan pada usia remaja dapat membawa risiko medis besar, karena organ reproduksi belum berkembang sepenuhnya. Rahim seorang wanita diperkirakan siap berfungsi secara optimal setelah usia 20 tahun, karena pada usia ini fungsi hormonal mencapai puncaknya. Rahim mulai berkembang sejak usia 14 tahun, yang ditandai dengan menstruasi. Perkembangan rahim juga tercermin dari perubahan ukuran rahim yang sesuai dengan usia dan perkembangan hormonal.

Kehamilan yang tidak direncanakan (KTD) adalah kehamilan yang tidak diinginkan oleh wanita atau orang-orang di sekitarnya. Kehamilan ini sering terjadi karena kurangnya pengetahuan tentang waktu yang tepat untuk berhubungan seksual, yang dapat menyebabkan kehamilan remaja yang tidak terencana. Kehamilan yang tidak diinginkan ini menempatkan remaja dalam situasi penuh tekanan, yang dapat menyebabkan stres.

Aborsi, meskipun sering dianggap tidak diterima secara moral atau agama, terkadang dipandang sebagai alternatif yang lebih aman dan terjangkau dibandingkan melanjutkan kehamilan yang tidak diinginkan, yang dapat menimbulkan stigma sosial. Namun, aborsi yang dilakukan oleh tenaga medis yang tidak terlatih berisiko tinggi, seperti perdarahan, kerusakan alat reproduksi, infeksi, dan bahkan kematian. Prosedur yang tidak sempurna dapat mengakibatkan kerusakan jangka panjang pada alat reproduksi, infeksi kronis, dan infertilitas. Kerusakan pada saluran indung telur juga dapat meningkatkan risiko kehamilan ektopik.

Kehamilan pada usia muda, jika diteruskan, dapat menyebabkan komplikasi serius, seperti kelahiran prematur, pertumbuhan janin yang terhambat, kehamilan berisiko keracunan yang memerlukan penanganan khusus, dan peningkatan risiko perdarahan setelah melahirkan. Selain itu, alat reproduksi bisa kembali berfungsi lebih lambat setelah melahirkan, dan remaja berisiko mengalami infeksi serta kesulitan dalam memproduksi ASI.

Upaya preventif sangat diperlukan untuk mengurangi risiko ini, seperti memperkuat hubungan remaja dengan keluarga, memberikan pendidikan seksual yang sehat, mendorong partisipasi dalam kegiatan produktif, serta mengajarkan pentingnya perencanaan keluarga. Selain itu, implementasi Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992 Pasal 15 juga perlu dilaksanakan untuk menangani kehamilan yang tidak diinginkan. Tujuan utama dari langkah-langkah preventif ini adalah untuk melindungi alat reproduksi remaja, mengurangi risiko buruk, dan mempersiapkan mereka untuk menjadi generasi yang kuat saat membangun keluarga di masa depan.

5.10 Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya (NAPZA)

Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 mencakup pengetahuan mengenai kebiasaan atau perilaku yang dapat membahayakan kesehatan remaja. Perilaku tersebut meliputi merokok, konsumsi minuman beralkohol, serta penyalahgunaan obat-obatan terlarang

seperti Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA).

Penyalahgunaan obat dapat menimbulkan berbagai dampak negatif, baik secara fisik, mental, maupun sosial, yang tidak hanya dirasakan oleh pengguna, tetapi juga oleh keluarga dan lingkungan sekitarnya. Dampak fisik dari penggunaan obat tergantung pada jenis zat yang dikonsumsi, frekuensi dan jumlah pemakaian, metode penggunaannya, serta kemungkinan penggunaannya bersamaan dengan zat lain. Sementara itu, dampak psikologis dipengaruhi oleh kondisi kepribadian, ekspektasi, perasaan saat penggunaan, serta faktor biologis seperti berat badan dan potensi alergi individu.

5.11 Skrining Kesehatan Pada Masa Remaja

Pelayanan skrining kesehatan bagi remaja dilakukan melalui proses wawancara medis (anamnesis), pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang (Kemenkes RI, 2021). Anamnesis merupakan proses pengumpulan informasi melalui tanya jawab antara tenaga medis dan remaja untuk mengetahui keluhan, kondisi kesehatan saat ini, riwayat penyakit, serta faktor-faktor risiko yang mungkin dimiliki.

Beberapa aspek umum dalam anamnesis meliputi:

a. **Keluhan Utama**

Keluhan utama adalah gejala atau masalah utama yang dirasakan remaja dan menjadi alasan mereka mencari bantuan medis. Contohnya, keterlambatan menstruasi dibandingkan dengan siklus biasanya

b. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS)

Dalam bagian ini, tenaga medis menggali lebih dalam mengenai:

1. Penjabaran dari keluhan utama, termasuk bagaimana keluhan tersebut berkembang sejak pertama kali dirasakan.
2. Adanya gejala tambahan yang menyertai, yang kemudian dijelaskan secara rinci seperti lokasi gejala, durasi, frekuensi, tingkat keparahan, serta faktor yang memperparah atau meredakan keluhan tersebut

DAFTAR PUSTAKA

- Bawono, Yudho. (2023). *Perkembangan Anak dan Remaja*. Sumatera Barat : Yayasan Pendidikan Cendikia Muslim
- BKKBN, BPS, Kemekes RI, USAID. 2018. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Fikawati, Sandara, dkk. (2020). *Gizi Anak dan Remaja*. Depok : RajaGrafindo Persada
- Handayani, Sri. (2022). *Asuhan Kebidanan Pada Remaja*. Jawa Tengah : Eureka Media Aksara
- Hurlock, E.B. (1994). *Psikologi Perkembangan, Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Manuaba, I.A.C, dkk. (2009). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta : EGC
- Rumini, S. dan Sundari, S. (2004). *Perkembangan anak & remaja*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Rustianingsih, Ana, dkk. (2004). *Kesehatan Reproduksi Remaja*. Yogyakarta: PILP Mitra Wacana
- Rosyida, D.A.C. (2019). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Yogyakarta : Pustaka Baru

World Health Organization. (2018). Guidance on ethical considerations in planning and reviewing research studies on sexual and reproductive health in adolescents. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273792/9789241508414eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273792/9789241508414- eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273792/9789241508414eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273792/9789241508414-eng.pdf?ua=1)

BAB 6

ASUHAN KEBIDANAN PADA MASA KLIMAKTERIUM DAN MENOPAUSE

Oleh Erni

6.1 Pendahuluan

Menopause adalah proses alami, hal itu dapat mempengaruhi kesehatan dan kualitas hidup wanita. Menopause adalah penghentian menstruasi secara permanen, yang didefinisikan sebagai amenore selama 12 bulan sejak menstruasi terakhir. Menopause terjadi karena penurunan produksi hormon seks wanita di ovarium terutama estrogen (Mohamed et al., 2014). Pengurangan produksi estrogen terutama menyebabkan gejala vasomotor dan psikologis. Hal ini juga dapat dikaitkan dengan beberapa wanita yang mengalami penyakit jantung dan osteoporosis. Beberapa faktor berkontribusi terhadap terjadinya penyakit, termasuk usia, faktor genetik, dan faktor yang terkait dengan lingkungan tempat tinggal wanita (Wang et al., 2018). Perubahan dapat mempengaruhi aspek fisiologis, psikologis, dan ekonomi kehidupan. Meskipun menopause dianggap Proses alamiah ini dapat memengaruhi kesehatan dan kualitas hidup secara signifikan. Secara

umum, usia rata-rata menopause alamiah adalah 51 tahun. Seiring dengan peningkatan taraf hidup, peningkatan angka harapan hidup berarti bahwa perempuan dapat menghabiskan 1/3 hidup mereka dalam fase pascamenopause (Malik et al., 2018). Griffiths et al. (2016) melaporkan bahwa jumlah perempuan yang bekerja pada usia lanjut juga meningkat. Converso et al. (2019) dan Hardy et al. (2018) melaporkan bahwa gejala klimakterik lebih banyak memengaruhi perempuan yang bekerja daripada perempuan yang tidak bekerja. Stres yang berhubungan dengan pekerjaan dan lingkungan kerja yang penuh tekanan juga dapat berkontribusi terhadap gejala klimakterik (Converso et al., 2019; Hardy et al., 2018).

Berdasarkan hal tersebut, perempuan paruh baya perlu mempersiapkan diri untuk memasuki fase menopause dengan menyadari usia di mana mereka dapat mengharapkan untuk memulai proses klimakterik. Kesadaran akan gejala sangat penting dan membantu wanita lebih siap dan beradaptasi dengan tahap kehidupan yang tak terelakkan ini (Elnaggar et al., 2013; Hamid et al., 2014; Noroozi et al., 2013a; Orabi, 2017; Sabariah et al., 2015). Dalam konteks ini, penekanan juga harus diberikan pada upaya membantu wanita mengembangkan sikap positif terkait periode kehidupan ini. Sikap positif, peningkatan minat, dan pemahaman yang lebih baik dapat membantu mereka mengelola atau bahkan mengurangi gejala klimakterik (Noroozi et al., 2013b).

Seorang wanita yang sudah tidak menstruasi antara usia 50 dan 58 tahun dikenal sebagai masa klimakterium. Dalam fase ini, banyak ketidaknyamanan yang dirasakan karena perubahan pada kesehatan fisik yang berpengaruh pada kondisi psikologis. Transformasi yang terjadi secara fisik pada seorang wanita sangat berkaitan dengan keadaan psikologisnya ketika menghadapi hal-hal yang biasa dialami oleh semua wanita. (Harlow et al., 2012). Masa klimakterium adalah periode yang tidak dapat dihindari serta sering kali dianggap menakutkan oleh sebagian besar wanita. Wanita yang berada dalam fase ini sering kali diidentifikasi sebagai individu yang sensitif, cenderung emosional, mengalami perubahan suasana hati yang cepat, dan merasa kehilangan daya tarik seperti ketika usia muda. Perubahan yang terjadi selama fase klimakterium ini dapat membuat wanita merasa semakin tidak nyaman. (Berterö, 2003). Fakultas Kebidanan, Universitas Manila Central, Filipina.

Menopause menandakan berakhirnya siklus menstruasi dan kemampuan reproduksi pada wanita. Proses ini disebabkan oleh penuaan pada ovarium. Penuaan ini berakibat pada penurunan kadar hormon estrogen yang menyebabkan hormon FSH dan LH meningkat. Kenaikan hormon FSH ini berimbas pada pemendekan fase folikular dalam siklus menstruasi hingga menstruasi tidak lagi terjadi. Menopause, menurut WHO, berarti akhir dari siklus menstruasi secara permanen untuk wanita yang sebelumnya mengalami menstruasi bulanan, yang disebabkan oleh meningkatnya jumlah folikel yang mengalami atresia hingga tidak ada

lagi yang tersisa. (Aziza et al., 2020) Banyak wanita yang mencapai menopause terpengaruh oleh mitos bahwa menopause menyebabkan penurunan produktivitas, merasa tidak menarik di mata pasangan, tanda akhir dari hasrat seksual yang normal, kehilangan minat terhadap hubungan seks, dan tidak mampu mencapai kepuasan seksual. (Widorini et al., 2017) Kondisi ini dapat menyebabkan wanita lanjut usia mengalami masalah mental seperti kecemasan dan depresi; di samping itu, mereka juga rentan terhadap osteoporosis dan hipertensi. (Budury, 2020).

Berdasarkan penelitian dari Departemen Obstetri dan Ginekologi, keluhan yang umum dihadapi oleh wanita menopause meliputi perubahan fisik seperti nyeri saat berhubungan seksual (93,33%), perdarahan setelah berhubungan seksual (84,44%), vagina kering (93,33%), serta keputihan (75,55%), gatal di area vagina (88,88%), sensasi panas di vagina (84,44%), nyeri saat berkemih (77,77%), dan inkontinensia urin (68,88%). Menopause biasanya didahului oleh suatu tahap kegagalan ovarium yang berjalan progresif, yang ditandai dengan penurunan kadar estrogen. Produksi estrogen dari ovarium turun dari 300 mg per hari menjadi hampir tidak ada. Wanita yang sudah menopause tetap memiliki estrogen karena adiposa, hati, dan korteks adrenal masih mampu menghasilkan sebanyak 20 mg estrogen per hari. Penurunan produksi estrogen oleh ovarium menghasilkan banyak perubahan fisik dan emosional yang menyebabkan timbulnya gejala. (Lubis & Asfur, 2020).

Sebagian besar wanita di Indonesia kurang menyadari efek yang mungkin muncul saat menjelang menopause. Ketidaktahuan ini sering kali karena pandangan yang menganggap menopause sebagai fase alami. Padahal, saat wanita memasuki masa premenopause, mereka akan mengalami berbagai gejala seperti hot flushes, berkeringat pada malam hari, kelelahan, insomnia, kulit dan rambut kering, nyeri pada sendi, sakit kepala, palpitasi jantung yang cepat dan tidak teratur, serta peningkatan berat badan. (Iis Hanifah et al., 2021)

Vaccaro dkk. (2021) melakukan survei terhadap 1.028 wanita Italia berusia 45–65 tahun mengenai persepsi mereka terhadap menopause dan pendekatan mereka terhadap perubahan terkait. Kesadaran, pengetahuan tentang menopause, dan sikap positif terhadap isu tersebut diungkapkan oleh 82,8% wanita Italia, dan 77% wanita menganggap menopause sebagai kondisi fisiologis. Hal ini sesuai dengan penelitian asing lainnya, di mana sebagian besar wanita memandang klimakterium sebagai proses fisiologis (Gambacciani dkk., 2019; Golezar dkk., 2019). Vaccaro dkk. (2021) merasa khawatir karena 38,7% wanita pramenstruasi tidak merencanakan pemeriksaan klinis atau biokimia khusus untuk mendeteksi tahap menopause. Ini tidak memuaskan karena risiko timbulnya gejala penyakit kronis mungkin lebih dapat diidentifikasi setelah timbulnya gejala (Gambacciani et al., 2019; Golezar et al., 2019). Berdasarkan data peneliti lain, jelas bahwa sebagian besar wanita tidak menyadari pentingnya pengenalan dini dalam menghadapi gejala menopause

(Jane & Davis, 2014). Terlepas dari kenyataan bahwa beberapa wanita memiliki sikap negatif terhadap perolehan pengetahuan dan kurangnya minat pada menopause, tetap bermanfaat untuk mencoba mengubah sikap ini (Gambacciani et al., 2019). Ada penelitian asing lain yang menyebutkan kurangnya minat dan sikap negatif wanita terhadap menopause dan menekankan pentingnya sikap positif dalam hal ini (Batoool et al., 2017; Orabi, 2017; Pathak et al., 2017).

Yazdkhasti et al. (2015) mencatat pentingnya pendidikan kesehatan sebagai salah satu dari banyak cara untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap wanita terhadap menopause. Gebretatyos dkk. (2020) menekankan pada peningkatan kesadaran wanita tentang menopause, dan perilaku kesehatan dan kebiasaan kesehatan yang positif karena hal ini pada akhirnya dapat mengarah pada peningkatan kualitas hidup wanita. Meskipun sebagian besar peserta tidak terlalu memberikan perhatian terhadap pendidikan terkait menopause, semuanya menunjukkan minat pada program intervensi. Hal ini juga sejalan dengan Lambrinoudaki dkk. (2022), yang melaporkan studi European Menopause and Andropause Society (EMAS). Studi ini memberikan cara terbaru untuk memantau, membimbing, dan mendidik wanita paruh baya, dengan fokus terutama pada wanita yang Dalam konteks pengetahuan perempuan tentang menopause, sumber informasi, edukasi, dan pemahaman memainkan peran penting dalam persepsi subjektif tentang perubahan dan gejala. Namazi et al. (2019) juga menekankan perlunya edukasi dan konseling selama menopause. Perempuan mencari informasi tentang

menopause dari berbagai sumber, seperti Internet, literatur profesional, dan brosur informasi di ruang tunggu operasi ginekologi. Mereka juga berkonsultasi dengan teman dan rekan kerja. Namun, hanya sebagian kecil perempuan yang meminta saran dan bantuan ahli. Bahkan, peserta yang menghubungi ginekolog secara teratur (untuk resep penggantian hormon) tidak mencari saran untuk gejala menopause.

Dalam sebuah penelitian oleh Vaccaro et al. (2021), hanya 7,6% perempuan pascamenopause yang diteliti melaporkan berkonsultasi dengan ginekolog mengenai masalah menopause (misalnya, untuk bertanya tentang terapi penggantian hormon) dan tidak ada satu pun perempuan yang mencari saran atau edukasi profesional dari bidan. Peserta mengaitkan bidan hanya dengan kehamilan, persalinan, perawatan pascapersalinan, dan perawatan bayi baru lahir. Selain itu, tidak ada satu pun peserta yang menggunakan bidan untuk mendapatkan informasi tentang cara mengatasi masalah klimakterik. Pilihan untuk mengobati gejala klimakterik tidak hanya mencakup terapi penggantian hormon tetapi juga pengobatan alternatif nonhormonal dan penyesuaian gaya hidup. Metode ini menawarkan pendekatan holistik dan seimbang untuk memantau wanita paruh baya guna mengendalikan masalah kesehatan secara efektif dan memastikan penuaan yang sehat bagi wanita (Lambrinoudaki et al., 2022). Abdi et al. (2021) percaya bahwa fitoestrogen dalam berbagai bentuk (gel, krim vagina, supositoria vagina, kapsul, ekstrak, diet yang diperkaya) adalah metode yang aman dan tidak rumit yang dapat memberikan kontribusi positif untuk

meringankan masalah urogenital pada wanita dan sama efektifnya dengan terapi penggantian hormon (Abdi et al., 2021).

6.2 Definisi Klimakterium Dan Menopause

Klimakterium adalah fase transisional antara masa reproduksi dengan masa senium. Klimakterium dimulai pada akhir fase reproduksi dan berakhir saat memasuki awal masa senium, umumnya pada perempuan dalam rentang usia 40 hingga 65 tahun. Periode ini ditandai oleh berbagai keluhan fisik dan emosional. Klimakterium bukanlah hal yang patologis, akan tetapi suatu masa transisi normal yang berlangsung beberapa tahun sebelum dan setelah menopause. Hal ini disebabkan oleh penuaan ovarium, yang mengakibatkan penurunan kadar hormon estrogen dan peningkatan hormon gonadotropin (Eagleson et.al., 2000). Setelah wanita mengalami klimakterium, mereka akan memasuki fase menopause. Menopause adalah hal normal yang alami bagi setiap wanita. Wanita yang telah mengalami menopause akan menghadapi beragam keluhan, baik yang bersifat fisik maupun psikologis. Gejala yang muncul sebelum menopause sering kali membuat wanita merasa tidak siap untuk menghadapi berbagai perubahan yang terjadi. Untuk menghadapinya, penting bagi wanita untuk mempersiapkan diri baik secara fisik maupun mental menjelang menopause.

Menopause didefinisikan sebagai berakhirnya siklus menstruasi selama 12 bulan, tetapi secara umum, menopause menandakan akhir dari siklus menstruasi seorang wanita. Masa klimakterik adalah periode ketika wanita beradaptasi dengan penurunan produksi hormon ovarium yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk bereproduksi. Selain itu, klimakterik juga diinterpretasikan sebagai masa kedewasaan, di mana seseorang menjadi lebih matang dan bijak, baik secara emosional maupun intelektual.

Klimakterium Sering kali dikenal sebagai fase premenopause, yang biasanya dimulai pada usia 40 tahun dan ditandai dengan siklus menstruasi yang menjadi tidak teratur serta perdarahan menstruasi yang berlangsung lama dan cenderung berat (Hale & Burger, 2009). Klimakterium adalah fase transisi antara masa reproduksi dan masa senium yang terjadi pada wanita dengan usia 40 hingga 65 tahun. Periode ini ditandai dengan berbagai keluhan. Klimakterium bukanlah kondisi yang patologis, tetapi sebuah fase transisi normal beberapa tahun sebelum dan sesudah menopause. Ini disebabkan oleh penuaan ovarium, menurunnya hormon estrogen dan meningkatkan kadar hormon gonadotropin (Eagleson et al., 2000). Setelah melewati klimakterium, seorang wanita akan sampai pada fase menopause. Menopause adalah kejadian fisiologis yang dialami setiap wanita. Setelah menopause, wanita akan mengalami sejumlah keluhan fisik dan emosional. Gejala yang dialami menjelang menopause sering kali membuat wanita merasa kurang siap berhadapan dengan perubahan yang akan terjadi. Oleh karena itu, penting

bagi wanita untuk mempersiapkan baik fisik maupun mental mereka untuk menghadapi menopause. Menopause didefinisikan sebagai periode berakhirnya masa menstruasi selama 12 bulan berturut-turut, dan umumnya dapat diartikan sebagai akhir dari siklus menstruasi wanita. Masa klimakterik merujuk pada fase di mana wanita menyesuaikan diri dengan berkurangnya produksi hormon ovarium yang membuat reproduksi tidak terjadi lagi. Masa ini juga diartikan sebagai periode kedewasaan, saat individu menjadi lebih matang dan bijak secara emosional dan intelektual.

6.3 Tanda Tanda Awal Klimakterium Dan Menopause

Tanda dan gejala selama periode klimakterium meliputi masalah fisik seperti perubahan pada siklus menstruasi (perpanjangan siklus, menstruasi yang tidak teratur, volume menstruasi yang banyak), serta keluhan umum seperti palpitasi, sakit kepala (migrain), kelelahan yang berlebihan, nyeri di otot dan sendi, nyeri di punggung, dan perubahan pada berat badan. Gejala yang timbul antara lain gejala psikologis berupa lesu, sakit kepala, pusing, tidak bisa tidur, perasaan murung, mudah tersinggung, konsentrasi menurun, cemas dan depresi. Rasa panas (hot flush) disertai keringat berlebih. Jantung berdebar-debar. Kesulitan dalam bernafas panjang; Nafsu makan tidak menentu, sering mengeluh gangguan pencernaan. Perubahan pola menstruasi. Vagina kering dan gatal, Keluhan-keluhan ketidaknyamanan yang muncul dalam aktivitas sehari-hari seperti sensasi panas

yang dirasakan pada wajah serta bagian atas tubuh (seperti leher dan dada). Ketika menyentuh area tersebut, akan terasa suhu yang lebih tinggi. Gejala ini sering kali muncul di malam hari, dan dapat mengakibatkan kesulitan tidur (Kasdu, 2002).

Keadaan ini digambarkan sebagai sensasi panas yang beragam dalam hal intensitas, durasi, dan tingkat keparahan, dan seringkali berulang, dan biasanya berlangsung kurang dari lima menit. Faktor pemicunya bisa berasal dari lingkungan, makanan, minuman, serta stres (Nelson, 2008). Keringat berlebih terjadi sebagai akibat dari panas yang terpancar ketubuh karena pengaruh hormon yang mengatur suhu tubuh pada tingkat yang lebih rendah. Akibatnya, kondisi udara yang sebelumnya nyaman mendadak menjadi sangat panas sehingga tubuh mulai merasa kepanasan, sehingga keringat menjadi dingin. Vagina yang kering disebabkan oleh perubahan di area reproduksi, yang menyebabkan rasa nyeri saat berhubungan seksual. Ketidakmampuan untuk menahan kencing, terutama seiring bertambahnya usia, menyebabkan seringkali sulit untuk menahan kencing saat bersin atau batuk. Ini terjadi akibat menurunnya kadar hormon estrogen yang salah satunya berkontribusi pada inkontinensia urin. Hilangnya jaringan pengikat akibat rendahnya kadar estrogen dalam tubuh akan berdampak pada jaringan kolagen yang berfungsi sebagai jaringan pendukung jaringan tubuh. Jika wanita mengalami peningkatan berat badan saat memasuki usia 40 tahun, tubuhnya biasanya akan lebih mudah bertambah gemuk, tetapi sangat sulit untuk menurunkannya lagi karena penurunan estrogen dan

gangguan metabolisme lemak. Kekurangan dan hilangnya estrogen berdampak pada produksi air mata sehingga mata terasa kering dan gatal. Nyeri pada tulang dan sendi seiring bertambahnya usia membuat beberapa organ tidak lagi mengalami proses perbaikan, termasuk tulang. Bahkan, mengalami kemunduran akibat penurunan fungsi yang terjadi pada organ lainnya. (Kasdu, 2002)

Gejala yang muncul saat menopause berasal dari perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron. Ketika fungsi ovarium berkurang, produksi estrogen dan progesteron juga menurun, dan tubuh merespons kondisi ini. Beberapa perempuan hanya merasakan sedikit gejala, sedangkan yang lain mungkin mengalami berbagai gejala yang bervariasi dari ringan sampai berat. Hal ini dianggap wajar. Penurunan kadar estrogen yang bertahap memberi kesempatan bagi tubuh untuk beradaptasi dengan perubahan hormonal, tetapi pada beberapa wanita, penurunan ini dapat terjadi secara mendadak dan menyebabkan gejala yang lebih serius. Situasi ini sering muncul ketika menopause diakibatkan oleh pengangkatan ovarium. Fluktuasi hormonal dalam tubuh dapat menimbulkan berbagai gejala seperti nyeri pada sendi dan punggung, kekeringan pada vagina yang menghasilkan rasa sakit saat berhubungan seks, kesulitan dalam menahan kencing, perubahan suasana hati yang ekstrem, dan masalah emosional yang dapat berujung pada stres. Selain itu, turunnya kadar estrogen juga dapat meningkatkan kemungkinan hipertensi, penambahan berat badan, dan kolesterol yang tinggi. Beberapa gejala fisik yang menjadi tanda menopause

mencakup siklus menstruasi yang tidak teratur, hot flushes, sulit atau terjadi gangguan tidur, jantung berdebar, serta kondisi lemas dan masalah seksual. Gejala saluran kemih dapat meliputi nyeri ketika berkemih, infeksi saluran kemih, dan inkontinensia.(Glasier&Gebbie,2005)

Keluhan fisik lain yang menandakan gejala menopause adalah mulai terjadinya ketidakaturan dalam siklus menstruasi pada setiap wanita, yang dapat berlangsung lebih lama atau lebih singkat hingga akhirnya berhenti sepenuhnya. Pendarahan yang tidak teratur mungkin muncul dalam periode beberapa bulan, kemudian berhenti total. Sekitar 40% wanita memperlihatkan siklus menstruasi yang tidak teratur. Angka ini meningkat menjadi 60% dalam 12 bulan menjelang berhentinya menstruasi sepenuhnya atau menopause. Sensasi terbakar sering disertai dengan kemerahan pada kulit serta keringat berlebihan. Kekeringan pada vagina disebabkan oleh sedikitnya produksi lendir dari serviks. Hal ini terjadi karena kekurangan estrogen yang menjadikan dinding vagina lebih tipis, lebih kering, dan kurang elastis. Area genital juga mengalami pengecilan, serta kekeringan yang menyebabkan ketidaknyamanan saat berhubungan seksual dan kesulitan dalam menahan kencing, terutama saat batuk, bersin, tertawa, atau saat orgasme. Wanita mengalami pengurangan kadar testosteron selama tahap pramenopause yang dapat berkontribusi terhadap penurunan hasrat seksual. Namun, bagi sebagian perempuan, isu libido berkaitan dengan kekurangan

hormon estrogen atau menipisnya jaringan vagina (Baziad 200; Kasdu, 2002; Northrup,2006)

Penurunan fungsi ovarium seiring bertambahnya usia beserta perubahan kadar estrogen, progesteron, dan androgen memiliki dampak signifikan terhadap fungsi seksual selama masa klimakterik (Graziottin, & Leiblum, 2005). Perubahan hormonal ini menyebabkan atrofi di area genital. Atrofi vagina dapat menimbulkan dispareunia, yang berarti wanita mungkin akan berubah dalam pendekatan terhadap pasangan atau mengalami penurunan respons seksual terhadap pasangannya (Levine et al., 2008). Gejala seperti gatal di area vulva, frekuensi buang air kecil yang meningkat, kerusakan pada organ panggul, stres, inkontinensia, dan konstipasi dapat memberikan dampak negatif pada fungsi seksual, serta keluhan-keluhan pascamenopause menunjukkan kemungkinan perkembangan lebih lanjut. Selama masa klimakterik, wanita mengalami penurunan dalam hal pelumasan serta libido, jumlah orgasme yang lebih sedikit dalam setiap siklus respons seksual, dan disfungsi seksual (Fanfulla et al., 2013).

6.4 Gangguan Klimakterium Dan Menopause

Menurut Endang Purwoastuti, tahun 2008, perubahan dalam organ reproduksi, struktural ekstras genital, dan munculnya gejala klinis menjadi penyebab tanda-tanda klimakterik. Berbagai keluhan fisik yang mencerminkan gejala menopause berupa siklus menstruasi yang tidak teratur, sensasi panas mendadak, kesulitan tidur, detak

jantung yang cepat, kelelahan, serta masalah seksual. Gejala pada saluran kemih bisa berupa rasa nyeri saat berkemih, infeksi saluran kemih, atau bahkan inkontinensia (Glasier & Gebbie, 2005). Gangguan Klimakterik dan Menopause yaitu Perubahan hormon di dalam tubuh menyebabkan gejala-gejala, seperti nyeri pada sendi dan punggung, kekeringan vagina (nyeri saat berhubungan seks), kesulitan menahan kencing, fluktuasi mood tinggi, serta gangguan emosional yang berdampak pada stres. Di samping itu, penurunan kadar estrogen juga berpengaruh pada meningkatnya risiko tekanan darah tinggi, bertambahnya berat badan, dan kadar kolesterol yang lebih tinggi. Kadar estrogen perlahan membantu tubuh beradaptasi dengan perubahan hormon, tetapi bagi beberapa wanita, penurunan ini terjadi secara mendadak, sehingga gejala yang muncul menjadi lebih parah. Hal ini sering terlihat pada mereka yang mengalami menopause karena pengangkatan ovarium. Ukuran rahim ikut mengecil akibat penyusutan lapisan rahim (atrofi endometrium), yang juga disebabkan oleh hilangnya cairan dan perubahan dalam bentuk jaringan ikat antar sel. Otot-otot dan pembuluh dalam rahim akan menebal dan menonjol. Pasca menstruasi, dinding vagina dan area vulva akan menipis, sehingga lipatan-lipatan akan berkurang dan menjadi lebih kering. Sering kali terjadi rasa gatal dan nyeri saat berhubungan seks. Ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesteron muncul pada ovarium yang tidak berfungsi dengan baik karena berkurangnya produksi hormon. Ini memicu gejala sindrom pramenstruasi serta siklus menstruasi itu

sendiri. Sebagian wanita merasakan gejala ini semakin memburuk selama klimakterik, sementara lainnya baru mengalaminya untuk pertama kali. Penambahan lemak bisa terjadi di area kaki, perut bagian bawah, dan lengan atas. Sekitar 20% dari wanita menunjukkan peningkatan signifikan saat berada di fase klimaks. Hal ini diduga berkaitan dengan penurunan estrogen serta gangguan dalam metabolisme lemak. Munculnya sensasi panas dapat meningkatkan tekanan darah. Pada wanita berusia antara 45 hingga 70 tahun, diketahui bahwa lonjakan peningkatan tekanan darah biasanya dimulai saat memasuki klimaks. Penurunan atau hilangnya kadar estrogen menyebabkan peningkatan tersebut.

Etiologi Berkaitan dengan perubahan fisik, terdapat perubahan atau pengikisan dalam aspek psikologis individu tersebut. Perubahan dan pergeseran ini berujung pada krisis, yang dapat terlihat melalui berbagai gejala psikologis, di antaranya: perasaan tertekan, reaksi cepat tersinggung, curiga, kecemasan, kesulitan tidur atau insomnia yang disebabkan oleh kebingungan dan kegelisahan. Sebelum siklus menstruasi seorang wanita berakhir, beragam perubahan dan penurunan fungsi ovarium terjadi, seperti sklerosis pembuluh darah, penurunan jumlah folikel, dan berkurangnya produksi hormon seks akibat turunnya sekresi estrogen, yang menyebabkan gangguan umpan balik terhadap kelenjar pituitari (Hanifa,1999)

Gangguan Organik Selama Menopause dapat berupa Perubahan Psikologis, Pemeriksaan tahunan untuk wanita yang sedang mengalami masa klimakterik harus

mencakup berbagai aspek penting seperti tinggi badan; wanita mungkin kehilangan hingga 2,5 cm atau lebih. Kulit; perlu dievaluasi untuk integritas, adanya luka, serta perubahan pada tahi lalat, mulut, gigi, dan gusi. Pemeriksaan panggul; dengan memperhatikan perubahan yang terjadi bersamaan dengan proses penuaan. Rektum; perlu diperiksa untuk mendeteksi massa atau fisura. Gejala panas mendadak, yang dimulai dari area atas tubuh dan menyebar ke wajah atau seluruh tubuh. Gejala khas lainnya adalah keringat malam, yang merupakan keringat yang muncul saat terbangun di malam hari sehingga perlu mengganti pakaian di malam hari, diikuti dengan sensasi dingin. Akibatnya, menjadi lebih cepat lelah dan mudah tersinggung. Hal ini mungkin terkait dengan ketegangan yang disebabkan oleh keringat malam, wajah memerah, dan perubahan lainnya. Beberapa wanita mengalami sensasi formikasi, yakni rasa gatal di bawah kulit yang terasa seperti digigit semut.

Perubahan Psikologis Terkait dengan perubahan fisik, terjadi pula pergeseran atau erosi dalam kehidupan psikis pribadi yang bersangkutan. Perubahan ini dan pergeseran yang menyertainya dapat menyebabkan krisis, yang terlihat melalui berbagai gejala psikologis, termasuk: depresi, mudah tersinggung, curiga, kecemasan, kesulitan tidur, atau insomnia yang muncul akibat kebingungan dan kegelisahan. Etiologi Sebelum menstruasi berhenti pada seorang wanita, terdapat berbagai perubahan fisiologis dan penurunan fungsi ovarium. Misalnya, sklerosis pada pembuluh darah, jumlah folikel yang menurun, serta

berkurangnya produksi steroid seksual akibat berkurangnya sekresi estrogen, yang selanjutnya mengganggu umpan balik pada kelenjar pituitari (Hanifa, 1999). Pemeriksaan tahunan untuk wanita memasuki tahap klimakterik seharusnya mencakup beberapa aspek penting: tinggi badan; kehilangan tinggi badan yang bisa mencapai 2,5 cm atau lebih. Kulit; perlu adanya evaluasi terhadap integritas kulit, serta pemeriksaan terhadap luka dan perubahan pada tahi lalat, mulut, gigi, dan gusi. Pemeriksaan panggul; dengan perhatian pada perubahan yang menyertai proses penuaan. Rektum; harus dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui adanya massa atau fisura.

Kelainan Organik Selama Menopause Mengingat pengaruh estrogen yang terus menerus ada tanpa menjadi terputus oleh progesteron, risiko terjadi kondisi patologis pada organ yang dipengaruhi estrogen, seperti perdarahan disfungsional, akan semakin tinggi; terjadi juga perubahan pada organ genital yang bisa menyebabkan tumor jinak seperti mioma uterus, polip endometrium, polip serviks, serta risiko kanker pada korpus uterus dan keganasan payudara. Tidak semua wanita yang telah melewati masa menopause memerlukan terapi sulih hormon (TSH). Setiap wanita sebaiknya berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan risiko terapi tersebut. Banyak profesional kesehatan merekomendasikan terapi penggantian hormon untuk meredakan gejala menopause yang mengganggu; membantu mengatasi kekeringan vagina; serta mencegah terjadinya osteoporosis. Beberapa efek samping dari terapi ini bisa mencakup pendarahan

vagina, nyeri pada payudara, mual, muntah, perut kembung, dan kram pada rahim. Untuk mengurangi risiko terapi penggantian hormon sambil tetap mendapatkan manfaatnya, para ahli menyarankan untuk menambahkan progesteron bersamaan dengan estrogen; memasukkan testosteron ke dalam regimen estrogen; menggunakan dosis estrogen yang paling rendah; serta melakukan pemeriksaan rutin, termasuk pemeriksaan panggul dan Pap smear, untuk mendeteksi kelainan sedini mungkin.

6.5 Manajemen Kebidanan Klimakterium Dan Menopause

Manajemen adalah suatu langkah atau proses yang dilakukan untuk mencapai tujuan dengan berkolaborasi melalui individu dan sumber daya organisasi lainnya. Dalam konteks kebidanan, manajemen ini berfungsi sebagai proses pemecahan masalah yang bertujuan untuk mencapai hasil yang diharapkan. Ini melibatkan metode untuk mengorganisir gagasan atau tindakan berdasarkan prinsip ilmiah, temuan, keterampilan, serta urutan logis untuk membuat keputusan yang berorientasi pada pasien (Sudarti, 2010).

Bagaimana bidan mengatasi isu klimakterium dalam masyarakat. Seperti yang dinyatakan sebelumnya, hanya sekitar 25% wanita yang melaporkan penurunan kadar estrogen dalam tubuh dan memerlukan hormon tambahan sebagai pengganti. Penggantian hormon tanpa pengawasan yang ketat bisa berisiko, sehingga bidan

dapat mengambil langkah-langkah seperti memberikan edukasi agar wanita yang mengalami gejala menopause bisa berkonsultasi ke dokter di puskesmas; bidan melakukan kolaborasi dengan dokter puskesmas atau dokter spesialis; setelah hal tersebut dilakukan, bidan dapat melanjutkan untuk memantau kondisi pasien. bidan juga dapat merujuk pasien ke rumah sakit jika diperlukan.

6.6 Kesimpulan

Klimakterium adalah periode yang dimulai pada akhir masa reproduksi, berakhir di awal senium, dan biasa dialami oleh perempuan berusia antara 40 hingga 65 tahun. Periode ini ditandai dengan sejumlah keluhan. Klimakterium tidak dianggap sebagai kondisi patologis, melainkan sebagai fase transisi normal yang berlangsung beberapa tahun sebelum dan sesudah menopause. Hal ini terjadi karena proses penuaan pada ovarium yang menyebabkan penurunan kadar hormon estrogen dan peningkatan hormon gonadotropin. Menopause adalah proses fisiologis yang dialami semua wanita. Wanita yang sudah melewati menopause sering mengalami berbagai keluhan baik secara fisik maupun mental. Gejala yang muncul sebelum menopause membuat banyak wanita tidak siap menghadapi perubahan fisik dan psikologis. Untuk mengurangi dampak tersebut, wanita perlu mempersiapkan diri, baik secara fisik maupun mental, dalam menghadapi menopause. Wanita dalam fase menopause akan mengalami tahapan yang terdiri dari premenopause, perimenopause, menopause,

dan pascamenopause, dan menopause biasanya terjadi pada rentang usia 45 sampai 50 tahun.

Kualitas hidup pada masa pra/peri dan pascamenopause dapat terpengaruh terkait dengan gejala-gejala menopause yang mengganggu (rasa panas, keringat malam, masalah tidur, nyeri muskuloskeletal, kecemasan, depresi, penurunan libido), gejala atrofi vulvovaginal, dan kondisi kronis yang terkait dengan penuaan. Gejala-gejala ini dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti usia, jenis menopause, etnis, faktor sosial ekonomi, pendidikan, jenis pekerjaan, dukungan sosial, agama, budaya, dan lingkungan tempat tinggal wanita. Sebagian besar dari bagaimana wanita mengalami fase pasca reproduksi dalam hidup mereka bergantung pada pengetahuan awal dan sikap pribadi mereka terhadap menopause. Dalam hal ini, pendidikan dan informasi dapat mengubah sikap terhadap menopause dan pengurangan masalah selanjutnya yang terkait dengan penurunan hormon seks wanita.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdi, F., Rahnemaei, FA, Roozbeh, N., & Pakzad, R. (2021). Dampak fitoestrogen pada pengobatan gejala menopause urogenital: Tinjauan sistematis uji klinis acak. *Jurnal Eropa Obstetri & Ginekologi dan Biologi Reproduksi Bahasa Indonesia*:261, 222–235. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.03.039>
- Aziza, N., Rukmana, N. M., Gita, B., Utami, D., Aprilia, R., & Septiani, A. (2020). Klimakterium Dan Menopause Di Desa Iring Mulyo Kecamatan Metro Timur Tahun 2020. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Ungu (ABDI KE UNGU) Universitas Aisyah Pringsewu*,2(2),73–76
- Batool, S., Kausar, R., Naqvi, G., Javed, A., & Tufail, H. (2017). Sikap dan gejala menopause pada wanita pekerja peri dan pascamenopause. *Jurnal Pakistan Penelitian Psikologis Bahasa Indonesia*:32(1), 55–75.
- Baziad, A. (2003). Menopause dan Andropause. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Berterö, C. (2003). Apa pendapat wanita tentang menopause? Sebuah studi kualitatif tentang harapan, kekhawatiran, dan pengetahuan wanita tentang periode klimakterik. *Tinjauan Keperawatan Internasional*, 50(2), 109-118.
- Budury, S. (2020). Edukasi Hidup Sehat Dan Bahagia Dengan Asupan Gizi Yang Tepat Pada Perempuan Menopause. *Community Development Journal*, 4(1), 131–135.

- Converso, D., Viotti, S., Sottimano, I., Loera, B., Molinengo, G., & Guidetti, G. (2019). Hubungan antara gejala menopause dan kelelahan. Sebuah studi cross-sectional di kalangan perawat.Kesehatan Wanita BMC Bahasa Indonesia:19(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0847-6>
- Eagleson, CA, Gingrich, MB, Pastor, CL, Arora, TK, Burt, CM, Evans, WS, & Marshall, JC (2000). Sindrom ovarium polikistik: bukti bahwa flutamide memulihkan sensitivitas generator denyut hormon pelepas gonadotropin terhadap penghambatan oleh estradiol dan progesteron. Jurnal Endokrinologi Klinis & Metabolisme, 85(11), 4047-4052.
- Elnaggar, SA, Mohammed, AH, & El-R-Ibraheem, SA (2013). Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap wanita perimenopause dan menopause terhadap menopause di distrik El-Arabin di Provinsi Suez.Jurnal Ilmu Hayati Bahasa Indonesia:10(4), 2838–2846.
- Fanfulla, F., Camera, A., Fulgoni, P., Chiovato, L., & Nappi, RE (2013). Disfungsi seksual pada wanita obesitas: apakah sleep apnea obstruktif berperan?. Kedokteran tidur, 14(3), 252 Nomor telepon 256.
- Gambacciani, M., Cagnacci, A., & Lello, S. (2019). Hormon terapi penggantian dan pencegahan kondisi kronis. Berbahaya Bahasa Indonesia:22(3), 303–306. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1551347>

- Gebretatyos, H., Ghirmai, L., Amanuel, S., Gebreyohannes, G., Tsighe, Z., & Tesfamariam, EH (2020). Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap tentang menopause di kalangan guru paruh baya. *Kesehatan Wanita BMC Bahasa Indonesia*:20(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01095-2>
- Glasier & Gebbie 2005. Buku Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi Edisi 4, penerbit EGC
- Golezar, S., Ramezani Tehrani, F., Khazaei, S., Ebadi, A., & Keshavarz, Z. (2019). Prevalensi global penyakit kardiovaskular primer insufisiensi ovarium dan menopause dini: sebuah meta-analisis. *Berbahaya Bahasa Indonesia*:22(4), 403–411. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1574738>
- Graziottin, A., & Leiblum, SR (2005). Patofisiologi biologis dan psikososial disfungsi seksual wanita selama masa transisi menopause. *Jurnal Kedokteran Seksual*, 2, 133-145.
- Griffiths, A., Ceausu, I., Depypere, H., Lambrinoudaki, I., Mueck, A., Pérez-López, FR, Van Der Schouw, YT, Senturk, LM, Simoncini, T., Stevenson, JC, Stute, P., & Rees, M. (2016). Rekomendasi EMAS mengenai kondisi di tempat kerja bagi wanita menopause. *dewasa Bahasa Indonesia*: 85, 79– 81. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.12.005>
- Hale, GE, & Burger, HG (2009). Perubahan hormonal dan biomarker pada usia reproduksi lanjut, transisi menopause, dan menopause. *Praktik terbaik & penelitian Obstetri & ginekologi klinis*, 23(1), 7-23.

- Hamid, S., Al-Ghufli FR, Raeesi HA, Al-Dhufairi KM, Al-Dhaheiri NS, Al-Maskari F., Blair I., & Shah SM (2014). Pengetahuan, sikap, dan praktik perempuan terhadap menopause dan terapi penggantian hormon: studi berbasis fasilitas di Al Ain, Uni Emirat Arab. *Jurnal Fakultas Kedokteran Ayub Abbottabad Bahasa Indonesia*:26 *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*. (4), 448–454. Hasil pekerjaan pada wanita paruh baya: dampak menopause, stres kerja, dan lingkungan kerja. *Kesehatan Wanita Usia Paruh Baya Bahasa Indonesia*:4(1), 3.
<https://doi.org/10.1186/s40695-018-0036-z>
- Hanifa, 1999, Buku Acuan Nasional Pelayanan Maternal dan Neonatal. yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta
- Hardy, 2018 Self-help cognitive behavior therapy for working women with problematic hot flushes and night sweats (MENOS@Work): a multicenter randomized controlled trial, PubMed
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., & De Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging
- Iis Hanifah, O., Hidayati, T., Yuliana, W., & Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan Genggong Probolinggo, S. (2021). Edukasi Kesehatan Perubahan Fisiologis Menopause Pada Ibu Muslimatan (Sehat Dan Bahagia Menjelang Dan Saat Menopause). *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 01(02), 45–50.

- Jane, FM, & Davis, SR (2014). Perangkat praktisi untuk mengelola menopause. *Berbahaya Bahasa Indonesia*:17(5), 564-579. <https://doi.org/10.3109/13697137.2014.929651>
- Kasdu, D. 2002. Kiat Sehat dan Bahagia di Usia Menopause. Jakarta : Puspa Swara
- Lambrinoudaki, I., Armeni, E., Goulis, D., Bretz, S., Ceausu, I., Durmusoglu, F., Erkkola, R., Fistonc, I., Gambacciani, M., Geukes, M., Hamoda, H., Hartley, C., Lind'en Hirschberg, A., Meczekalski, B., Mendoza, N., Mueck, A., Smetnik, A., Stute, P., van Trotsenburg, M., & Rees, M. (2022). Menopause, kesejahteraan, dan kesehatan: jalur perawatan dari European Menopause and Andropause Society. *dewasa Bahasa Indonesia*:163, 1-14. <https://doi.org/10.1016/2022.04.008>
- Levine, KB, Williams, RE, & Hartmann, KE (2008). Atrofi vulvovagina sangat terkait dengan disfungsi seksual wanita di kalangan wanita pascamenopause yang aktif secara seksual. *Menopause*, 15(4), 661-666.
- Lubis, R. E., & Asfur, R. (2020). Pengaruh Pemberian Susu Kedelai (Glycine Max L. Merr.) Terhadap Gejala Menopause Pada Ibu - Ibu Pengajian Aisyiyah. *Jurnal Ilmiah Kohesi*, 4(4), 102-107.
- Malik, E., Sheoran, P., & Siddiqui, A. (2018). Kesehatan mempromosikan perilaku dan gejala menopause: studi intervensi di pedesaan India. *Jurnal Kesehatan Usia Pertengahan Bahasa Indonesia*:9(4), 200-206. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_9618

- Mohamed, HA, Lamadah, SM, & Zamil, LGA (2014). Kualitas hidup wanita menopause. *Jurnal Internasional Reproduksi, Kontrasepsi, Obstetri dan Ginekologi Bahasa Indonesia*:3(3), 552–561. <https://doi.org/10.5455/2320-1770.ijrcog20140906>
- Namazi, M., Sadeghi, R., Behboodi & Moghadam, Z. (2019). Determinan sosial kesehatan pada masa menopause: tinjauan integratif. *Jurnal Internasional Kesehatan Wanita Bahasa Indonesia*:9(11), 637–647. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S228594>
- Nelson, 2008, Emerging Adulthood and College Aged Youth An Overlooked Age fir weight related Behavior Change, PubMed. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.365>
- Noroozi, E., Mostafavi, F., Hasanzadeh, A., Moodi, M., & Sharifirad, G. (2013b). Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada wanita pascamenopause, Isfahan, 2011. *Jurnal Pendidikan dan Promosi Kesehatan Bahasa Indonesia*:2, 58. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.120857>
- Northrop, 2006, Bijak disaat Menopause, Q Press, Bandung
- Orabi, E. (2017). Pengaruh intervensi pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, dan sikap tentang masa menopause di kalangan karyawan wanita premenopause. *Jurnal Kedokteran Komunitas Mesir Bahasa Indonesia*:35(3), 71–84.

- Pathak, V., Ahirwar, N., & Ghate, S. (2017). Belajar untuk menilai pengetahuan, sikap dan praktik mengenai menopause di kalangan wanita menopause yang menghadiri perawatan luar ruangan di pusat perawatan tersier. *Jurnal Internasional Reproduksi, Kontrasepsi, Obstetri dan Ginekologi Bahasa Indonesia*:6(5), tahun 1848–1853. <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20171544>
- Sabariah, A., Nurain, M., & Khartiga, A. (2015). Pengetahuan dan persepsi menopause pada warga Taman Bahagia, Sg. Pelek, Sepang, Selangor. *Jurnal Internasional Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Klinis Bahasa Indonesia*:2(6), 48–58.
- Sudarti, et al 2010, Asuhan Kebidanan neonatus, bayi dan balita, Nuha Medika, Yogyakarta
- Vaccaro, CM, Capozzi, A., Ettore, G., Bernorio, R., Cagnacci, A., Gambacciani, M., Coletta, V., Maffei, S., Nappi, RE, Scambia, G., Viora, E., & Lello, S. (2021). Apa pendapat wanita tentang menopause: survei di Italia. *dewasa Bahasa Indonesia*:147, 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.03.007>
- Wang, M., Gong, WW, Hu, RY, Wang, H., Guo, Y., Bian, Z., Lv, J., Chen, ZM, Li, LM, & Yu, M. (2018). Usia menopause alami dan faktor terkait pada wanita dewasa: temuan dari studi China Kadoorie Biobank di daerah pedesaan Zhejiang. *PLoS Satu Bahasa Indonesia*:13(4), nomor telepon 0195658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195658>

- Widorini, D. E., Surachmindari, S., & Kelurahan Oro-Oro Dowo Kota Malang. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6(1), <https://doi.org/10.32831/jik.v6i1>
- Yazdkhasti, M., Simbar, M., & Abdi, F. (2015). Pemberdayaan dan strategi penanggulangan pada wanita menopause: tinjauan. *Jurnal Medis Bulan Sabit Merah Iran Bahasa Indonesia*:17(3) <https://doi.org/10.5812/ircmj.18944>

BAB 7

MANAJEMEN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Oleh Qurratul A'yun

7.1 Pendahuluan

Manajemen kesehatan reproduksi dan keluarga berencana merupakan bagian penting dalam sistem kesehatan masyarakat. Manajemen ini mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta kebijakan yang mendukung keberlanjutan program kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Tujuan utama dari manajemen ini adalah meningkatkan kesejahteraan ibu, anak, dan keluarga secara keseluruhan.

Kesehatan reproduksi adalah kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsinya, dan prosesnya. Sementara itu, keluarga berencana merupakan upaya mengatur kelahiran anak, jarak kehamilan, dan jumlah anak yang diinginkan dengan berbagai metode yang tersedia. Dalam pengelolaannya, diperlukan strategi dan kebijakan yang dapat menjamin akses masyarakat terhadap layanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana secara adil dan berkualitas.

7.1.1 Definisi Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam semua aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi, dan prosesnya. Definisi ini mencakup hak setiap individu untuk:

- a. Memperoleh informasi dan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas.
- b. Memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab jumlah, jarak, dan waktu kelahiran anak.
- c. Mendapatkan perlindungan dari kekerasan seksual, infeksi menular seksual (IMS), serta risiko kehamilan yang tidak diinginkan.

7.1.2 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi sangat luas dan mencakup seluruh siklus kehidupan, termasuk:

- a. Kesehatan reproduksi remaja
- b. Kesehatan ibu (kehamilan, persalinan, nifas)
- c. Kesehatan bayi baru lahir
- d. Keluarga berencana
- e. Infertilitas
- f. Pencegahan dan penanganan IMS dan HIV/AIDS
- g. Kesehatan reproduksi lansia
- h. Kekerasan berbasis gender dan seksual.

7.1.3 Prinsip-prinsip Hak Reproduksi

Hak-hak reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia, yang mencakup:

- a. Hak atas informasi dan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi.
- b. Hak atas pelayanan kesehatan yang aman, efektif, terjangkau, dan dapat diterima.
- c. Hak untuk memilih apakah ingin memiliki anak atau tidak, serta kapan dan berapa banyak.
- d. Hak untuk menikmati kehidupan seksual yang aman dan memuaskan tanpa paksaan, diskriminasi, dan kekerasan.

7.1.4 Pentingnya Kesehatan Reproduksi

Investasi dalam kesehatan reproduksi berdampak langsung pada:

- a. Penurunan angka kematian ibu dan bayi.
- b. Peningkatan kualitas hidup perempuan dan keluarga.
- c. Penguatan ketahanan keluarga dan sosial.
- d. Pengendalian jumlah dan kualitas penduduk.
- e. Peningkatan produktivitas dan pembangunan berkelanjutan.

7.1.5 Tantangan dalam Kesehatan Reproduksi

Beberapa tantangan utama di Indonesia dan negara berkembang lainnya meliputi:

- a. Akses terbatas terhadap pelayanan kesehatan reproduksi.
- b. Kurangnya pendidikan dan informasi kesehatan seksual dan reproduksi.
- c. Angka kehamilan remaja dan pernikahan dini yang tinggi.

- d. Angka kejadian kekerasan seksual dan diskriminasi gender.
- e. Ketimpangan dalam layanan untuk kelompok rentan (disabilitas, lansia, daerah terpencil).

7.1.6 Peran Tenaga Kesehatan dan Lembaga Terkait

Tenaga kesehatan seperti bidan, perawat, dan dokter memiliki peran penting dalam:

- a. Memberikan konseling dan edukasi kesehatan reproduksi.
 - [1] Menyediakan informasi yang benar dan sesuai usia tentang kesehatan reproduksi, siklus menstruasi, kontrasepsi, infeksi menular seksual, serta hak-hak reproduksi.
 - [2] Memberikan konseling pranikah, prakonsepsi, serta konseling selama masa kehamilan dan nifas.
 - [3] Membantu individu membuat keputusan yang tepat dan sadar mengenai pilihan reproduktif mereka.
- b. Menyediakan layanan kontrasepsi dan kesehatan ibu.
 - [1] Memberikan berbagai pilihan metode kontrasepsi modern, melakukan pemasangan dan monitoring alat kontrasepsi secara aman dan sesuai indikasi.
 - [2] Melaksanakan pelayanan antenatal care (ANC), persalinan yang aman, serta pemantauan masa nifas untuk mendeteksi komplikasi secara dini.
 - [3] Menangani masalah fertilitas dan merujuk bila diperlukan ke fasilitas tingkat lanjut.

c. Meningkatkan kesadaran masyarakat melalui promosi kesehatan.

[1] Melaksanakan penyuluhan kepada masyarakat di berbagai setting (puskesmas, posyandu, sekolah, komunitas) mengenai pentingnya menjaga kesehatan reproduksi.

[2] Menjalin kemitraan dengan tokoh masyarakat dan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan reproduksi.

[3] Mendorong keterlibatan laki-laki dalam program kesehatan reproduksi, termasuk dalam hal perencanaan keluarga.

Sementara itu, pemerintah dan lembaga non-pemerintah juga berperan dalam:

a. Menyusun kebijakan yang pro-kesehatan reproduksi.

[1] Mengembangkan regulasi, pedoman, dan kebijakan nasional tentang pelayanan kesehatan reproduksi yang adil dan inklusif.

[2] Menjamin adanya perlindungan hukum terhadap hak-hak kesehatan reproduksi, termasuk kelompok rentan seperti remaja, perempuan, dan penyandang disabilitas.

[3] Menerapkan kebijakan jaminan kesehatan nasional yang mendukung layanan reproduksi gratis atau terjangkau.

b. Mengembangkan program intervensi dan pendampingan.

[1] Menyusun program berbasis bukti seperti program penurunan kematian ibu dan bayi, program remaja sehat, serta penanggulangan infeksi menular seksual.

- [2] Memberikan layanan terpadu termasuk pelayanan psikososial dan hukum bagi korban kekerasan seksual atau eksploitasi.
- [3] Meningkatkan kolaborasi lintas sektor dalam menangani isu kesehatan reproduksi melalui program lintas kementerian (Kemenkes, Kemensos, BKKBN, dll.).
- c. Menyediakan sumber daya dan pelatihan untuk petugas kesehatan.
 - [1] Menyediakan pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan tentang pelayanan reproduksi yang sensitif gender dan berbasis hak.
 - [2] Memfasilitasi ketersediaan alat dan bahan medis esensial untuk pelayanan kesehatan reproduksi.
 - [3] Mengembangkan sistem pemantauan dan evaluasi untuk menjamin mutu pelayanan yang diberikan di semua tingkat fasilitas kesehatan.

7.2 Manajemen Kesehatan Reproduksi

7.2.1 Manajemen Pelayanan Kesehatan Reproduksi

1. Konsep Dasar Manajemen Pelayanan

Konsep dasar manajemen pelayanan mencakup perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi yang diterapkan dalam layanan kesehatan reproduksi.

- Perencanaan: Menentukan tujuan dan strategi untuk meningkatkan kualitas layanan, seperti meningkatkan aksesibilitas dan efektivitas layanan kesehatan reproduksi.

- Pengorganisasian: Menyusun struktur organisasi yang tepat untuk memastikan setiap tingkatan layanan kesehatan bekerja dengan baik dan terkoordinasi, mulai dari puskesmas hingga rumah sakit.
- Pelaksanaan: Menerapkan perencanaan dan kebijakan dalam praktik sehari-hari, termasuk menyediakan fasilitas, sumber daya manusia, dan teknologi yang memadai.
- Evaluasi: Melakukan penilaian rutin terhadap efektivitas layanan untuk memastikan layanan yang diberikan berkualitas, merata, dan berkelanjutan. Evaluasi dilakukan melalui feedback dari klien dan indikator mutu yang telah ditetapkan.

2. Sistem Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Sistem pelayanan kesehatan reproduksi di Indonesia memiliki struktur berlapis, mulai dari tingkat **primer** (puskesmas, posyandu), **sekunder** (klinik KB, rumah sakit kelas D), hingga **tersier** (rumah sakit dengan fasilitas lengkap).

- Puskesmas: Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan utama, menyediakan layanan kesehatan dasar seperti imunisasi, pemeriksaan kesehatan ibu hamil, dan konseling keluarga berencana.
- Klinik KB: Menyediakan layanan kontrasepsi, termasuk pemasangan IUD, implant, suntik, serta edukasi terkait program KB.
- Rumah Sakit: Menyediakan layanan kesehatan reproduksi lanjutan, termasuk perawatan nifas,

penanganan komplikasi kehamilan, serta penanganan penyakit menular seksual (IMS).

- BKKBN: Berperan dalam koordinasi dan perencanaan kebijakan terkait keluarga berencana dan kesehatan reproduksi di Indonesia.

3. Penerapan Manajemen Mutu dalam Layanan Reproduksi

Penerapan manajemen mutu bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan reproduksi.

- Standar Pelayanan Minimal (SPM): Menetapkan standar dasar yang harus dipenuhi oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan untuk memastikan pelayanan berkualitas.
- Akreditasi: Proses evaluasi terhadap kualitas pelayanan untuk memenuhi standar yang ditetapkan oleh lembaga akreditasi.
- Audit Mutu: Dilakukan untuk memeriksa dan mengevaluasi kualitas pelayanan di lapangan.
- SOP: Standar Operasional Prosedur yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam memberikan layanan, memastikan prosedur yang tepat dan aman.
- Evaluasi Berkelanjutan: Memastikan bahwa standar dan kualitas layanan selalu diperbaharui sesuai dengan perkembangan terbaru dalam ilmu kesehatan.

7.2.2 Manajemen Kesehatan Reproduksi Remaja

1. Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja

Remaja menghadapi berbagai permasalahan kesehatan reproduksi yang membutuhkan perhatian khusus, antara lain:

- Kehamilan di luar nikah: Salah satu masalah utama yang berdampak pada kesehatan fisik dan mental remaja.
- Aborsi tidak aman: Banyak remaja yang mencoba mengakhiri kehamilan dengan cara yang tidak aman, yang dapat membahayakan nyawa.
- Infeksi menular seksual (IMS): Remaja rentan terhadap IMS akibat perilaku seksual berisiko.
- Kurangnya informasi: Remaja sering kali tidak mendapatkan informasi yang akurat tentang kesehatan reproduksi.
- Tekanan sosial: Remaja sering terpengaruh oleh tekanan sosial untuk terlibat dalam hubungan seksual tanpa pemahaman yang memadai.

2. Pendidikan Seksualitas dan Pencegahan Risiko

Pendidikan seksualitas yang komprehensif dan sesuai usia sangat penting untuk meningkatkan pemahaman remaja tentang tubuh mereka dan risiko yang terkait dengan perilaku seksual.

- Pendidikan seks yang komprehensif: Membahas topik-topik seperti anatomi tubuh, kesehatan menstruasi, kontrasepsi, dan pencegahan IMS.
- Pencegahan risiko: Memberikan informasi tentang penggunaan kondom, pentingnya komunikasi

dengan pasangan, dan hak untuk menolak hubungan seksual yang tidak diinginkan.

3. Peran Keluarga, Sekolah, dan Masyarakat

Tiga pilar penting dalam mendukung kesehatan reproduksi remaja:

- Keluarga: Merupakan sumber utama pendidikan seksual yang sehat, membantu remaja memahami nilai-nilai sosial dan budaya terkait seksualitas.
- Sekolah: Sebagai tempat untuk memberikan pendidikan seks formal dan informasi tentang kesehatan reproduksi.
- Masyarakat: Lingkungan sosial yang mendukung pendidikan dan kesadaran tentang kesehatan reproduksi, termasuk mengurangi stigma terkait masalah seksual.

7.2.3 Manajemen Kesehatan Reproduksi pada Wanita

1. Kesehatan Menstruasi

Manajemen kesehatan menstruasi mencakup:

- Kebersihan Menstruasi: Menyediakan informasi tentang cara menjaga kebersihan selama menstruasi untuk mencegah infeksi.
- Gangguan Menstruasi: Mengidentifikasi dan menangani gangguan menstruasi seperti dismenore (nyeri haid), amenore (tidak haid), dan menoragia (perdarahan berlebihan).

2. Masalah Fertilitas dan Infertilitas

Infertilitas dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik fisik maupun psikologis.

- Penyebab: Infertilitas wanita sering kali terkait dengan gangguan ovulasi, saluran tuba yang tersumbat, atau masalah dengan rahim.
 - Pendekatan Diagnostik: Pemeriksaan kesuburan melalui tes hormon, USG, dan histerosalpingografi.
 - Pendekatan Terapeutik: Terapi hormonal, inseminasi buatan, atau fertilisasi in vitro (IVF).
3. Kesehatan Selama Kehamilan, Persalinan, dan Nifas
- Manajemen kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan nifas harus bersifat terpadu:
- Antenatal Care (ANC): Pemeriksaan rutin selama kehamilan untuk mencegah komplikasi.
 - Persalinan Aman: Menjamin adanya tenaga kesehatan yang kompeten selama proses persalinan.
 - Perawatan Nifas: Memastikan ibu mendapatkan perawatan pasca-persalinan untuk mencegah infeksi dan komplikasi lainnya.

7.2.4 Manajemen Kesehatan Reproduksi pada Pria

1. Edukasi dan Keterlibatan Pria dalam Kesehatan Reproduksi

Edukasi kepada pria mengenai kesehatan reproduksi sangat penting, termasuk:

- Pentingnya peran pria dalam mendukung pasangan, menggunakan kontrasepsi, dan memeriksakan kesehatan reproduksi.
- Kesadaran terhadap kesehatan pribadi: Mengenal faktor-faktor yang mempengaruhi kesuburan dan kesehatan seksual pria.

2. Isu-isu Khusus: Infertilitas Pria, Kanker Reproduksi Pria

- Infertilitas Pria: Faktor-faktor seperti oligospermia (jumlah sperma rendah), varikokel (kelainan pembuluh darah testis), dan gaya hidup memengaruhi kesuburan pria.
- Kanker Pria: Kanker testis dan prostat, dengan penekanan pada deteksi dini dan penanganannya.

7.2.5 Pencegahan dan Penanganan Infeksi Menular Seksual (IMS)

a. Jenis-jenis IMS dan Dampaknya

Beberapa IMS yang sering ditemukan: HIV/AIDS, sifilis, gonore, dan klamidia, yang dapat berdampak pada kesuburan, kesehatan kehamilan, dan kualitas hidup secara umum.

b. Deteksi Dini dan Penanganan

Pentingnya deteksi dini melalui pemeriksaan rutin dan pengobatan tepat waktu untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

c. Promosi Perilaku Seks Aman

Promosi penggunaan kondom, berkomunikasi dengan pasangan, serta mengurangi jumlah pasangan seksual sebagai upaya utama dalam pencegahan IMS.

7.2.6 Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Khusus

a. Kekerasan Seksual

Menangani korban kekerasan seksual dengan pendekatan yang sensitif dan sesuai prosedur, termasuk memberikan dukungan psikologis dan layanan medis.

b. Perdagangan Orang dan Eksploitasi Seksual

Membantu korban dengan mengidentifikasi mereka dalam layanan kesehatan dan memberikan perlindungan sesuai dengan hukum.

c. Reproduksi pada Kelompok Rentan

Layanan kesehatan reproduksi untuk kelompok rentan seperti penyandang disabilitas atau lansia memerlukan perhatian khusus terkait aksesibilitas, penghormatan terhadap hak, dan pengurangan diskriminasi.

7.3 Manajemen Program Keluarga Berencana (KB)

7.3.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian dan Tujuan KB

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya untuk mengatur kelahiran anak, jarak kelahiran, dan jumlah anak yang diinginkan melalui penggunaan kontrasepsi. Tujuan KB meliputi:

[1] Meningkatkan kualitas hidup keluarga.

Dengan mengatur jumlah dan jarak kelahiran, orang tua dapat lebih fokus dalam mengasuh dan membesarkan anak-anaknya. Anak mendapatkan perhatian, kasih sayang, pendidikan, dan gizi yang cukup, sehingga tumbuh menjadi generasi yang sehat dan produktif.

KB juga memberi ruang bagi ibu untuk menjaga kesehatannya, serta bagi pasangan untuk

mencapai keseimbangan antara kehidupan keluarga dan sosial-ekonomi.

[2] Menurunkan angka kelahiran.

Salah satu tujuan utama KB adalah menekan laju pertumbuhan penduduk yang terlalu cepat. Dengan menurunnya angka kelahiran, maka tekanan terhadap sumber daya alam, pelayanan publik, dan fasilitas kesehatan dapat dikendalikan.

Program ini penting terutama di negara dengan jumlah penduduk besar seperti Indonesia, untuk mencegah over-populasi dan dampak sosial-ekonomi yang menyertainya.

[3] Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

Melalui penggunaan kontrasepsi yang tepat dan konseling yang baik, KB membantu mencegah terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan, baik pada pasangan muda, pasangan dengan kondisi kesehatan tertentu, atau pada usia yang tidak ideal (terlalu muda atau terlalu tua).

Pencegahan ini turut menurunkan angka aborsi tidak aman dan risiko kematian ibu akibat komplikasi kehamilan.

[4] Mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera.

Konsep “dua anak cukup” merupakan salah satu bentuk implementasi dari KB dalam rangka menciptakan keluarga ideal. Keluarga kecil memungkinkan pembinaan keluarga yang lebih optimal dalam hal pendidikan, kesehatan, ekonomi, dan keharmonisan rumah tangga. Kesejahteraan keluarga inilah yang pada akhirnya

akan berkontribusi pada kualitas sumber daya manusia suatu bangsa.

2. Sejarah Perkembangan KB di Indonesia

Menelusuri perkembangan program KB sejak tahun 1970-an, peran BKKBN, keberhasilan menurunkan Total Fertility Rate (TFR), dan transformasi program KB dari pendekatan kuantitatif ke pendekatan berkualitas dan berpusat pada hak reproduksi.

7.3.2 Jenis dan Metode Kontrasepsi

a. Metode Alami

- Pantang berkala, metode kalender, dan mukus serviks.
- Tanpa alat atau obat, tapi membutuhkan pemahaman siklus menstruasi dan kedisiplinan tinggi.

b. Metode Hormonal

- Pil KB: kombinasi hormon estrogen dan progestin.
- Suntik KB: diberikan setiap 1 bulan atau 3 bulan.
- Implan: batang kecil di bawah kulit, bekerja hingga 3–5 tahun.

c. Metode Non-Hormonal

- IUD (Intrauterine Device): alat kecil di dalam rahim, bekerja hingga 5–10 tahun.
- Kondom: mencegah kehamilan dan melindungi dari IMS.
- MOW (Metode Operasi Wanita) dan MOP (Metode Operasi Pria): permanen.

d. Kontrasepsi Darurat dan Jangka Panjang

- Kontrasepsi darurat: diminum maksimal 72 jam pasca hubungan seksual tanpa pengaman.
- Metode jangka panjang: seperti IUD dan implan, efektif dan praktis untuk pasangan yang ingin menunda kehamilan dalam jangka waktu lama.

7.3.3 Manajemen Pelayanan KB

Manajemen pelayanan KB mencakup serangkaian proses yang sistematis dan terstruktur untuk memastikan bahwa setiap individu atau pasangan yang mengakses layanan keluarga berencana mendapatkan pelayanan yang berkualitas, tepat sasaran, dan berkelanjutan. Tiga komponen utama dalam pelayanan KB adalah: konseling yang efektif, pemilihan metode yang tepat, serta pemantauan dan tindak lanjut.

a. Konseling KB yang Efektif

Konseling adalah langkah awal yang sangat penting dalam pelayanan KB. Tujuannya adalah membantu klien memahami pilihan kontrasepsi yang tersedia, serta mendukung keputusan yang sesuai dengan nilai, kebutuhan, dan kondisi kesehatannya. Karakteristik konseling yang efektif:

- Memberikan informasi lengkap dan objektif: Semua metode KB dijelaskan secara netral, mencakup kelebihan, kekurangan, efek samping, dan cara penggunaannya.
- Tidak menghakimi: Tenaga kesehatan harus bersikap empatik dan terbuka, tanpa

memperlihatkan penilaian moral atau sosial terhadap pilihan atau latar belakang klien.

- Menghormati keputusan klien: Konselor tidak memaksakan pilihan. Klien memiliki hak otonomi untuk memilih metode yang dirasa paling sesuai.
- Menggunakan pendekatan GATHER:
 - [1] Greet: Sambut klien dengan hangat dan hormat.
 - [2] Ask: Tanyakan kebutuhan, riwayat kesehatan, dan harapan klien.
 - [3] Tell: Berikan informasi tentang berbagai metode kontrasepsi.
 - [4] Help: Bantu klien membuat keputusan yang tepat.
 - [5] Explain: Jelaskan cara penggunaan dan efek samping metode yang dipilih.
 - [6] Return: Jadwalkan kunjungan ulang untuk evaluasi dan tindak lanjut.

b. Pemilihan Metode Sesuai Kebutuhan Klien

Pemilihan metode kontrasepsi harus berdasarkan *client-centered approach*, yakni mempertimbangkan aspek medis, psikologis, dan sosial dari klien.

Hal-hal yang dipertimbangkan dalam pemilihan metode:

- Riwayat kesehatan: Kondisi medis tertentu dapat menjadi kontraindikasi, misalnya hipertensi untuk kontrasepsi hormonal kombinasi.

- Usia dan jumlah anak: Wanita usia subur dengan anak yang sudah cukup mungkin cocok dengan metode jangka panjang seperti IUD atau MOW.
- Rencana reproduksi: Pasangan yang masih ingin punya anak lagi sebaiknya menggunakan metode yang dapat dihentikan dengan cepat seperti pil atau kondom.
- Preferensi dan kenyamanan: Melibatkan klien dalam pengambilan keputusan meningkatkan kepatuhan dan kepuasan dalam penggunaan KB.
- Efektivitas dan risiko efek samping: Setiap metode memiliki tingkat efektivitas dan potensi efek samping yang perlu dijelaskan.

c. Pemantauan dan Tindak Lanjut

Setelah metode kontrasepsi dipilih dan digunakan, pelayanan KB tidak berhenti di sana. Tindak lanjut sangat penting untuk menjamin keberhasilan program KB dan kenyamanan klien. Langkah-langkah penting dalam pemantauan:

- Menilai efek samping dan kenyamanan: Tenaga kesehatan perlu memantau apakah metode KB menimbulkan keluhan atau gangguan kesehatan.
- Menilai keberlanjutan pemakaian: Adakah hambatan yang membuat klien ingin berhenti? Apakah klien ingin mengganti metode?
- Pemberian rujukan: Jika terdapat komplikasi atau kebutuhan medis khusus, klien harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.
- Edukasi berkelanjutan: Informasi tambahan tentang penggunaan yang benar, langkah jika

lupa minum pil, atau kapan metode perlu diganti, harus terus diberikan.

7.3.4 Peran Tenaga Kesehatan dalam Program KB

- a. Tugas Bidan, Dokter, dan Penyuluh KB
 - Bidan: konseling, pelayanan kontrasepsi dasar (pil, suntik, implan, IUD).
 - Dokter: tindakan medis lanjutan (MOW/MOP), penanganan komplikasi.
 - Penyuluh KB: edukasi dan advokasi kepada masyarakat.
- b. Pelayanan KB Berbasis Komunitas
 - Melalui Posyandu, Desa Siaga, Kampung KB.
 - Meningkatkan akses dan cakupan dengan melibatkan kader dan tokoh masyarakat.

7.3.5 Promosi dan Edukasi Keluarga Berencana

- a. Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku (KIE)
 - Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) untuk meningkatkan kesadaran dan mengubah sikap serta perilaku terkait KB.
 - Pendekatan interpersonal, kelompok, dan massal.
- b. Penggunaan Media dan Teknologi dalam Edukasi KB
 - Media cetak, elektronik, dan digital (aplikasi, media sosial).
 - Konten kreatif dan interaktif untuk menjangkau generasi muda.
- c. Studi Kasus Sukses Program KB
 - Contoh praktik baik dari daerah/kampung KB yang berhasil meningkatkan partisipasi masyarakat.

- Faktor keberhasilan dan replikasi program di wilayah lain.

7.3.6 Evaluasi dan Monitoring Program KB

a. Indikator Keberhasilan Program KB

- Cakupan peserta aktif KB.
- Penurunan TFR.
- Tingkat kepuasan klien.
- Jumlah unmet need yang menurun.

b. Manajemen Data dan Pelaporan

- Sistem informasi KB (SIGA/BKKBN).
- Pengumpulan dan pelaporan data yang akurat sebagai dasar kebijakan.

c. Tantangan dan Solusi Implementasi

- Tantangan: penolakan budaya, mitos tentang kontrasepsi, keterbatasan tenaga.
- Solusi: pendekatan kultural, pelatihan tenaga, penggunaan media edukatif.

7.4 Tantangan dan Arah Masa Depan

Bab ini merangkum berbagai tantangan kontemporer dan peluang ke depan dalam pengelolaan kesehatan reproduksi dan program keluarga berencana, serta memberikan rekomendasi strategis yang relevan bagi tenaga kesehatan, pengambil kebijakan, dan akademisi.

- Globalisasi dan Dampaknya terhadap Kesehatan Reproduksi

Mobilitas penduduk yang tinggi, arus migrasi, dan urbanisasi mempercepat penyebaran informasi, tetapi juga meningkatkan risiko penyebaran infeksi menular

seksual (IMS), eksploitasi seksual, serta ketimpangan akses layanan kesehatan.

Paparan media dan internet turut memengaruhi persepsi, nilai, dan perilaku seksual masyarakat, terutama remaja. Hal ini menciptakan kebutuhan akan pendidikan seks yang lebih terbuka dan komprehensif. Ketimpangan akses layanan kesehatan antar daerah menjadi lebih terlihat dalam era globalisasi, menuntut sistem yang lebih merata dan responsif.

- Reformasi Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB

Transformasi layanan menjadi lebih inklusif dan berbasis hak: Layanan tidak lagi berfokus pada pengendalian jumlah penduduk, tetapi pada pemenuhan hak reproduksi individu.

Digitalisasi layanan: Penggunaan aplikasi kesehatan, telekonsultasi, dan sistem informasi kesehatan berbasis teknologi untuk memperluas akses dan meningkatkan efisiensi layanan.

Pendekatan interprofesional: Kolaborasi antara berbagai profesi kesehatan (bidan, dokter, psikolog, penyuluh KB, pekerja sosial) dalam pendekatan holistik dan integratif.

- Rekomendasi Kebijakan dan Praktik Masa Depan

Peningkatan literasi kesehatan reproduksi di semua jenjang pendidikan, khususnya bagi remaja dan kelompok rentan.

Penguatan kapasitas tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang ramah, tidak diskriminatif, dan berbasis bukti.

Pembangunan sistem layanan yang berkeadilan: menjangkau wilayah terpencil, masyarakat adat, kelompok minoritas, dan penyandang disabilitas.

Integrasi layanan KB dan kesehatan reproduksi dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memastikan keberlanjutan dan aksesibilitas.

Advokasi dan kebijakan berbasis data: penyusunan program yang merespons tantangan lokal dan tren global, didukung data yang akurat dan real-time.

DAFTAR PUSTAKA

- Adji, I. R., & Sulistyani, E. (2023). *Manajemen Kesehatan Reproduksi: Konsep dan Implementasi di Indonesia*. Jakarta: Penerbit Kesehatan.
- BKKBN. (2020). *Statistik Keluarga Berencana Indonesia: Tren dan Capaian 2020*. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Dawson, A. J., & Tormey, A. P. (2019). *Global Health and Reproductive Rights: Challenges and Opportunities*. London: Cambridge University Press.
- Hardjowijono, S. (2022). *Keluarga Berencana di Indonesia: Sejarah dan Transformasi Program KB*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Hester, D., & Nelson, A. (2021). *Reproductive Health and Family Planning: Global Perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Kemenkes RI. (2021). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi: Protokol Layanan di Fasilitas Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Panduan Penyuluhan Keluarga Berencana di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lestari, S., & Suprpto, T. (2023). *Edukasi Kesehatan Reproduksi untuk Remaja dan Kelompok Rentan*. Yogyakarta: Pustaka Karya.

- Mathe, J., & Callahan, D. (2019). *Reproductive Health in Global Settings: Challenges and Strategies for the 21st Century*. New York: Routledge.
- Moore, T., & Cross, A. (2020). *Health Policy and Family Planning: A Global Perspective*. Washington, DC: WHO Press.
- Nurdiana, S., & Widiastuti, R. (2020). *Metode Kontrasepsi dan Keamanan Kesehatan Reproduksi: Perspektif Bidan dan Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Purwanti, E. (2021). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Puskesmas: Pengalaman dan Praktik Terbaik*. Semarang: Pustaka Medika.
- Suryanto, A. & Kusumawati, R. (2022). *Inovasi dalam Pelayanan Keluarga Berencana: Studi Kasus di Desa Siaga*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- WHO. (2021). *Global Reproductive Health Report: Strategies for Advancing Reproductive Rights*. Geneva: World Health Organization.
- Yuliana, D., & Irwansyah, M. (2021). *Evaluasi Program Keluarga Berencana di Indonesia: Tantangan dan Solusi*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

BAB 8

RUJUKAN DAN MANAJEMEN KEGAWATDARURATAN KEBIDANAN

Oleh Oei Stefani Yuanita Widodo

8.1 Pendahuluan

Kegawatdaruratan kebidanan dan sistem rujukan memainkan peran krusial dalam mengurangi angka kesakitan serta kematian ibu dan bayi. Bidan, sebagai tenaga kesehatan primer, memiliki tanggung jawab besar untuk mengenali kondisi gawat darurat dan menentukan kapan rujukan kepada fasilitas yang lebih memadai diperlukan. Pengetahuan tentang emergency obstetric care (EmOC) di antara bidan terbukti berpengaruh terhadap kualitas dan hasil perawatan obstetri, serta kemampuan mereka untuk menangani masalah obstetrik yang mengancam jiwa, seperti perdarahan postpartum dan komplikasi lain yang serius (Ebong et al., 2023, Singh et al., 2022). Di banyak daerah, terutama yang kekurangan fasilitas medis yang memadai, keberadaan dan efisiensi sistem rujukan sangat penting (Dzever et al., 2021). Rujukan yang efektif tidak hanya memastikan pasien menerima perawatan yang tepat, tetapi juga dapat meningkatkan keselamatan ibu dan bayi dengan memanfaatkan keterampilan bidan dalam merespons

kondisi kritis sebelum rujukan dilakukan (Nyamtema et al., 2022, Prakash et al., 2022).

Keterampilan teknis dan pengetahuan yang baik tentang kondisi darurat dapat mengoptimalkan respons terhadap situasi kritis, dengan pelatihan yang sesuai untuk bidan menjadi faktor penentu dalam meningkatkan performa dalam perawatan darurat obstetri (Nabulo et al., 2023, Turkistani et al., 2022). Sistem triase yang baik juga berkontribusi pada peningkatan manajemen kegawatdaruratan, memungkinkan bidan dan tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan prioritas pelayanan yang urgent berdasarkan kondisi pasien (Husain et al., 2023, Lindroos et al., 2021). Oleh karena itu, pendekatan kolaboratif untuk sinergisme penguatan keterampilan dan sistem rujukan dalam kegawatdaruratan kebidanan diharapkan dapat berkontribusi pada penurunan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi di berbagai setting kesehatan (Almanfaluthi et al., 2022, Chiwhane and Chiwhane, 2024, Whaley et al., 2022).

Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa keterampilan bidan dan sistem rujukan yang efisien harus dikembangkan secara bersama-sama untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal bagi ibu dan bayi, mempertegas pentingnya kedua aspek ini dalam upaya pencegahan dan pengelolaan kegawatdaruratan obstetri yang lebih baik (Dzever et al., 2021, Helmy et al., 2022).

8.2 Sistem Rujukan dalam Kebidanan

Sistem rujukan dalam layanan kebidanan di Indonesia berperan sebagai jembatan penting antara fasilitas kesehatan primer, seperti Puskesmas, dan institusi kesehatan yang lebih kompleks, seperti rumah sakit. Implementasi sistem rujukan berjenjang ini ditujukan untuk memastikan pasien dengan kondisi medis tertentu, seperti preeklamsia berat, perdarahan postpartum, atau gawat janin, dapat memperoleh perawatan lanjutan yang lebih tepat dan efektif (Ratnawati et al., 2023, Luluk, 2020). Pada kasus ibu hamil dengan tekanan darah yang meningkat drastis dan tanda-tanda eklampsia, bidan di Puskesmas harus segera melakukan rujukan ke rumah sakit yang memiliki fasilitas perawatan intensif untuk menghindari risiko kejang yang dapat membahayakan nyawa ibu dan janin.

Rujukan harus dilakukan berdasarkan indikasi medis yang jelas agar prosesnya berjalan dengan baik; namun, seringkali terdapat kendala yang dihadapi. Keterbatasan dalam transportasi medis dan keterlambatan dalam pengambilan keputusan sering menjadi faktor penghambat dalam sistem rujukan ini, yang dapat berkontribusi terhadap peningkatan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi (Luh, 2021, Ristanti and Zuwariyah, 2020). Dalam kondisi gawat darurat seperti solusio plasenta, di mana plasenta terlepas sebelum persalinan dan menyebabkan perdarahan hebat, penundaan dalam proses rujukan dapat menyebabkan kehilangan darah yang fatal bagi ibu dan janin. Sering kali, akses ambulans terbatas, dan pasien harus menunggu lama untuk mendapatkan transportasi yang

sesuai. Selain itu, keputusan rujukan yang terlambat karena ketidakpahaman keluarga terhadap kondisi darurat juga menjadi tantangan yang dihadapi bidan dalam praktik sehari-hari.

Para bidan memiliki tanggung jawab untuk memastikan kondisi pasien stabil sebelum melakukan rujukan. Ini termasuk pemantauan dan pengendalian terhadap keadaan pasien agar dapat mencegah komplikasi selama proses rujukan. Pada kasus perdarahan postpartum akibat atonia uteri, bidan harus segera memberikan uterotonika seperti oksitosin untuk membantu kontraksi rahim sebelum pasien dipindahkan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Selain itu, dalam kasus gawat janin yang ditandai dengan detak jantung janin yang tidak stabil, bidan dapat memberikan oksigen kepada ibu dan mengubah posisinya agar aliran darah ke janin tetap optimal. Langkah-langkah ini bertujuan untuk memperpanjang waktu yang dimiliki pasien agar tetap dalam kondisi yang relatif stabil saat dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

Selain memastikan kondisi pasien, bidan juga harus memberikan informasi yang lengkap dan akurat kepada tenaga kesehatan di fasilitas rujukan agar lanjutan perawatan berjalan lancar dan komprehensif (Cholifah and Rinata, 2022, Muhamad and Madjid, 2024). Komunikasi yang efektif antara bidan di tingkat primer dan tenaga medis di rumah sakit sangat krusial untuk menghindari keterlambatan dalam tindakan medis. Dalam kasus preeklamsia berat yang telah dirujuk, dokter spesialis kandungan di rumah sakit harus segera mengetahui riwayat tekanan darah pasien, obat-obatan yang sudah diberikan,

serta tindakan awal yang telah dilakukan oleh bidan di fasilitas primer. Informasi yang tidak lengkap atau tidak jelas dapat menghambat pengambilan keputusan medis dan berisiko memperburuk kondisi pasien.

Dengan pengelolaan yang baik, sistem rujukan berjenjang diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan maternal dan berkontribusi secara signifikan dalam menurunkan angka fatalitas dalam kasus kegawatdaruratan obstetri di Indonesia (Luluk, 2020, Salsabila et al., 2022). Keberhasilan sistem rujukan ini sangat tergantung pada koordinasi dan komunikasi antar penyedia layanan kesehatan, sehingga upaya perbaikan dalam struktur dan organisasi sistem rujukan wajib menjadi prioritas agar efektivitasnya dapat tercapai (Iswati et al., 2020, Rahmadani et al., 2020). Penggunaan teknologi seperti aplikasi digital untuk koordinasi rujukan dapat menjadi salah satu solusi untuk mempercepat proses dan meningkatkan akurasi informasi yang diberikan kepada fasilitas rujukan. Selain itu, pelatihan berkelanjutan bagi bidan mengenai pengelolaan kegawatdaruratan dan prosedur rujukan yang efisien sangat diperlukan untuk memastikan setiap pasien mendapatkan pelayanan yang cepat dan tepat guna.

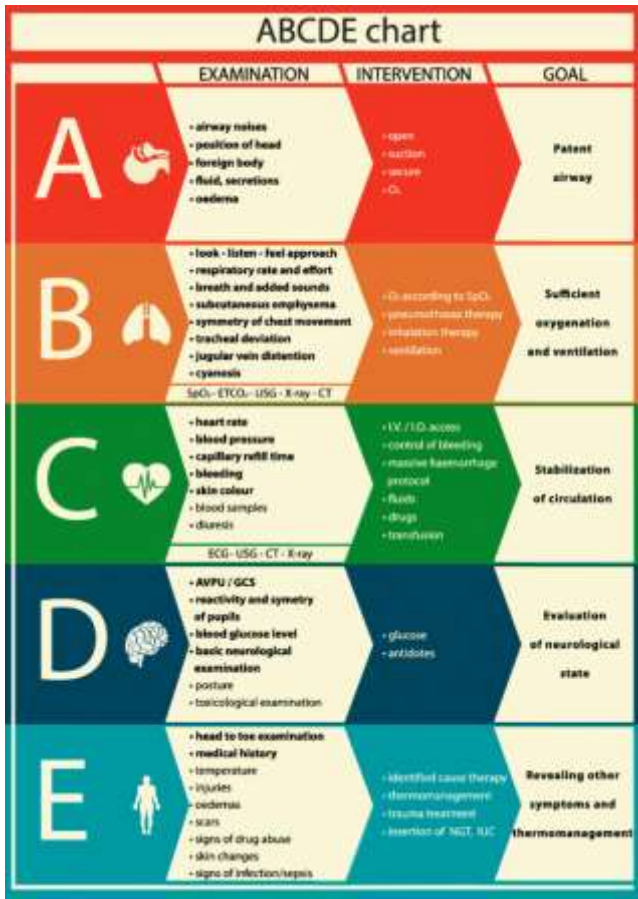
8.3 Manajemen Kegawatdaruratan Kebidanan

Manajemen kegawatdaruratan kebidanan mencakup serangkaian tindakan yang cepat dan tepat, yang diperlukan dalam menangani kondisi kritis seperti perdarahan postpartum, eklampsia, dan distosia sebelum pasien

mendapatkan perawatan lanjutan di fasilitas yang lebih lengkap. Dalam menghadapi kondisi kegawatdaruratan ini, prinsip utama yang harus diterapkan adalah stabilisasi pasien. Misalnya, pada kasus gawat janin yang ditandai dengan bradikardia (detak jantung janin yang melambat), bidan harus segera memberikan oksigen kepada ibu, mengubah posisi pasien ke sisi kiri untuk meningkatkan aliran darah ke janin, dan memantau perkembangan kondisi secara ketat sebelum dilakukan rujukan. Dalam kasus perdarahan postpartum akibat atonia uteri, pemberian uterotonika seperti oksitosin atau misoprostol menjadi langkah pertama yang harus dilakukan untuk membantu kontraksi rahim dan mengurangi kehilangan darah yang berlebihan. Jika pasien mengalami syok akibat perdarahan hebat, bidan harus segera memasang infus dengan cairan kristaloid atau koloid untuk mempertahankan volume darah dan tekanan darah pasien sebelum dirujuk ke fasilitas yang lebih tinggi (Feriyal et al., 2023, Uyun et al., 2021).

Pendekatan Airway, Breathing, Circulation (ABC) juga diterapkan dalam manajemen kegawatdaruratan obstetri untuk menjaga fungsi vital pasien. Misalnya, dalam kasus eklampsia dengan kejang, bidan harus segera memastikan jalan napas pasien tetap terbuka (Airway), memberikan oksigen untuk mendukung pernapasan (Breathing), serta memantau tekanan darah dan denyut nadi (Circulation) guna mencegah komplikasi lebih lanjut. Selain itu, pemberian magnesium sulfat sebagai terapi lini pertama untuk mencegah kejang berulang harus dilakukan segera sesuai dengan protokol yang berlaku. Dengan memahami dan menerapkan prosedur ini, bidan dapat meningkatkan kemampuan mereka dalam menangani kasus-kasus darurat

dengan lebih efektif, mengurangi risiko komplikasi yang lebih serius, dan berkontribusi pada keselamatan ibu serta bayi (Dzulham, 2020, Feriyal et al., 2023).



Gambar 8. 1. Protokol kegawatdaruratan
(Sumber : (Peran et al., 2020))

Selain pendekatan ABC, pemahaman mendalam tentang karakteristik kondisi seperti preeklamsia, yang dapat berkembang menjadi eklampsia, sangat penting bagi bidan untuk segera mengambil langkah-langkah darurat guna

menghindari konsekuensi fatal bagi pasien. Misalnya, seorang ibu hamil yang menunjukkan tanda-tanda preeklamsia berat, seperti tekanan darah di atas 160/110 mmHg dan adanya protein dalam urine, harus segera mendapatkan intervensi, seperti pemberian antihipertensi dan monitoring ketat untuk mencegah progresi menjadi eklampsia. Jika pasien mengalami kejang, selain pemberian magnesium sulfat, bidan juga harus memastikan lingkungan yang aman untuk pasien guna mencegah cedera akibat kejang mendadak, seperti memastikan kepala pasien berada pada posisi yang stabil dan menjauhkan benda-benda keras dari sekitar pasien (Khodijah and Zuraidah, 2024, Manuru et al., 2021).

Kompetensi dalam manajemen keadaan darurat ini juga berfungsi untuk memfasilitasi komunikasi yang baik dengan sopir ambulans serta staf di fasilitas rujukan, memastikan bahwa pasien mendapatkan penanganan yang komprehensif sesuai dengan kebutuhan medisnya ketika dirujuk. Misalnya, dalam kasus solusio plasenta yang menyebabkan perdarahan masif, bidan harus memberikan laporan yang jelas kepada petugas medis di rumah sakit rujukan mengenai kondisi pasien, jumlah darah yang telah keluar, serta tindakan awal yang telah diberikan, sehingga tim medis di rumah sakit dapat langsung melakukan intervensi yang sesuai, seperti transfusi darah atau tindakan bedah caesar darurat. Tanpa komunikasi yang efektif, keterlambatan dalam penanganan dapat terjadi, yang berpotensi meningkatkan risiko komplikasi serius bagi ibu dan bayi (Maria, 2021, Yanti and Lilis, 2022).

Oleh karena itu, penting bagi tenaga kesehatan, terutama bidan, untuk secara rutin mengikuti pelatihan dan simulasi manajemen kegawatdaruratan guna memastikan kesiapan dalam menghadapi situasi darurat. Program pelatihan yang melibatkan skenario nyata, seperti simulasi penanganan distosia bahu atau resusitasi neonatal, dapat meningkatkan keterampilan bidan dalam pengambilan keputusan cepat di lapangan. Selain itu, keterampilan dalam penggunaan alat-alat medis, seperti doppler janin portabel, alat resusitasi, dan perangkat monitoring vital, juga harus terus ditingkatkan agar bidan dapat memberikan pertolongan pertama yang optimal sebelum pasien mendapatkan perawatan lanjutan di fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

8.4 Dokumentasi dan Aspek Hukum dalam Rujukan serta Kegawatdaruratan

Dokumentasi yang baik dalam proses rujukan serta manajemen kegawatdaruratan kebidanan memiliki peranan yang sangat penting untuk memastikan kesinambungan perawatan dan sebagai perlindungan hukum bagi bidan. Dalam praktik kebidanan, dokumentasi yang akurat dan terperinci menjadi kunci untuk menciptakan rekam medis yang dapat dipertanggungjawabkan serta sebagai alat untuk melindungi bidan dari potensi sengketa hukum. Misalnya, dalam kasus rujukan ibu hamil dengan preeklamsia berat, bidan harus mencatat secara rinci tanda-tanda vital pasien, keluhan utama, hasil pemeriksaan fisik, serta alasan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Jika terjadi komplikasi selama proses rujukan, seperti kejang dalam

perjalanan, maka dokumentasi yang baik akan membantu tenaga kesehatan di fasilitas rujukan memahami kondisi pasien secara menyeluruh dan mengambil tindakan yang sesuai. Selain itu, pencatatan yang lengkap juga dapat menjadi bukti bahwa bidan telah menjalankan tugasnya sesuai dengan standar yang ditetapkan, sehingga dapat melindungi dari tuntutan hukum apabila terjadi hal yang tidak diinginkan selama proses perawatan (Rahmad et al., 2023).

Regulasi yang mengatur praktik kebidanan memberikan pedoman jelas mengenai kewenangan dan tanggung jawab bidan dalam menangani pasien. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan terkait praktik kebidanan menetapkan bahwa setiap tindakan medis yang dilakukan oleh bidan harus terdokumentasi dengan baik sebagai bagian dari standar pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri seperti perdarahan postpartum, bidan wajib mencatat waktu kejadian, jumlah darah yang keluar, langkah-langkah yang telah dilakukan seperti pemberian uterotonika atau pemasangan infus, serta respons pasien terhadap terapi. Jika pasien mengalami perburukan dan perlu dirujuk, maka pencatatan yang rinci akan membantu dokter di rumah sakit mengambil keputusan cepat mengenai tindakan selanjutnya, seperti apakah pasien perlu transfusi darah atau tindakan bedah (Satrio Ulil, 2024).

Pelanggaran terhadap standar praktik kebidanan dapat berakibat serius, seperti sanksi administratif, perdata, atau pidana, yang mengingatkan bidan akan pentingnya

mengikuti prosedur yang ditetapkan dan mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan. Misalnya, dalam kasus dugaan malpraktik akibat keterlambatan penanganan persalinan yang menyebabkan asfiksia pada bayi, dokumentasi yang baik dapat menjadi alat bukti yang menunjukkan bahwa bidan telah melakukan penanganan sesuai dengan prosedur yang berlaku, termasuk mencatat denyut jantung janin, frekuensi kontraksi, serta tindakan yang telah diberikan sebelum dan selama persalinan. Tanpa dokumentasi yang lengkap, bidan dapat menghadapi kesulitan dalam membuktikan bahwa mereka telah bertindak sesuai standar pelayanan. Oleh karena itu, segala keputusan dalam rujukan atau manajemen kegawatdaruratan harus didukung oleh bukti-bukti dokumentasi yang meliputi kondisi medis pasien, tindakan yang telah diambil, serta komunikasi dengan fasilitas kesehatan lain, termasuk waktu panggilan ambulans dan penerimaan pasien di rumah sakit rujukan (Rahmad et al., 2023).

Pemahaman yang mendalam tentang aspek hukum ini menjadi bagian tak terpisahkan dari praktik kebidanan yang profesional, menjadikan bidan tidak hanya sebagai penyedia layanan kesehatan, tetapi juga sebagai advokat bagi hak-hak dan keselamatan pasien mereka. Contoh nyata adalah ketika seorang bidan menangani pasien dengan indikasi persalinan prematur dan harus mengambil keputusan cepat terkait pemberian kortikosteroid untuk pematangan paru janin sebelum dirujuk ke rumah sakit. Dalam situasi ini, bidan tidak hanya harus mendokumentasikan keputusan medis yang diambil, tetapi juga mencatat persetujuan pasien atau keluarga terkait tindakan tersebut. Dokumentasi yang baik

memastikan bahwa pasien telah diberikan informasi yang memadai dan keputusan yang diambil sudah berdasarkan prinsip informed consent, yang melindungi bidan dari potensi sengketa hukum di kemudian hari (Rahmad et al., 2023).

Oleh karena itu, pendidikan dan pelatihan mengenai dokumentasi serta aspek hukum dalam kebidanan harus terus ditingkatkan untuk mendukung praktik yang aman dan sesuai dengan regulasi yang berlaku. Simulasi pencatatan rekam medis dalam situasi kegawatdaruratan, penggunaan teknologi digital dalam dokumentasi kebidanan, serta pelatihan hukum kesehatan bagi bidan dapat menjadi strategi yang efektif untuk meningkatkan kesadaran dan keterampilan dalam aspek ini. Dengan dokumentasi yang baik, kesinambungan perawatan pasien dapat terjaga, komunikasi antar tenaga kesehatan menjadi lebih efektif, dan perlindungan hukum bagi bidan dapat lebih terjamin, sehingga pada akhirnya akan meningkatkan mutu layanan kesehatan maternal secara menyeluruh (Rahmad et al., 2023).

8.5 Kolaborasi dan Pengembangan Kompetensi Bidan

Kolaborasi yang baik antara bidan, dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya sangat diperlukan dalam menangani kasus kegawatdaruratan dan rujukan di bidang kebidanan. Dalam situasi kritis, komunikasi yang efektif antar anggota tim kesehatan dapat mempercepat proses rujukan, mengurangi waktu respons, dan pada akhirnya

meningkatkan keselamatan pasien. Misalnya, dalam kasus ibu dengan eklampsia yang mengalami kejang di fasilitas kesehatan primer, bidan harus segera berkoordinasi dengan dokter untuk memberikan magnesium sulfat guna mencegah kejang berulang sebelum merujuk pasien ke rumah sakit yang memiliki fasilitas perawatan intensif. Jika komunikasi tidak berjalan dengan baik, keterlambatan dalam pemberian terapi dan proses rujukan dapat memperburuk kondisi pasien, yang berisiko menyebabkan komplikasi serius seperti edema paru atau kegagalan organ (Ristanti and Zuwariyah, 2020).

Untuk mendukung kolaborasi ini, penting bagi bidan untuk meningkatkan kompetensi mereka melalui pelatihan yang relevan, seperti Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care (BEmONC), yang berfokus pada penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal. Dalam program ini, bidan tidak hanya diajarkan teknik resusitasi bayi baru lahir dan penanganan perdarahan postpartum, tetapi juga strategi komunikasi dalam tim medis saat menghadapi kondisi darurat. Sebagai contoh, seorang bidan yang bertugas di daerah terpencil dapat lebih percaya diri dalam menangani distosia bahu selama persalinan karena telah terlatih untuk melakukan manuver McRoberts dan memberikan tekanan suprapubik sesuai prosedur sebelum merujuk pasien ke fasilitas yang lebih lengkap. Dengan pelatihan ini, bidan dapat meningkatkan keterampilan praktis mereka sekaligus membangun kepercayaan diri dalam mengambil keputusan klinis yang cepat dan tepat dalam situasi menekan (Munaaya and Wijayanti, 2022).

Selain itu, pemanfaatan teknologi, seperti telemedisin, turut berperan penting dalam kolaborasi antara bidan dan fasilitas rujukan. Dengan teknologi ini, bidan dapat dengan mudah berkoordinasi dengan tenaga kesehatan di rumah sakit atau pusat kesehatan lain untuk mendapatkan konsultasi atau bantuan, bahkan dalam keadaan darurat. Misalnya, di daerah yang sulit dijangkau dengan transportasi darat, bidan dapat mengirimkan foto hasil USG ke dokter spesialis obstetri melalui aplikasi telemedisin untuk mendapatkan keputusan cepat mengenai perlu tidaknya rujukan segera. Hal ini terbukti efektif dalam mempercepat pengambilan keputusan pada kasus gawat janin, di mana deteksi dini melalui telemedisin dapat membantu menentukan apakah pasien harus segera menjalani operasi sesar di fasilitas yang lebih lengkap (Suhodo et al., 2024).

Kolaborasi yang solid juga dapat diperkuat melalui sistem rujukan berbasis digital yang memungkinkan tenaga kesehatan untuk melacak status pasien secara real-time. Di beberapa rumah sakit rujukan, telah diterapkan sistem yang memungkinkan bidan menginput data pasien ke dalam aplikasi, sehingga ketika pasien tiba di rumah sakit, tim medis sudah mendapatkan informasi lengkap mengenai kondisi pasien dan tindakan yang telah dilakukan sebelumnya. Hal ini mengurangi risiko keterlambatan dalam pemberian perawatan, terutama dalam kasus perdarahan postpartum akibat atonia uteri, di mana keterlambatan intervensi dapat berakibat fatal (Mahmudi et al., 2022).

8.6 Kesimpulan dan Rekomendasi

Dengan pemahaman yang mendalam mengenai konsep rujukan, prinsip penanganan kegawatdaruratan, serta aspek hukum dalam praktik kebidanan, bidan dapat memberikan pelayanan yang lebih optimal. Kolaborasi yang efektif antara bidan, dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya sangat penting untuk memperkuat sinergi dalam perawatan, yang pada gilirannya dapat mempercepat proses rujukan dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

Peningkatan kompetensi bidan melalui pelatihan berkala, seperti Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care (BEmONC), menjadi faktor kunci dalam memastikan kemampuan bidan dalam menangani kondisi darurat dengan lebih efisien dan responsif. Terlebih lagi, **pemanfaatan teknologi** seperti telemedisin dapat membantu bidan berkoordinasi secara lebih efisien dengan fasilitas rujukan. Oleh karena itu, rekomendasi yang diberikan mencakup perlunya peningkatan pelatihan, kolaborasi interprofesional, serta optimasi pemanfaatan teknologi guna menciptakan sistem rujukan yang lebih efektif dan responsif terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat, diharapkan dapat lebih berkontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Almanfaluthi, M., Widodo, S., Suttiprapa, S., Wongsaroj, T. & Sripta, B. 2022. *The burden of opisthorchiasis and leptospirosis in thailand: A nationwide syndemic analysis*. Acta Trop, 226, 106227. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2021.106227>
- Chiwthane, Y. & Chiwthane, A. 2024. *Role of intensive care in management of post-partum hemorrhage (pph)*. Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research, 11, 1-6. <https://doi.org/10.18231/j.ijogr.2024.001>
- Cholifah, S. & Rinata, E. 2022. *Buku ajar asuhan kebidanan kehamilan*. <https://doi.org/10.21070/2022/978-623-464-045-8>
- Dzever, J., Ojo, O. & Charity Abatur, S. 2021. *Awareness of pregnant women registered with federal medical centre, makurdi on the risk factors of obstetric emergencies*. scienceopen. <https://doi.org/10.14293/S2199-1006.1.SOR-PPTNJUZ.v1>
- Dzulham, Y. Q. 2020. *Analisis kelayakan aplikasi android standar operasional prosedur tatalaksana emergency maternal neonatal (sop teman) sebagai panduan bidan dalam penatalaksanaan kasus kegawatdaruratan kebidanan di puskesmas sidamulih tahun 2019*. Asian Research of Midwifery Basic Science Journal, 1, 13-32. <https://doi.org/10.37160/arimbi.v1i1.533>
- Ebong, R. I., Ojong, I. N., Esienumoh, E., Uka, V. K. & Nsemo, A. D. 2023. *Provision of emergency obstetric care: Midwives' knowledge and involvement in rural health facilities of cross river state, nigeria*. J Educ Health Promot, 12, 392. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_327_23

- Feriyal, F., Chyntaka, M. & Sairoh, S. 2023. *Faktor predisposisi yang berhubungan dengan terjadinya perdarahan postpartum di rumah sakit umum daerah indramayu tahun 2022*. Jurnal Ners, 7, 687-692. <https://doi.org/10.31004/jn.v7i1.14129>
- Helmy, A., mostafa, M. & Ali, R. 2022. *Clinical audit for immediate nursing intervention during obstetrical emergency*. Assiut Scientific Nursing Journal, 10, 10-20. <https://doi.org/10.21608/asnj.2022.112520.1286>
- Husain, S., Ala, S. H. & Hussain, S. 2023. *Changing prevalence of emergency obstetric hysterectomy, its indications and maternal outcomes over a 4-year period at a tertiary care center in pakistan*. Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology, 14, 690-693. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-2162>
- Iswati, I., Shaluhiyah, Z. & Agushybana, F. 2020. *Pemetaan kasus kematian ibu di kabupaten brebes berbasis sistem informasi geografis*. Krea-TIF, 8, 19. <https://doi.org/10.32832/kreatif.v8i1.3436>
- Khodijah, D. & Zuraidah, Z. 2024. *Edukasi kesiapsiagaan keluarga ibu hamil dalam mencegah terjadinya eklamsia di pmb rimawani purba desa sei glugur kecamatan pancurbatu kabupaten deliserdang*. Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM), 7, 5247-5256. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v7i12.17864>
- Lindroos, L., Elden, H., Karlsson, O. & Sengpiel, V. 2021. *An interrater reliability study on the gothenburg obstetric triage system- a new obstetric triage system*. BMC Pregnancy Childbirth, 21, 668. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04136-2>
- Luh, N. 2021. *Determinan usia dan wilayah tempat tinggal terhadap rujukan pada persalinan dengan komplikasi di*

- indonesia. Jurnal Kebidanan, 10, 54-58.
<https://doi.org/10.35890/jkdh.v10i1.175>
- Luluk, L. s. 2020. *Sistem rujukan dalam sistem pelayanan kesehatan maternal perinatal di indonesia*. Jurnal Ilmiah Pamenang 2, 6-16. <https://doi.org/10.53599/jip.v2i1.57>
- Mahmudi, M., Nurhidayat, S. & Najamuddin, Y. 2022. *Optimalisasi manajemen persediaan obat dan bahan medis habis pakai di rsud sleman*. Jurnal Abdimas Madani dan Lestari (JAMALI), 138-150.
<https://doi.org/10.20885/jamali.vol5.iss2.art6>
- Manuru, S., Akbar, N. & Sundari, S. 2021. *Manajemen asuhan kebidanan intranatal care pada ny. S dengan preeklamsia berat*. Window of Midwifery Journal, 139-148.
<https://doi.org/10.33096/wom.vi.549>
- Maria, I. 2021. *Obesitas dan kebutuhan energi pada kehamilan*. Electronic Journal Scientific of Environmental Health And Disease, 2, 112-118.
<https://doi.org/10.22437/esehad.v2i2.16915>
- Muhamad, A. F. & Madjid, T. H. 2024. *Permasalahan perujukan pasien dengan malposisi yang telah mencapai kala ii*. Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science, 7, 77. <https://doi.org/10.24198/obgynia.v7i1.638>
- Munaaya, F. & Wijayanti 2022. *Pengaruh pelatihan midwifery update dengan metode daring dimasa pandemi covid 19 terhadap peningkatan pengetahuan dan kompetensi bidan di ibi cabang surakarta*. Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Indonesia, 2, 73-80.
<https://doi.org/10.55606/jikki.v2i1.647>
- Nabulo, H., Gottfredsdottir, H., Joseph, N. & Kaye, D. K. 2023. *Experiences of referral with an obstetric emergency: Voices of women admitted at mbarara regional referral hospital, south western uganda*. BMC Pregnancy Childbirth, 23, 498.
<https://doi.org/10.1186/s12884-023-05795-z>

- Nyamtema, A. S., Scott, H., LeBlanc, J. C., Kweyamba, E., Bulemela, J., Shayo, A., Kilume, O., Abel, Z. & Mtey, G. 2022. *Improving access to emergency obstetric care in underserved rural tanzania: A prospective cohort study*. BMC Pregnancy Childbirth, 22, 649. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04951-1>
- Peran, D., Kodet, J., Pekara, J., Mala, L., Truhlar, A., Cmorej, P. C., Lauridsen, K. G., Sari, F. & Sykora, R. 2020. *Abcde cognitive aid tool in patient assessment - development and validation in a multicenter pilot simulation study*. BMC Emerg Med, 20, 95. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00390-3>
- Prakash, G., Meena, P., Meena, S. & Bariya, S. 2022. *Study of foeto-maternal outcome in referred obstetric cases in tertiary care center in rajasthan: A cross sectional study*. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 11, 1952. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20221675>
- Rahmad, N., Setiyawan, D. & Indrawati, S. 2023. *Perlindungan hukum bagi bidan yang melakukan tindakan medis (studi kasus rumah sakit pku muhammadiyah gombang)*. Amnesti: Jurnal Hukum, 5, 126-137. <https://doi.org/10.37729/amnesti.v5i1.2710>
- Rahmadani, S., Nasrah, N., Nurhayani, N., Abadi, M. Y., Marzuki, D. S. & Fauziah, A. B. 2020. *Implementasi sistem rujukan pasien bpjs kesehatan di puskesmas pulau barrang lombo makassar*. Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo, 6, 223. <https://doi.org/10.29241/jmk.v6i2.459>
- Ratnawati, R., Yuliyanti, S. & Kusuma, R. N. 2023. *Pengaruh implementasi rujukan berjenjang terhadap skor faktor risiko ibu bersalin*. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, 12, 133-139. <https://doi.org/10.33221/jikm.v12i02.1915>
- Ristanti, A. D. & Zuwariyah, N. 2020. *Penerapan manajemen rujukan kegawatdaruratan obstetri dengan insiden*

- kegawatdaruratan obstetri di pusat pelayanan primer. Jurnal Ners dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery), 7, 239-246.*
<https://doi.org/10.26699/jnk.v7i2.ART.p239-246>
- Salsabila, C., Hidayani, K. R., Subagio, Y. P. & Gurning, F. P. 2022. *Gambaran pelaksanaan rujukan berjenjang bpjs kesehatan di indonesia.* Glosains: Jurnal Sains Global Indonesia, 3, 42-48. <https://doi.org/10.59784/glosains.v3i2.87>
- Satrio Ulil, A. 2024. *Analisis yuridis tentang perlindungan hukum bagi korban tindak pidana kekerasan dalam pernikahan.* Ethics and Law Journal: Business and Notary, 2, 120-126. <https://doi.org/10.61292/eljbn.111>
- Singh, D. J., Behal, D. M., Singhal, D. N., Vinayak, D. R. & Minhas, D. S. 2022. *Maternal and fetal outcomes in obstetrical emergencies admitted to labour room: A hospital-based study.* International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology, 6, 226-228. <https://doi.org/10.33545/gynae.2022.v6.i1d.1143>
- Suhodo, S., Yamin, A. & Khadafie, M. 2024. *Analisis penggunaan aplikasi sistem rujukan terintegrasi (sisrute).* JIIP - Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan, 7, 2105-2115. <https://doi.org/10.54371/jiip.v7i2.3901>
- Turkistani, O. A., Alraddadi, M. H., Alsinan, F. A., Aman, M. M., Alshammari, S. O., Alqahtani, F. J., Alkhalifah, B. S., Alzaki, E. S., Alharbi, A. S., Alghannam, A. A. & Alyami, B. A. 2022. *Non-emergent obstetric complications and their management in primary care.* International Journal Of Community Medicine And Public Health, 9, 3335. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20221819>
- Uyun, Y., Pratomo, B. Y. & Hernawan, A. D. 2021. *Protokol transfusi masif pada obstetrik.* Jurnal Komplikasi Anestesi, 8, 53-63. <https://doi.org/10.22146/jka.v8i1.7488>

- Whaley, B., Butrick, E., Sales, J. M., Wanyoro, A., Waiswa, P., Walker, D. & Cranmer, J. N. 2022. *Using clinical cascades to measure health facilities' obstetric emergency readiness: Testing the cascade model using cross-sectional facility data in east africa*. BMJ Open, 12, e057954. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057954>
- Yanti, D. & Lilis, D. N. 2022. *Faktor yang berhubungan dengan kejadian perdarahan postpartum*. Nursing Care and Health Technology Journal (NCHAT), 2, 16-23. <https://doi.org/10.56742/nchat.v2i1.32>

BAB 9

STUDI KASUS DAN EVALUASI EVIDENCE-BASED DALAM KEBIDANAN

Oleh Sri Kustiyati

9.1 Pendahuluan

Studi kasus dan evaluasi berbasis bukti dalam kebidanan memainkan peran krusial dalam pengembangan praktik klinis yang aman dan efektif. Pendekatan ini bertujuan untuk mengintegrasikan pengetahuan ilmiah terbaik dengan pengalaman klinis dan kebutuhan pasien dalam konteks kebidanan. Melalui studi kasus, para profesional kesehatan dapat menganalisis situasi spesifik dan mengidentifikasi hasil yang diharapkan serta potensi komplikasi. Proses ini mengambil pendekatan sistematis dalam mengumpulkan dan mengevaluasi data klinis guna mengekstraksi bukti yang relevan untuk pengambilan keputusan.

Sebagai contoh, pertimbangan sebuah studi kasus di mana seorang ibu hamil berisiko tinggi mengalami hipertensi. Dengan menggunakan kerangka kerja berbasis bukti, tim kebidanan dapat mengevaluasi literatur yang ada mengenai manajemen hipertensi selama kehamilan, termasuk penggunaan obat antihipertensi tertentu dan tindak lanjut yang direkomendasikan. Melalui analisis kritis data ini, mereka dapat menentukan intervensi yang tepat,

mengatur pemantauan yang ketat, dan mengedukasi pasien mengenai tanda-tanda peringatan yang memerlukan perhatian medis segera (O'Hare, 2020). Pendekatan berbasis bukti tidak hanya meningkatkan hasil klinis tetapi juga memberdayakan pasien dengan informasi yang mereka butuhkan untuk membuat keputusan yang informasional selama proses kehamilan dan persalinan.

Evaluasi berbasis bukti juga termasuk perspektif multidisiplin yang melibatkan dokter, perawat, dan spesialis lain. Dengan kolaborasi tersebut, setiap anggota tim dapat menyumbangkan keahlian yang unik, sehingga menciptakan rencana perawatan yang komprehensif (Hsieh and Chen, 2020; Kumah et al., 2022). Melalui penggunaan metodologi penelitian yang ketat, seperti uji coba terkontrol secara acak, studi kohort, dan tinjauan sistematis, bukti yang diperoleh menjadi lebih kredibel dan aplikatif dalam praktik sehari-hari. Dengan demikian, studi kasus dan evaluasi berbasis bukti dalam kebidanan bukan hanya sekadar alat, melainkan sebuah landasan untuk mengoptimalkan care delivery dan hasil kesehatan bagi ibu dan anak, lebih-lebih dalam era di mana pengambilan keputusan yang cerdas dan berbasis data sangat diperlukan.

Dalam praktik kebidanan modern, pendekatan berbasis bukti (evidence-based practice) menjadi pilar utama dalam upaya meningkatkan kualitas layanan kesehatan ibu dan bayi (Bond and Drake, 2020). Pendekatan ini menggabungkan hasil penelitian ilmiah terkini, pengalaman klinis profesional, dan nilai serta preferensi pasien dalam proses pengambilan keputusan klinis. Tujuan utamanya adalah menjembatani kesenjangan antara teori dan praktik,

memastikan bahwa intervensi yang dilakukan bersandar pada data yang valid, relevan, dan kontekstual. Penerapan prinsip ini tidak hanya meningkatkan hasil kesehatan, tetapi juga menurunkan risiko komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas.

Seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, metodologi berbasis bukti semakin diakui sebagai komponen penting dalam sistem kesehatan yang responsif dan adaptif. Dalam kebidanan, hal ini tercermin melalui pembatasan terhadap praktik-praktik yang tidak terbukti efektif, serta peningkatan penggunaan teknik yang telah terbukti memberikan dampak positif terhadap keselamatan dan kepuasan pasien (Melnyk et al., 2021). Oleh karena itu, pemahaman dan kemampuan untuk menganalisis bukti ilmiah menjadi kompetensi utama yang harus dimiliki oleh setiap tenaga kebidanan.

Namun, penerapan *Evidence-Based Practice* di lapangan tidak selalu berjalan mulus. Masih banyak tantangan yang dihadapi, seperti perbedaan antara praktik kebidanan tradisional dan rekomendasi ilmiah, kurangnya pelatihan dalam analisis kritis, serta keterbatasan dalam akses terhadap informasi mutakhir (Boswell et al., 2020; Speroni et al., 2020). Faktor sosial, budaya, dan ekonomi di berbagai wilayah turut memengaruhi penerimaan dan efektivitas penerapan pendekatan ini. Dengan demikian, penting untuk melakukan studi kasus dan evaluasi yang mendalam guna memahami dinamika lokal dan menyesuaikan strategi intervensi secara tepat sasaran.

Selain itu, pendidikan kebidanan juga perlu menekankan pentingnya integrasi metode berbasis bukti sejak dini. Pelatihan dalam menelaah literatur ilmiah, menerapkan hasil penelitian dalam praktik, serta kemampuan untuk menyesuaikan intervensi dengan kondisi pasien, merupakan kunci untuk menghasilkan bidan yang profesional, reflektif, dan inovatif. Hal ini tidak hanya memperkuat kapasitas individu tenaga kesehatan, tetapi juga mendukung transformasi sistem kebidanan yang berkelanjutan.

9.2 Konsep dan Prinsip *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam Kebidanan

Evidence-Based Practice (EBP) dalam kebidanan merupakan pendekatan sistematis yang mengintegrasikan bukti ilmiah terbaik, pengalaman klinis, dan preferensi pasien dalam pengambilan keputusan perawatan. Konsep EBP bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan serta hasil kesehatan bagi ibu dan bayi. Hal ini melibatkan pencarian dan evaluasi kritis terhadap penelitian terkini yang relevan, dengan keterlibatan aktif tenaga kesehatan dalam menerapkan pengetahuan tersebut dalam konteks praktis (Burlingame and Strauss, 2021; Greenhalgh et al., 2023).

Dalam praktik kebidanan, EBP menekankan pentingnya pembaruan pengetahuan berdasarkan temuan terbaru, yang memungkinkan para bidan untuk memberikan intervensi yang paling efektif dan dengan risiko minimal. Prinsip-prinsip dasar EBP mencakup tiga komponen utama, yakni bukti terbaik dari penelitian, pengalaman klinis yang

relevan, dan pertimbangan nilai serta preferensi pasien (O'Hare, 2020). Bukti dari penelitian dapat mencakup data dari studi acak terkontrol, meta-analisis, dan pedoman klinis yang diperbarui.

Pengalaman klinis para bidan, yang mengandalkan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui praktek sehari-hari, menjadi faktor penting dalam menentukan pendekatan yang tepat untuk masing-masing pasien. Selain itu, menghargai dan mempertimbangkan preferensi pasien sangat penting dalam EBP, karena keputusan terkait kesehatan tidak hanya bersifat medis, tetapi juga berdimensi emosional dan kultural. Sebagai teladan, dalam penanganan persalinan, EBP mendorong penggunaan teknik manajemen nyeri yang didukung oleh bukti yang valid, seperti inhalasi nitrous oxide dibandingkan dengan epidural dalam konteks tertentu. Dengan mempertimbangkan efektivitas, risiko, dan keselarasan dengan nilai-nilai ibu, bidan dapat memberikan rekomendasi yang tidak hanya berbasis data, tetapi juga memenuhi kebutuhan emosional pasien (Alatawi et al., 2020; Schmidt and Brown, 2024). Dengan menerapkan prinsip-prinsip EBP, kebidanan tidak hanya menjadi praktik yang ilmiah tetapi juga responsif terhadap tuntutan masyarakat yang terus berkembang, memupuk kepercayaan dan kolaborasi yang lebih kuat antara penyedia layanan kesehatan dan pasien.

9.2.1 Definisi EBP

Evidence-Based Practice (EBP) dalam kebidanan merupakan suatu pendekatan yang sistematis dalam pengambilan keputusan klinis, yang memadukan bukti-bukti terkini dari penelitian ilmiah dengan pengalaman klinis dan preferensi pasien. EBP tidak hanya mengandalkan intuisi atau praktik yang telah diturunkan dari generasi ke generasi; sebaliknya, ia mengusung integrasi eksplisit dari data dan penelitian yang dapat dipercaya untuk meningkatkan kualitas perawatan. Sebagai disiplin ilmu yang sangat terkait erat dengan hasil kesehatan, kebidanan semakin menekankan pentingnya pemanfaatan EBP untuk mendukung pengambilan keputusan yang cerdas dan berbasis bukti (Law and MacDermid, 2024; O'Hare, 2020).

Prinsip utama dari EBP adalah penggunaan informasi yang valid dan terpercaya untuk menyelesaikan masalah klinis yang dihadapi dalam praktik sehari-hari (Melnik and Fineout-Overholt, 2022). Untuk mencapai hal ini, profesional kebidanan harus mengasah keterampilan dalam mengakses, menilai, dan menerapkan hasil penelitian yang relevan ke dalam praktik mereka. Ini meliputi proses mengidentifikasi pertanyaan klinis yang spesifik, mencari literatur ilmiah, menganalisis kualitas bukti tersebut, dan mengintegrasikannya dengan pengalaman klinis serta nilai-nilai unik pasien.

EBP di bidang kebidanan tidak hanya memberikan manfaat dalam meningkatkan hasil kesehatan, tetapi juga dalam meningkatkan kepuasan pasien dan memperkuat hubungan antara pasien dan penyedia layanan. Dengan pemahaman yang lebih dalam tentang definisi EBP,

profesional kesehatan akan lebih mampu menerapkan prinsip-prinsip ini secara efektif dalam praktek kebidanan mereka (Mattison et al., 2021). Melalui pendekatan yang berlandaskan bukti, kebidanan dapat beradaptasi dengan kebutuhan yang terus berubah dan kompleks dalam perawatan ibu dan anak. Dengan demikian, EBP berperan penting dalam menciptakan kebidanan yang responsif, tepat, dan berorientasi pada hasil, selaras dengan tujuan akhir untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

9.2.2 Komponen EBP dalam Kebidanan

Praktik Berbasis Bukti (EBP) dalam kebidanan mengintegrasikan keahlian klinis, nilai-nilai pasien, dan bukti penelitian terbaik yang tersedia untuk memastikan perawatan optimal bagi wanita selama perjalanan kesehatan reproduksi mereka. Komponen inti EBP di bidang ini sangat penting untuk membangun kerangka kerja yang mempromosikan pengambilan keputusan yang tepat dan meningkatkan hasil ibu dan neonatal (Law and MacDermid, 2024).

Komponen pertama melibatkan integrasi keahlian klinis, di mana bidan memanfaatkan akumulasi pengetahuan dan keterampilan mereka yang dikembangkan melalui pendidikan dan pengalaman. Keahlian ini memungkinkan bidan untuk menilai kebutuhan pasien individu secara akurat, menafsirkan situasi klinis secara efektif, dan menerapkan penalaran untuk membuat keputusan perawatan yang tepat (Alatawi et al., 2020). Selain itu, pengetahuan pengalaman ini dilengkapi dengan pengembangan profesional yang berkelanjutan,

memungkinkan bidan untuk tetap mengikuti praktik dan pedoman yang muncul di bidangnya.

Komponen kunci kedua adalah pemanfaatan bukti terbaik yang tersedia, diambil dari studi penelitian yang ketat, pedoman klinis, dan tinjauan sistematis. Bidan dilatih untuk menilai secara kritis temuan penelitian untuk memastikan relevansi dan penerapannya terhadap praktik mereka. Bukti ini dapat mencakup berbagai topik, termasuk penilaian risiko selama kehamilan, manajemen persalinan, dan perawatan pascapersalinan (Hoffmann et al., 2023). Dengan menerapkan intervensi berbasis penelitian, bidan dapat secara efektif menyesuaikan rencana perawatan yang memenuhi kebutuhan pasien tertentu sambil meminimalkan risiko yang terkait dengan persalinan dan kesehatan reproduksi.

Komponen ketiga adalah penyertaan preferensi dan nilai pasien, yang menekankan pentingnya perawatan individual. Praktik kebidanan mengakui bahwa setiap wanita membawa pengalaman unik, latar belakang budaya, dan harapan perawatan kesehatannya ke pengaturan klinis. Melibatkan pasien sebagai mitra dalam proses pengambilan keputusan sangat penting untuk membangun kepercayaan dan memastikan bahwa perawatan yang diberikan selaras dengan nilai-nilai mereka. Model pengambilan keputusan bersama ini mendorong pemberdayaan di antara pasien, meningkatkan kepatuhan dan kepuasan dengan perawatan yang diberikan (Schmidt and Brown, 2024).

Singkatnya, EBP dalam ranah kebidanan terdiri dari penggabungan sinergis keahlian klinis, bukti ilmiah terbaik, dan penghormatan terhadap preferensi pasien. Dengan

menjalin komponen-komponen ini secara efektif, bidan dapat memastikan pemberian perawatan berkualitas tinggi yang tidak hanya memenuhi pedoman klinis tetapi juga beresonansi dengan pengalaman hidup wanita yang mereka layani. Pendekatan multifaset ini pada akhirnya meningkatkan efektivitas praktik kebidanan secara keseluruhan, selaras dengan tujuan perawatan kesehatan kontemporer yang bertujuan untuk meningkatkan hasil kesehatan ibu dan neonatal.

9.2.3 Pentingnya EBP dalam Kebidanan

Praktik Berbasis Bukti (EBP) dalam kebidanan sangat penting, berfungsi sebagai pendekatan mendasar yang mengintegrasikan bukti penelitian terbaik yang tersedia dengan keahlian klinis dan nilai-nilai pasien. Metodologi ini mendorong peningkatan hasil ibu dan neonatal dengan mempromosikan strategi perawatan yang divalidasi secara ilmiah, sehingga mengurangi perbedaan yang sering timbul dari pengalaman subjektif atau praktik yang ketinggalan zaman (Bond and Drake, 2020).

Di bidang yang secara langsung berdampak pada kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi, penerapan EBP memungkinkan bidan untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi yang didasarkan pada data yang kuat, yang pada akhirnya meningkatkan keamanan dan kemanjuran intervensi. Selain itu, penerapan EBP dalam kebidanan mendorong pengembangan profesional yang berkelanjutan dan pembelajaran sepanjang hayat. Dengan tetap selaras dengan temuan penelitian terbaru, bidan menumbuhkan lingkungan praktik yang responsif terhadap tantangan kesehatan kontemporer dan perubahan

masyarakat. Pengejaran ini tidak hanya memberdayakan bidan dengan pengetahuan yang diperlukan untuk membuat keputusan yang tepat tetapi juga memposisikan mereka sebagai kontributor penting untuk wacana perawatan kesehatan yang lebih luas. Upaya ini tidak hanya membekali para bidan dengan pengetahuan yang dibutuhkan untuk mengambil keputusan yang bijak, tetapi juga menempatkan mereka sebagai pihak yang berperan penting dalam perbincangan yang lebih luas tentang sistem pelayanan kesehatan (Burlingame and Strauss, 2021; Speroni et al., 2020). Karena bidan berperan sebagai advokat perawatan yang berorientasi pada pasien, menggabungkan preferensi individu dengan temuan dari penelitian klinis terbukti mampu meningkatkan tingkat kepuasan serta kepatuhan pasien, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap pencapaian hasil kesehatan yang lebih baik.

Selain itu, penerapan *Evidence-Based Practice* (EBP) membawa dampak besar terhadap penyusunan kebijakan dan pedoman klinis dalam praktik kebidanan. Melalui pendekatan sistematis dalam mengevaluasi prosedur klinis, EBP mendorong terbentuknya standar dan protokol yang berlandaskan bukti ilmiah. Kerangka kerja ini menyediakan istilah dan acuan yang seragam bagi bidan di berbagai lingkungan praktik, yang pada gilirannya menjamin keseragaman dalam pemberian layanan serta mendukung kolaborasi antarprofesi. Dengan demikian, EBP menjadi komponen esensial dalam mempersempit jarak antara penelitian, praktik klinis, dan pendidikan, menjadikan profesi bidan tidak hanya bersifat humanis tetapi juga berbasis ilmiah, dengan fokus utama pada peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat yang dilayani.

9.3 Studi Kasus dalam kebidanan

Studi kasus dalam kebidanan merupakan pendekatan yang penting dalam memahami berbagai dinamika yang terjadi dalam praktik kebidanan. Melalui analisis sistematis terhadap situasi nyata yang dialami oleh ibu hamil, proses persalinan, dan masa pascapersalinan, studi kasus memberikan wawasan mendalam yang tidak hanya mencakup aspek medis, tetapi juga sosial dan psikologis. Contohnya, dalam kasus seorang ibu hamil dengan riwayat hipertensi, para bidan harus mengevaluasi risiko potensial bagi ibu dan janin. Pemeriksaan yang komprehensif menjadi krusial, sehingga intervensi yang tepat dapat dirancang, seperti memonitor tekanan darah secara berkala dan mempersiapkan strategi pengelolaan selama persalinan yang akan datang.

Studi kasus juga berfungsi sebagai alat refleksi bagi para profesional kebidanan. Dengan menganalisis pengalaman-pengalaman terdahulu, bidan dapat mengidentifikasi pola-pola yang muncul, memahami efektivitas intervensi yang dilakukan, dan menyongsong pengembangan praktik berbasis bukti. Misalnya, evaluasi atas penanganan kasus persalinan prematur dapat mengungkap faktor-faktor yang berkontribusi terhadap hasil akhir, baik yang sukses maupun yang kurang memuaskan (Adawiyah, 2020). Hal ini tidak hanya berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan, tetapi juga membantu dalam pembentukan pedoman praktik yang lebih baik di masa depan.

Dalam konteks evidence-based practice, studi kasus menempati posisi yang strategis. Dengan menggali data empiris dari berbagai kasus, kebidanan dapat bertransformasi menjadi disiplin yang lebih adaptif terhadap kebutuhan pasien. Setiap studi kasus memberikan konteks yang kaya dan beragam, yang kemudian dapat dijadikan sebagai landasan untuk penelitian lebih lanjut atau untuk kebijakan kesehatan masyarakat yang menyentuh aspek kebidanan. Oleh karena itu, pendekatan berbasis kasus, diiringi dengan evaluasi yang cermat atas bukti yang ada, merupakan pilar penting dalam pengembangan praktik kebidanan yang aman dan efektif.

9.3.1 Definisi dan Tujuan Studi Kasus

Studi kasus adalah metode penelitian yang mendalam dan terperinci mengenai individu, kelompok, atau situasi tertentu. Dalam konteks kebidanan, studi kasus berfungsi sebagai alat untuk menganalisis pola, intervensi, dan hasil yang berhubungan dengan praktik kesehatan maternal dan neonatal. Pendekatan ini memberikan pemahaman yang lebih baik tentang praktik yang efektif dan tantangan yang mungkin dihadapi oleh tenaga kesehatan dalam konteks nyata. Melalui analisis yang bersifat kualitatif dan kuantitatif, studi kasus memungkinkan para profesional untuk menggali lebih dalam mengenai situasi klinis yang kompleks, mengenali faktor-faktor yang mempengaruhi hasil dan mendapatkan wawasan yang relevan untuk pengambilan keputusan klinis.

Tujuan dari studi kasus dalam kebidanan meliputi beberapa aspek penting. Pertama, meningkatkan pemahaman terhadap berbagai model perawatan yang

dapat diterapkan, serta bagaimana faktor sosial, budaya, dan ekonomi mempengaruhi kesehatan ibu dan anak. Kedua, studi kasus bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi atau prosedur tertentu, memberikan bukti nyata yang dapat diandalkan dalam rangka menyampaikan praktik berbasis bukti (Cahyanto, 2020; Pollard, 2019).

Dengan melakukan analisis mendalam, peneliti dan praktisi dapat mengidentifikasi area untuk perbaikan, sekaligus merumuskan rekomendasi strategis untuk meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan. Akhirnya, studi kasus berfungsi sebagai jembatan antara teori dan praktik, memungkinkan integrasi pengetahuan ilmiah dengan pengalaman klinis, sehingga menghasilkan peningkatan hasil bagi pasien.

9.3.2 Contoh Studi Kasus dalam Kebidanan

Dalam kebidanan, studi kasus memainkan peranan penting dalam memahami dinamika perawatan maternal dan neonatal yang kompleks. Salah satu contoh studi kasus yang dapat diambil adalah penanganan seorang ibu hamil berusia 32 tahun yang menderita diabetes gestasional. Dalam praktiknya, ibu tersebut menunjukkan peningkatan glukosa darah yang signifikan, memerlukan intervensi segera untuk mencegah komplikasi bagi ibu dan bayi. Melalui pendekatan berbasis bukti, tim kebidanan melakukan pemantauan rutin serta memberikan edukasi mengenai diet yang tepat dan manajemen aktivitas fisik. Modifikasi gaya hidup dapat menurunkan risiko komplikasi terkait diabetes pada ibu hamil, yang mendukung keputusan klinis yang diambil (Pane, 2023).

Studi kasus lain mencakup seorang ibu melahirkan prematur dengan bayi usia kehamilan 28 minggu. Dalam situasi kritis ini, fokus utama tim kebidanan adalah menstabilkan kondisi ibu dan bayi serta mempersiapkan tindakan segera untuk perawatan neonatal lanjutan (Harsia, 2022; Srimiyati, 2021). Protokol berbasis bukti seperti pemberian steroid antenatal dipertimbangkan untuk mempercepat kematangan paru-paru bayi. Dengan memanfaatkan literatur terbaru, tim dapat melakukan intervensi yang tepat, meningkatkan peluang kelangsungan hidup bayi prematur tersebut. Evaluasi intervensi ini tidak hanya membantu dalam pengambilan keputusan klinis, tetapi juga memberikan panduan untuk praktik kebidanan di masa depan, memperkuat pentingnya penerapan kegiatan berbasis bukti dalam setiap aspek pelayanan kebidanan.

Melalui kedua contoh tersebut, jelas bahwa studi kasus tidak hanya bersifat akademis, tetapi juga sangat relevan dalam praktik kebidanan sehari-hari. Pendekatan yang berbasis bukti memungkinkan praktisi untuk memberikan perawatan yang lebih terarah dan efektif, sembari meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas hasil perawatan. Ini menggambarkan bagaimana integrasi teori dan praktik dalam kebidanan dapat menghasilkan pemahaman yang lebih mendalam mengenai tantangan yang dihadapi, serta solusi inovatif untuk meningkatkan kesehatan maternal dan neonatal.

9.3.3 Kasus 1: Manajemen Persalinan Preterm

Manajemen persalinan preterm memerlukan pendekatan sistematis yang didasarkan pada bukti untuk meminimalkan risiko baik bagi ibu maupun bayi. Persalinan

preterm, yang didefinisikan sebagai kelahiran sebelum usia kehamilan 37 minggu, merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas neonatal. Oleh karena itu, manajemen yang tepat menjadi krusial. Pertama-tama, identifikasi faktor risiko sangat penting. Beberapa faktor yang dapat berkontribusi terhadap persalinan preterm meliputi infeksi, kondisi medis tertentu, dan kelainan anatomi. Penggunaan protokol skrining untuk mendeteksi tanda-tanda awal persalinan preterm, seperti kontraksi yang meningkat dan perubahan pada serviks, dapat membantu dalam memberikan intervensi dini (Adawiyah, 2020).

Dalam konteks manajemen medis, terapi kortikosteroid sering kali direkomendasikan untuk meningkatkan pematangan paru-paru fetus dan mengurangi kemungkinan komplikasi respiratori. Selain itu, tocolytics dapat digunakan untuk menunda persalinan guna memberikan waktu bagi terapi tambahan, seperti administrasi kortikosteroid, atau pemindahan ke unit perawatan yang lebih spesifik. Namun, penting untuk dicatat bahwa penggunaan tocolytics harus dibatasi dalam waktu. Penggunaan magnesium sulfat sebagai tambahan untuk mencegah risiko cerebral palsy pada bayi prematur juga merupakan praktik berbasis bukti yang semakin umum. Dalam situasi di mana persalinan tidak dapat dihindari, strategi pengelolaan harus mencakup tidak hanya perawatan neonatal yang optimal tetapi juga dukungan psikologis untuk keluarga, yang sering kali menghadapi tekanan emosional yang signifikan akibat kelahiran prematur (Srimiyati, 2021).

Selain intervensi medis, komunikasi antara tim kesehatan, termasuk bidan dan dokter spesialis, adalah aspek penting dalam manajemen persalinan preterm. Sebuah pendekatan interdisipliner dapat memfasilitasi pertukaran informasi yang efektif dan memastikan bahwa semua informasi yang relevan disampaikan kepada ibu dan keluarganya. Ini membantu dalam membuat keputusan yang lebih baik dan lebih terinformasi mengenai aspek perawatan dan pemulihan setelah persalinan. Dalam menjalankan seluruh proses ini, evaluasi berkelanjutan terhadap metode yang diterapkan juga penting untuk memastikan bahwa praktik yang digunakan selalu berbasis bukti dan mengikuti perkembangan terbaru dalam penelitian obstetri.

9.3.4 Kasus 2: Komplikasi Preeklamsia

Preeklampsia adalah gangguan hipertensi terkait kehamilan yang ditandai dengan hipertensi dan proteinuria, biasanya terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan. Ini menimbulkan risiko yang signifikan bagi ibu dan janin, dengan komplikasi mulai dari abrupsi plasenta dan pembatasan pertumbuhan janin hingga disfungsi organ ibu. Patofisiologi preeklampsia tetap kompleks, dikaitkan dengan plasenta yang tidak memadai, disfungsi vaskular, dan respons inflamasi. Gangguan ini berkontribusi pada manifestasi klinis kondisi, yang memerlukan diagnosis dan manajemen yang cepat. Salah satu komplikasi paling parah yang terkait dengan preeklampsia adalah eklampsia, yang didefinisikan oleh timbulnya kejang pada wanita dengan preeklampsia. Eklampsia tidak hanya meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu tetapi juga dapat membahayakan kesejahteraan janin, yang menyebabkan

hasil yang merugikan seperti lahir mati atau kelahiran prematur (Pratiwi, 2024; Yuniarti, 2023).

Selain itu, preeklampsia dapat meningkat ke bentuk parah yang ditandai dengan peningkatan nilai tekanan darah melebihi 160/110 mmHg dan adanya fitur tambahan seperti trombositopenia dan peningkatan enzim hati. Manifestasi parah ini memerlukan intervensi medis segera, seringkali memerlukan persalinan terlepas dari usia kehamilan untuk mengurangi risiko bagi ibu dan janin. Identifikasi dan pengelolaan preeklampsia dan komplikasinya yang tepat waktu sangat penting (Sintya, 2020).

Pedoman berbasis bukti merekomendasikan pemantauan tekanan darah dan kadar protein secara teratur selama kunjungan prenatal rutin, bersama dengan pendidikan pasien mengenai tanda-tanda peringatan preeklampsia. Dalam kasus di mana preeklampsia berkembang, paradigma pengobatan mungkin melibatkan penggunaan obat antihipertensi, kortikosteroid untuk kematangan paru-paru janin, dan, jika diindikasikan, magnesium sulfat untuk profilaksis kejang. Evaluasi berkelanjutan terhadap status ibu-janin sangat penting untuk menyesuaikan rencana manajemen, yang mengarah pada hasil yang lebih baik dan memastikan bahwa praktik terbaik yang didasarkan pada bukti yang kuat diterapkan secara efektif dalam pengaturan klinis.

9.3.5 Kasus 3: Kelahiran Caesar Elektif vs Persalinan Normal

Kelahiran caesar elektif dan persalinan normal adalah dua metode yang sering dipilih oleh ibu hamil dalam proses melahirkan. Masing-masing memiliki pertimbangan medis yang unik dan dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor tertentu, seperti kesehatan ibu, kondisi janin, serta preferensi pribadi. Kelahiran caesar elektif, yang merupakan operasi bedah untuk mengeluarkan bayi dari rahim melalui sayatan di perut dan rahim, dicadangkan untuk situasi di mana persalinan normal tidak dianggap aman atau mungkin menghadapi komplikasi (Putri, 2022). Sementara itu, persalinan normal, meskipun terdengar lebih natural, tidak bebas dari risiko, seperti robekan perineum atau kelahiran yang terjebak.

Salah satu faktor pendorong untuk memilih kelahiran caesar elektif adalah adanya riwayat masalah kesehatan pada ibu, seperti hipertensi atau diabetes gestasional, yang dapat membahayakan baik ibu maupun bayi selama persalinan. Di sisi lain, persalinan normal seringkali diinginkan karena prosesnya yang lebih alami dan pemulihan pasca persalinan yang umumnya lebih cepat. Selain itu, data menunjukkan bahwa bayi yang lahir melalui persalinan normal memiliki lingkungan yang lebih baik untuk berkembang, dengan exposure terhadap bakteri dan pengalaman kontraksi yang membantu mendorong cairan dari paru-paru mereka (Aulia, 2022; Djami, 2015).

Namun, keputusan tentang metode persalinan tidak hanya berdasarkan pada risiko kesehatan, tetapi juga melibatkan preferensi individu dan situasi sosial. Penelitian

menunjukkan bahwa dukungan emosional dan pendidikan prenatal dapat mempengaruhi pilihan ini. Perlu dicatat bahwa setiap metode memiliki pro dan kontra yang perlu dipertimbangkan dengan cermat oleh calon ibu dan tenaga medis. Melalui evaluasi berbasis bukti, tenaga kesehatan dapat memberikan informasi yang diperlukan untuk membantu ibu membentuk keputusan yang paling tepat, dengan mempertimbangkan kesejahteraan dan kesehatan jangka panjang.

9.3.6 Analisis dan Hasil Studi Kasus

Dalam analisis studi kasus yang berfokus pada kebidanan, penting untuk melihat secara komprehensif seluruh elemen yang terlibat dalam pengalaman pasien, mulai dari diagnosis hingga perawatan yang diberikan. Studi kasus yang dipilih menunjukkan bagaimana pendekatan dapat diterapkan untuk meningkatkan hasil kesehatan ibu dan anak. Misalnya, pemanfaatan protokol manajemen persalinan mampu mengoptimalkan proses perawatan dengan menurunkan insiden komplikasi, serta meningkatkan kepuasan pasien. Data yang terkumpul dalam studi ini menunjukkan keterkaitan yang signifikan antara penerapan teknik dan penurunan angka morbiditas dan mortalitas maternal.

Analisis data dalam studi kasus ini menunjukkan dua aspek kunci: efektivitas intervensi dan dampaknya terhadap kualitas hidup pasien. Intervensi yang dijalankan berdasarkan pedoman, seperti penerapan teknik relaksasi dan dukungan emosional selama proses persalinan, tidak hanya membantu mengurangi tingkat kecemasan tetapi juga mempercepat proses pemulihan pascapersalinan. Dari

analisis tersebut, terlihat bahwa pasien yang menerima pendekatan mengalami pengalaman yang lebih positif, dengan tingkat kepercayaan diri yang lebih tinggi dalam menjalani proses persalinan. Selain itu, hasil kualitatif menunjukkan bahwa dukungan sosial yang diberikan dalam bentuk dukungan keluarga maupun tim medis berkontribusi signifikan terhadap persepsi pasien mengenai pengalaman kelahiran (Adawiyah, 2020; Putri, 2022).

Kesimpulannya, analisis yang mendalam terhadap studi kasus ini menegaskan pentingnya integrasi praktik dalam kebidanan. Kejelasan dalam pengambilan keputusan berbasis data dan intervensi yang tepat tidak hanya meningkatkan hasil kesehatan, tetapi juga memperkaya pengalaman pasien secara keseluruhan. Melalui pemahaman yang holistik ini, praktisi bidan dapat merancang rencana perawatan yang lebih efektif, yang pada gilirannya dapat membantu dalam mencapai tujuan kesehatan masyarakat yang lebih luas, seperti pengurangan angka kematian maternal dan neonatal.

9.4 Evaluasi *Evidence-Based Practice* dalam Kebidanan

Evaluasi *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam kebidanan merupakan suatu proses kritis yang bertujuan untuk menilai efektivitas dan implementasi praktik berbasis bukti dalam perawatan maternal dan neonatal. EBP terintegrasi dengan baik dalam kebidanan karena memberikan dasar ilmiah untuk pengambilan keputusan klinis, dan evaluasinya melibatkan berbagai komponen,

mulai dari penilaian terhadap kualitas bukti yang ada, penerapan intervensi, sampai pada outcomes yang dicapai. Aspek pertama dalam evaluasi EBP adalah kemampuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis sumber bukti yang relevan, yang sering kali meliputi meta-analisis, studi kohort, dan uji coba acak terkontrol. Pemahaman yang mendalam mengenai metode penelitian ini menjadi esensial, karena kualitas bukti menentukan keberhasilan implementasi praktik di lapangan (Koota et al., 2021; Shamsaee et al., 2021).

Selanjutnya, evaluasi efektivitas suatu intervensi berdasarkan bukti yang ada harus melibatkan pengukuran outcomes yang jelas dan terukur. Dalam konteks kebidanan, ini dapat mencakup berbagai indikator, seperti angka kejadian komplikasi, kepuasan pasien, dan hasil neonatus. Selain itu, penting untuk mengadaptasi intervensi sesuai dengan konteks lokal dan karakteristik populasi, mengingat bahwa hasil dari praktik berbasis bukti dapat bervariasi secara signifikan di berbagai setting (Ylimäki et al., 2022). Oleh karena itu, penting bagi praktisi kebidanan untuk melakukan evaluasi berkala terhadap praktik yang diterapkan, untuk memastikan bahwa semua tindakan yang diambil sesuai dengan bukti terbaru dan kebutuhan pasien.

Implementasi hasil evaluasi EBP tidak hanya bermanfaat bagi peningkatan kualitas perawatan, tetapi juga berkontribusi pada pengembangan kebijakan kesehatan yang lebih baik. *Evidence-Based Practice* yang berhasil dapat memandu pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, serta mendorong penelitian lebih lanjut dalam kebidanan (Böttcher-Oschmann et al., 2021). Dengan pendekatan yang

sistematis dan berkelanjutan terhadap evaluasi, serta integrasi temuan hasil evaluasi ke dalam praktik sehari-hari, dapat tercipta sistem perawatan yang lebih efektif, efisien, dan responsif terhadap kebutuhan ibu dan anak. Sebagai akibatnya, EBP dalam kebidanan tidak hanya memperbaiki kualitas individu perawatan, tetapi juga berdampak positif bagi sistem kesehatan secara keseluruhan.

9.4.1 Proses Evaluasi

Proses evaluasi dalam kebidanan berperan sebagai langkah krusial untuk memastikan bahwa praktik yang diterapkan tidak hanya berdasarkan teori, tetapi juga didukung oleh bukti-bukti yang relevan. Evaluasi ini dimulai dengan pengumpulan data yang komprehensif, yang melibatkan berbagai sumber informasi, termasuk pengalaman klinis, serta umpan balik dari pasien. Penyusunan data ini bertujuan untuk menciptakan gambaran yang jelas tentang efektivitas intervensi kebidanan yang sedang diterapkan. Selama proses ini, penting untuk menerapkan metode analisis yang sistematis agar dapat mengidentifikasi pola dan tren yang muncul dari data yang tersedia.

Selanjutnya, langkah penting dalam proses evaluasi adalah membandingkan hasil intervensi dengan standar yang telah ditetapkan. Standar ini bisa berupa pedoman praktik klinis, protokol kesehatan, atau hasil yang diinginkan dari intervensi tersebut. Melalui perbandingan ini, praktisi kebidanan dapat menilai apakah metode yang digunakan memenuhi ekspektasi yang ditentukan. Selain itu, penting untuk melibatkan berbagai stakeholder, termasuk anggota tim kesehatan lainnya dan penerima layanan, untuk

mendapatkan perspektif yang lebih holistik (Aulia, 2022; Djami, 2015). Dengan melibatkan berbagai pihak, evaluasi tidak hanya menjadi refleksi dari hasil angka, tetapi juga mengungkap pengalaman dan kepuasan pasien yang sangat berpengaruh pada keputusan perbaikan praktik di masa mendatang.

Setelah analisis selesai, langkah selanjutnya adalah penafsiran hasil yang ditemukan. Penafsiran ini harus dilakukan dengan hati-hati, untuk memastikan bahwa kesimpulan yang diambil menggambarkan realitas dan dapat diterima dalam konteks kebidanan. Di sini, tidak hanya hasil positif yang perlu diakui, tetapi juga tantangan yang dihadapi. Hal ini penting untuk menciptakan ruang bagi perbaikan yang berkelanjutan dan inovasi dalam praktik kebidanan. Terakhir, proses evaluasi tidak berakhir dengan penafsiran; ia harus diakhiri dengan tindak lanjut, di mana pengetahuan yang diperoleh dapat diimplementasikan untuk meningkatkan kualitas perawatan dan hasil kesehatan bagi ibu dan bayi. Implementasi ini mencakup revisi kebijakan, pengembangan program pelatihan, serta penyebaran informasi dan praktik berbasis bukti kepada praktisi kebidanan yang lebih luas.

9.4.2 Kendala dalam Evaluasi EBP

Evaluasi *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam kebidanan berfokus pada penerapan penelitian dan bukti ilmiah guna meningkatkan kualitas pelayanan dan hasil kesehatan. Namun, berbagai kendala sering kali muncul dalam implementasi dan evaluasi EBP, yang dapat menghambat proses tersebut. Salah satu tantangan utama adalah keterbatasan dalam akses terhadap sumber daya dan

data yang relevan. Banyak tenaga kesehatan yang menghadapi kesulitan dalam menemukan penelitian yang berkualitas tinggi, terkini, dan relevan dengan praktik lokal.

Sistem informasi yang tidak memadai atau ketidakcukupan dalam pelatihan dan pendidikan untuk memahami serta menerapkan EBP juga berkontribusi pada masalah ini. Kendala lainnya adalah resistensi terhadap perubahan di tingkat organisasi maupun individu. Banyak profesional kebidanan mungkin merasa nyaman dengan praktik lama yang mereka kenal, dan meragukan efektivitas metode baru berbasis bukti. Sikap skeptis ini sering kali diperburuk oleh kurangnya dukungan dari manajemen puncak atau tidak adanya kebijakan yang mendorong penerapan EBP secara luas (Fitriani, 2022; Suwarni, 2023). Selain itu, terdapat pula hambatan struktural seperti waktu terbatas selama praktik klinis, yang membuat tenaga kesehatan kesulitan untuk mengintegrasikan bukti baru ke dalam kerja mereka.

Terakhir, faktor budaya juga berperan, di mana norma dan tradisi dalam masyarakat mungkin bertentangan dengan pendekatan berbasis bukti, yang pada gilirannya menghambat adopsi EBP secara lebih luas. Dalam menghadapi kendala-kendala ini, penting bagi institusi pendidikan dan organisasi kesehatan untuk melaksanakan intervensi yang dapat meningkatkan literasi EBP di kalangan tenaga kesehatan. Pelatihan berkelanjutan, akses ke database penelitian, serta dukungan dari pimpinan adalah beberapa strategi yang dapat membantu menanggulangi tantangan ini. Di samping itu, menciptakan lingkungan yang kondusif untuk diskusi terbuka tentang perubahan serta

keuntungan dari penerapan praktik berbasis bukti juga dapat menjadi langkah signifikan menuju transformasi dalam pelayanan kebidanan. Melalui pemahaman yang lebih dalam tentang kendala ini, praktik kebidanan dapat beradaptasi dan berkembang, pada akhirnya meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien.

9.4.3 Solusi dan Rekomendasi

Dalam menentukan solusi dan rekomendasi untuk implementasi praktik berbasis bukti dalam kebidanan, penting untuk mendasarkan pendekatan pada bukti kuat yang menjamin kesehatan ibu dan anak. Salah satu solusi yang paling mendasar adalah mengembangkan sistem pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan, yang berfokus pada prinsip-prinsip Evidence-Based Medicine. Program pelatihan ini harus dirancang untuk memperbarui pengetahuan dan keterampilan seiring dengan kemajuan ilmu kebidanan dan perinatal, sehingga tenaga kesehatan dapat menerapkan metode terkini dalam praktik klinis mereka (Prastiwi, 2020).

Rekomendasi lain yang juga krusial adalah meningkatkan kerjasama multidisipliner antara bidan, dokter, dan profesional kesehatan lainnya. Melibatkan ahli gizi, psikolog, dan pekerja sosial dapat memberikan pendekatan holistik dalam perawatan ibu hamil dan postpartum. Selanjutnya, harus ada sistem evaluasi dan umpan balik yang berkesinambungan untuk memantau hasil dari praktik berbasis bukti. Dengan melakukan audit klinis secara rutin, institusi kesehatan dapat menilai efektivitas intervensi yang diterapkan dan mengidentifikasi area yang memerlukan penyesuaian (Dariani et al., 2023; Susanti,

2022). Di sisi lain, kebijakan kesehatan masyarakat perlu merangkul dan mempromosikan penggunaan pedoman berbasis bukti melalui kampanye informasi yang jelas dan terstruktur.

Melalui edukasi masyarakat tentang pentingnya perawatan berbasis bukti, diharapkan dapat tercipta kesadaran kolektif mengenai pilihan kesehatan yang lebih baik bagi ibu dan anak. Terakhir, dukungan dari pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya sangat penting dalam menyediakan sumber daya yang dibutuhkan, termasuk akses ke literatur ilmiah, panduan praktik terbaik, serta fasilitas yang memadai untuk pelatihan. Dengan melaksanakan rekomendasi-rekomendasi ini, diharapkan dapat memperkuat fondasi pelayanan kebidanan yang lebih aman dan efektif bagi seluruh populasi.

9.5 Studi Kasus Evaluasi EBP dalam Kebidanan: Praktik Terbaik

Studi kasus dalam evaluasi bukti berbasis praktik di bidang kebidanan memberikan wawasan yang berharga mengenai implementasi perawatan berbasis bukti yang efektif. Praktik terbaik dalam kebidanan sering kali melibatkan pendekatan multidimensional yang mengintegrasikan penelitian, pengalaman klinis, dan preferensi pasien. Salah satu studi kasus yang menonjol mengkaji penerapan protokol manajemen darah setelah persalinan untuk mengurangi kejadian perdarahan postpartum (Aulia, 2022). Protokol ini mengandalkan bukti terkini yang menunjukkan bahwa intervensi dini, seperti

penggunaan oksitosin dan uterotonik lainnya, dapat menurunkan mortality rate dan morbiditas, serta meningkatkan keselamatan ibu.

Di sisi lain, penting untuk mengevaluasi hasil dari intervensi yang diterapkan. Sebuah studi evaluatif di suatu rumah sakit telah mengungkapkan bahwa setelah protokol tersebut diterapkan, terdapat penurunan signifikan dalam angka perdarahan postpartum berat. Selain itu, survei kepuasan pasien menunjukkan bahwa wanita merasa lebih aman dan lebih terkendali selama proses persalinan. Keberhasilan implementasi EBP dalam kebidanan juga terletak pada pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan, yang memperkuat pengetahuan dan keterampilan mereka dalam mengadopsi pedoman berbasis bukti.

Praktik terbaik lainnya dapat ditemukan dalam penggunaan penilaian risiko yang sistematis untuk kondisi tertentu seperti preeklampsia. Dalam studi kasus tertentu, penerapan skala penilaian risiko telah menghasilkan identifikasi awal terhadap pasien yang berisiko tinggi, sehingga memungkinkan tim kesehatan untuk menyediakan pengawasan yang lebih ketat dan intervensi yang sesuai (Yuniarti, 2023). Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan hasil kesehatan tetapi juga mendorong pengambilan keputusan yang lebih baik dalam manajemen kehamilan. Melalui penggabungan bukti dari penelitian terkini dengan praktik klinis, kebidanan dapat bertransformasi untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih baik, menunjukkan bahwa EBP bukan sekadar pilihan, melainkan kebutuhan dalam era layanan kesehatan modern.

9.5.1 Implementasi Protokol Berbasis Bukti di Rumah Sakit X

Implementasi protokol berbasis bukti di Rumah Sakit X menunjukkan komitmen institusi terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dengan mendorong penggunaan praktik yang didukung oleh data ilmiah. Rumah Sakit X telah mengadopsi sejumlah pendekatan sistematis dalam penerapan protokol tersebut, dimulai dari identifikasi masalah kesehatan yang paling umum dihadapi pasien, hingga pengembangan panduan klinis yang merujuk pada hasil penelitian terbaru dan rekomendasi dari organisasi kesehatan terkemuka. Dengan melibatkan tim multidisipliner, termasuk dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya, Rumah Sakit X berusaha memastikan bahwa setiap protokol yang diterapkan tidak hanya relevan, tetapi juga dapat diimplementasikan secara praktis dalam setting klinis (Dariani et al., 2023).

Salah satu langkah awal yang diambil adalah pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi seluruh staf. Melalui workshop dan seminar, staf medis diberdayakan untuk memahami dan menerapkan bukti ilmiah dalam pengambilan keputusan klinis. Selain itu, Rumah Sakit X menerapkan sistem monitoring dan evaluasi yang ketat untuk menjamin bahwa protokol yang diterapkan dapat memberikan hasil yang diharapkan (Prastiwi, 2020). Dengan memanfaatkan indikator kinerja utama, institusi ini dapat mengukur efektivitas dari setiap protokol dan segera melakukan penyesuaian jika diperlukan. Ini juga mencakup pengumpulan data pasca implementasi yang secara berkala dianalisis untuk memperbaiki proses dan hasil pelayanan, sehingga menciptakan siklus umpan balik yang konstruktif.

Keberhasilan implementasi protokol berbasis bukti di Rumah Sakit X tidak terlepas dari keterlibatan pasien dalam proses perawatan mereka.

Edukasi pasien mengenai protokol yang diterapkan dan pilihan-pilihan yang tersedia menjadi salah satu aspek yang diperhatikan. Dengan ini, pasien tidak hanya menjadi penerima layanan, tetapi juga berpartisipasi aktif dalam proses perawatan, yang pada gilirannya meningkatkan kepuasan dan hasil klinis mereka. Dengan demikian, penerapan protokol berbasis bukti di Rumah Sakit X bukan hanya tentang mengikuti standar yang ditetapkan, tetapi juga menciptakan budaya klinis yang adaptif dan responsif terhadap kebutuhan pasien dan perkembangan ilmu kesehatan.

9.5.2 Perbandingan Antara Praktik Berbasis Bukti dan Praktik Konvensional

Dalam kajian kebidanan, penting untuk mempertimbangkan perbandingan antara praktik berbasis bukti dan praktik konvensional. Praktik berbasis bukti mengacu pada pendekatan pengambilan keputusan dalam perawatan kesehatan yang mengintegrasikan bukti penelitian terkini, pengalaman klinis, serta preferensi pasien. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan hasil perawatan dengan memanfaatkan data dan temuan ilmiah yang telah teruji. Misalnya, dalam manajemen nyeri selama persalinan, praktik berbasis bukti menekankan penggunaan metode yang telah diuji efektivitasnya, seperti anestesi epidural, berdasarkan analisis meta dan uji klinis.

Sebaliknya, praktik konvensional sering kali didasarkan pada intuisi, pengalaman individu, atau tradisi yang telah ada, tanpa dukungan dari bukti yang kuat. Meskipun praktik ini mungkin telah diterima luas dalam lingkungan tertentu, mereka tidak selalu menjamin hasil optimal. Misalnya, dalam konteks perawatan postnatal, sejumlah praktik konvensional, seperti penggunaan obat-obatan tertentu untuk mengatasi komplikasi, mungkin tidak sesuai dengan rekomendasi terbaru yang didasarkan pada penelitian yang lebih mutakhir. Menerapkan praktik berbasis bukti memungkinkan tenaga kebidanan untuk mengadopsi pendekatan yang lebih sistematis dan kritis, sehingga menurunkan risiko komplikasi dan meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi (Mailintina, 2024).

Pentingnya pergeseran dari praktik konvensional menuju praktik berbasis bukti tidak hanya terletak pada pengembangan pengetahuan dan keterampilan klinis, tetapi juga dalam mendorong budaya kolaboratif di antara profesional kesehatan (Koota et al., 2021). Melalui pelatihan dan pendidikan yang terus menerus, maka tenaga kesehatan dapat lebih memahami dan mengimplementasikan rekomendasi berbasis bukti dalam praktik sehari-hari. Dengan demikian, perbandingan antara kedua praktik ini mencerminkan evolusi dalam bidang kebidanan yang semakin mengedepankan profesionalisme, keberlanjutan pengobatan yang aman, dan kepatuhan terhadap standar perawatan yang lebih baik, serta mengarah pada peningkatan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

9.6 Kesimpulan dan Implikasi untuk Praktik Kebidanan

Data yang diperoleh melalui penelitian sistematis memungkinkan bidan untuk membuat keputusan yang lebih tepat dan terinformasi. Dengan menerapkan prinsip-prinsip evidence-based practice, bidan dapat meningkatkan hasil kesehatan ibu dan bayi serta memberikan perawatan yang lebih efektif, efisien, dan aman. Pengetahuan mengenai intervensi yang terbukti secara ilmiah memberikan kepercayaan lebih kepada bidan dalam menghadapi berbagai situasi klinis yang kompleks. Implikasi untuk praktik kebidanan sangat luas.

Pertama, pendidikan dan pelatihan bidan harus mencakup keterampilan dalam mengakses dan menilai penelitian. Ini tidak hanya akan memperkuat dasar pengetahuan mereka tetapi juga mendorong budaya yang menghargai eksplorasi dan penerapan bukti terbaru. Selain itu, integrasi EBP ke dalam kebijakan kesehatan masyarakat bisa memberikan kerangka kerja yang mendukung penggunaan pendekatan berbasis bukti dalam pengambilan keputusan klinis. Dalam rutinitas perawatan prenatal dan postnatal, penggunaan pedoman EBP dapat menjadi landasan dalam mengembangkan program intervensi yang berorientasi pada hasil terbaik.

Dengan mempertimbangkan hasil dari penerapan EBP dalam kebidanan, penting untuk diakui bahwa perjalanan ini bukan hanya tanggung jawab individu, tetapi perlu kolaborasi antara berbagai pemangku kepentingan di bidang kesehatan. Dalam konteks ini, pemangku kebijakan, pengelola rumah sakit, dan tim kesehatan harus bersinergi

untuk menciptakan lingkungan yang kondusif bagi penerapan EBP. Inisiatif untuk menyelenggarakan seminar, workshop, dan diskusi tentang bukti terbaru akan sangat berharga dalam memfasilitasi pertukaran pengetahuan dan pengalaman di antara para praktisi. Melalui langkah-langkah ini, praktik kebidanan tidak hanya akan lebih menjawab tantangan yang ada saat ini, tetapi juga siap untuk mengadaptasi inovasi masa depan, sehingga selalu berfokus pada peningkatan kualitas perawatan dan keselamatan pasien.

9.6.1 Ringkasan Temuan

Dalam analisis ini, ditemukan bahwa pendekatan berbasis bukti dalam kebidanan memberikan dampak signifikan terhadap hasil perawatan ibu dan bayi. Evaluasi kasus-kasus yang telah diterapkan mengungkapkan bahwa penggunaan protokol berbasis bukti meningkatkan kualitas pelayanan serta keselamatan pasien. Penerapan panduan standar dalam pengelolaan komplikasi selama persalinan telah menurunkan angka morbiditas dan mortalitas dengan cara mengoptimalkan keputusan klinis berdasarkan data yang valid dan penelitian terkini.

Lebih lanjut, penelitian menunjukkan bahwa partisipasi aktif dari tenaga kesehatan dalam program pelatihan berbasis bukti berkontribusi pada peningkatan keterampilan mereka serta pengetahuan tentang praktik kebidanan yang aman dan efektif. Program-program ini tidak hanya berfokus pada aspek teknik, tetapi juga pada pemahaman teoritis yang mendalam mengenai kondisi-kondisi obstetrik tertentu, serta penanganannya. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa petugas kesehatan yang

terlatih menunjukkan kepercayaan diri yang lebih tinggi dan mampu menerapkan intervensi yang lebih tepat dalam situasi kritis.

Kesimpulannya, integrasi prinsip-prinsip berbasis bukti dalam praktik kebidanan tidak hanya memperbaiki outcome klinis, tetapi juga meningkatkan pengalaman pasien. Dengan sistem yang memfasilitasi akses terhadap informasi terkini dan pelatihan berkelanjutan, seluruh tim medis dapat memberikan pelayanan yang lebih terstandarisasi dan efektif. Studi ini menegaskan kebutuhan mendasar untuk terus menggali dan menerapkan riset dalam kebidanan demi perbaikan berkelanjutan di sektor kesehatan maternal dan neonatal.

9.6.2 Rekomendasi untuk Penerapan EBP di Masa Depan

Rekomendasi untuk penerapan *Evidence-Based Practice* (EBP) di masa depan dalam bidang kebidanan harus difokuskan pada penguatan sistem pelatihan dan pengembangan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan. Hal ini mencakup integrasi EBP ke dalam kurikulum pendidikan formal bagi bidan, sehingga mereka tidak hanya menguasai keterampilan klinis, tetapi juga memahami dan mampu mengimplementasikan temuan riset terkini dalam praktik sehari-hari. Institusi pendidikan perlu bekerja sama dengan lembaga penelitian untuk memastikan bahwa materi yang diajarkan relevan dan berbasis bukti, serta mendorong mahasiswa untuk terlibat dalam penelitian selama pendidikan mereka (Law and MacDermid, 2024).

Selanjutnya, penting bagi fasilitas kesehatan untuk mengembangkan jejaring kolaboratif antara praktisi, peneliti, dan pengambil kebijakan. Dengan membentuk tim multidisipliner yang berfokus pada EBP, praktik kebidanan dapat diperkuat melalui diskusi aktif dan pertukaran ide. Hal ini dapat menciptakan lingkungan yang mendukung integrasi EBP dengan cara berbagi keberhasilan dan tantangan yang dihadapi dalam penerapan praktik berbasis bukti. Selain itu, fasilitas kesehatan perlu memastikan akses yang memadai terhadap sumber daya penelitian seperti database jurnal, alat bantu pendidikan, dan pelatihan untuk mendukung pembelajaran sepanjang hayat.

Akhirnya, penilaian hasil dan dampak praktik yang berbasis bukti harus menjadi bagian integral dari sistem kesehatan. Melalui implementasi sistem pemantauan dan evaluasi yang efektif, penyedia layanan kesehatan dapat mengidentifikasi praktik yang paling berhasil dan menyesuaikan intervensi sesuai dengan kebutuhan populasi yang dilayani. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan, tetapi juga berkontribusi pada pengambilan keputusan yang lebih baik di tingkat kebijakan. Ke depan, dengan penerapan rekomendasi ini, diharapkan EBP akan berperan lebih besar dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak yang berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adawiyah, R., 2020. Implementasi Metode Minkowsky Distance Untuk Deteksi Kelahiran Bayi Prematur Berbasis Case Based Reasoning. JIKO (Jurnal Informatika dan Komputer) 3, 36–41.
- Alatawi, M., Aljuhani, E., Alsufiany, F., Aleid, K., Rawah, R., Aljanabi, S., Banakhar, M., 2020. Barriers of implementing *Evidence-Based Practice* in nursing profession: A literature review. American Journal of Nursing Science 9, 35–42.
- Aulia, D.L.N., R.U.S.S.T., & A.A.D., 2022. Komplikasi Pada Kehamilan, Persalinan, Nifas Dan Bayi Baru Lahir (Dilengkapi Latihan Soal Uji Kompetensi). PT. Pena Persada Kerta Utama, Banyumas.
- Bond, G.R., Drake, R.E., 2020. Assessing the fidelity of evidence-based practices: History and current status of a standardized measurement methodology. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 47, 874–884.
- Boswell, C., Ashcraft, A., Long, J., Cannon, S., DiVito-Thomas, P., Delaney, T., 2020. Self-efficacy: changing the tide of evidence-based practice. Worldviews Evid Based Nurs 17, 129–135.
- Böttcher-Oschmann, F., Groß Ophoff, J., Thiel, F., 2021. Preparing teacher training students for *Evidence-Based Practice* promoting students' research competencies in research-learning projects, in: Frontiers in Education. Frontiers Media SA, p. 642107.

- Burlingame, G.M., Strauss, B., 2021. Efficacy of small group treatments: Foundation for evidence-based practice.
- Cahyanto, EB.S.IS.N.AS. et al, 2020. Asuhan Kebidanan Komplementer Berbasis Bukti. CV Al Qolam Media Lestari.
- Dariani, L., Khadijah, S., Rahmi, S.L., Mesalina, R., 2023. Pelatihan Pelayanan Kebidanan Komplementer Bagi Bidan Sebagai Upaya Inovasi Enterpreneur di Kota Bukittinggi. Abdi: Jurnal Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat 5, 35–39. <https://doi.org/10.24036/abdi.v5i1.423>
- Djami, M.E.U., 2015. Pencegahan Dan Penatalaksanaan Cedera Perineum Dalam Persalinan [WWW Document]. <https://moudyamo.wordpress.com/2015/04/02/pencegahan-dan-penatalaksanaan-cedera-perineum-dalam-persalinan/>.
- Fitriani, I., P.P. and A.E., 2022. Aplikasi Sistem Pengolahan Data Rekam Medis Klinik Bersalin Berbasis Java. JISAMAR (Journal of Information System, Applied, Management, Accounting and Research) 6, 506–520.
- Greenhalgh, T.M., Bidewell, J., Crisp, E., Warland, J., Dermody, G., 2023. Understanding research methods for *Evidence-Based Practice* in health. John Wiley & Sons.
- Harsia, F., A.M., & H.S.H., 2022. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir pada Bayi Ny. S dengan Inisiasi Menyusu Dini. Window of Midwifery Journal.

- Hoffmann, T., Bennett, S., Del Mar, C., 2023. *Evidence-Based Practice* across the health professions. Elsevier Health Sciences.
- Hsieh, P.-L., Chen, S.-H., 2020. Effectiveness of an *Evidence-Based Practice* educational intervention among school nurses. *Int J Environ Res Public Health* 17, 4063.
- Koota, E., Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Lääperi, M., Melender, H., 2021. Effectiveness of evidence-based practice (ebp) education on emergency nurses' ebp attitudes, knowledge, self-efficacy, skills, and behavior: A randomized controlled trial. *Worldviews Evid Based Nurs* 18, 23–32.
- Kumah, E.A., McSherry, R., Bettany-Saltikov, J., Van Schaik, P., Hamilton, S., Hogg, J., Whittaker, V., 2022. Evidence-informed vs evidence-based practice educational interventions for improving knowledge, attitudes, understanding and behaviour towards the application of evidence into practice: A comprehensive systematic review of undergraduate students. *Campbell Systematic Reviews* 18, e1233.
- Law, M., MacDermid, J.C., 2024. Introduction to evidence-based practice, in: *Evidence-Based Rehabilitation*. Routledge, pp. 1–14.
- Mailintina, Y., 2024. BAB 2 Integrasi Kebidanan Konvensional Dan Komplementer. *Kebidanan Komplementer*. PT Sada Kurina Pustaka, Banten.
- Mattison, C., Bourret, K., Hebert, E., Leshabari, S., Kabeya, A., Achiga, P., Robinson, J., Darling, E., 2021. *Health*

systems factors impacting the integration of midwifery: an evidence-informed framework on strengthening midwifery associations. *BMJ Glob Health* 6, e004850. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004850>

Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., 2022. *Evidence-Based Practice* in nursing & healthcare: A guide to best practice. Lippincott Williams & Wilkins.

Melnyk, B.M., Tan, A., Hsieh, A.P., Gallagher-Ford, L., 2021. Evidence-based practice culture and mentorship predict EBP implementation, nurse job satisfaction, and intent to stay: Support for the ARCC© model. *Worldviews Evid Based Nurs* 18, 272–281.

O'Hare, T., 2020. Evidence-based practices for social workers: An interdisciplinary approach. Oxford University Press.

Pane, M., 2023. Pentingnya Memenuhi Kebutuhan Gizi Ibu Hamil [WWW Document]. <https://www.alodokter.com/kebutuhan-nutrisi-gizi-ibu-hamil-yang-harus-dipenuhi>.

Pollard, M. 2019., 2019. ASI Asuhan Berbasis Bukti. . EGC, Jakarta.

Prastiwi, D., I.I., Y.S.M. and M.R.W., 2020. Pelatihan Preceptorship Model Approach Pada Perawat Dan Bidan. *PENA ABDIMAS: Jurnal Pengabdian Masyarakat* 1.

Pratiwi, L., N.H., Dianna.P.R.S.W., P.M.P.W.U., and Z.A.R., 2024. Mengenal Pre Eklamsi dan Pendidikan bagi

Kader dalam Sosialisasi Dukungan Sosial bagi Ibu Hamil. CV Jejak (Jejak Publisher).

Putri, Y., Y.S., H.Y., U.D.A., R.T., S.M., S.L.Y., S.R.B. and N.N.A.L., 2022. Buku Ajar Fisiologi Kehamilan, Persalinan, Nifas, Dan Bayi Baru Lahir. PT Nasya Expanding Management, Pekalongan.

Schmidt, N.A., Brown, J.M., 2024. *Evidence-Based Practice for Nurses: Appraisal and Application of Research with Navigate Advantage Access*. Jones & Bartlett Learning.

Shamsaee, M., Mangolian Shahrababaki, P., Ahmadian, L., Farokhzadian, J., Fatehi, F., 2021. Assessing the effect of virtual education on information literacy competency for *Evidence-Based Practice* among the undergraduate nursing students. BMC Med Inform Decis Mak 21, 1–11.

Sintya, R.F.M., 2020. Perbandingan Kadar Trombosit Antara Pasien Preeklampsia Dengan Eklampsia Di Rumah Sakit Wiyung Sejahtera. UM Surabaya, Surabaya.

Speroni, K.G., McLaughlin, M.K., Friesen, M.A., 2020. Use of Evidence-based practice models and research findings in Magnet-Designated hospitals across the United States: national survey results. *Worldviews Evid Based Nurs* 17, 98–107.

Srimiyati, S.& A.K., 2021. Determinan Risiko Terjadinya Bayi Berat Lahir Rendah. *Journal of Telenursing (JOTING)*.

Susanti, A.I., A.M., H.A.H. and D.F.H., 2022. Penguatan Peran Bidan dalam Memberikan Konseling Asuhan Kebidanan Berkelanjutan melalui Pelatihan Web

Centric Course. Poltekita: Jurnal Pengabdian Masyarakat 3, 869–868.

Suwarni, S., A.T.G., S.P. and A.F.G.R., 2023. Sistem Informasi Fitofarmaka (Sifita) Berbasis Web Sebagai Sumber Informasi Apoteker. Jurnal Kesehatan Tambusai 4, 4575–4580.

Ylimäki, S., Oikarinen, A., Kääriäinen, M., Holopainen, A., Oikarainen, A., Pölkki, T., Meriläinen, M., Lukkarila, P., Taam-Ukkonen, M., Tuomikoski, A.-M., 2022. Advanced practice nurses' experiences of evidence-based practice: a qualitative study. Nord J Nurs Res 42, 227–235.

Yuniarti, T., R.R., A.J.T., M.M., A.H. and W.A., 2023. Risiko Kejadian Pre-Eklampsia pada Ibu Hamil dengan Obesitas. Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal 13, 1265–1274.

BAB 10

ETIKA DAN PROFESIONALISME DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

Oleh Muhammad Almanfaluthi

10.1 Pendahuluan

Etika dan profesionalisme dalam praktik kebidanan merupakan dua aspek yang saling berkaitan dan krusial dalam pemberian layanan kesehatan maternal dan neonatal. Etika kebidanan berhubungan erat dengan panduan moral yang mencakup prinsip-prinsip seperti otonomi pasien, keadilan, dan benefisiensi, yang sangat penting bagi bidan dalam pengambilan keputusan yang adil dan bertanggung jawab (Badariati et al., 2022). Penerapan etika ini tidak hanya melibatkan keharusan untuk menghormati pilihan dan kebutuhan setiap individu, tetapi juga memastikan bahwa semua tindakan dilakukan dengan mempertimbangkan keselamatan dan kesejahteraan ibu dan bayi (Huda and Huzaima, 2022). Profesionalisme menuntut sikap dan kompetensi yang sesuai dengan standar tinggi, yang mencerminkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional bidan (Nasrun and Fathya, 2021). Sebagai tenaga kesehatan yang menjadi ujung tombak dalam perawatan maternal, bidan dituntut untuk menjaga kualitas layanan, di mana kemampuan untuk berpikir kritis dan berkomunikasi efektif dengan pasien sangat diperlukan (Ismaya, 2020).

Memahami interaksi antara etika dan profesionalisme tidak hanya penting untuk meningkatkan kualitas layanan kebidanan, tetapi juga berperan dalam membangun kepercayaan antara pasien dan tenaga kesehatan (Sediawan, 2022). Kepercayaan ini sangat berfungsi untuk menjamin bahwa pasien merasa aman dan nyaman selama proses perawatan, yang penting untuk kesuksesan intervensi medis (Rohani et al., 2022). Tanpa kepercayaan, hubungan antara bidan dan pasien dapat terganggu, yang berpotensi menimbulkan konflik etika dan hukum dalam praktik sehari-hari (Rahmad et al., 2023). Hal ini menekankan pentingnya etika dan profesionalisme sebagai landasan untuk menciptakan layanan kesehatan yang efektif dan berkualitas, yang pada gilirannya akan berdampak positif terhadap kesehatan masyarakat secara luas.

10.2 Prinsip Etika dalam Praktik Kebidanan

Prinsip etika dalam praktik kebidanan berperan sebagai landasan moral yang membimbing bidan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Terdapat beberapa prinsip utama yang mendasari etika kebidanan, yakni otonomi, beneficence, non-maleficence, dan keadilan. **Otonomi** merujuk pada hak pasien untuk membuat keputusan berdasarkan informasi yang diberikan, memberi mereka kontrol penuh terhadap tindakan medis yang ingin dijalani (Christianson et al., 2022).



Gambar 10. 1. Prinsip Etika Kebidanan
(Sumber : (Wu, 2021))

Dalam praktik kebidanan, prinsip ini tercermin dalam proses informed consent, di mana bidan wajib menjelaskan prosedur, risiko, dan manfaat dari suatu intervensi sebelum pasien memberikan persetujuan. Misalnya, seorang ibu hamil dengan kondisi kehamilan risiko tinggi berhak memilih apakah ingin melahirkan secara normal atau melalui operasi caesar setelah menerima informasi yang jelas dari bidan. Menghormati otonomi pasien juga berarti tidak memaksa atau memengaruhi keputusan mereka dengan cara yang tidak etis, sehingga setiap tindakan medis dilakukan dengan persetujuan penuh dari pasien.

Prinsip **beneficence** menekankan kewajiban bidan untuk selalu mengutamakan kebaikan pasien melalui tindakan medis yang bermanfaat, sementara **non-maleficence** berfokus pada kewajiban untuk tidak merugikan pasien dalam tindakan yang diambil (Allagoa et al., 2024). Bidan harus memastikan bahwa setiap intervensi yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi, serta mencegah komplikasi yang dapat terjadi. Sebagai contoh, dalam kasus seorang ibu yang mengalami perdarahan postpartum, bidan harus segera melakukan tindakan seperti pemberian uterotonika atau melakukan kompresi uterus untuk menghentikan perdarahan dan menyelamatkan nyawa pasien. Dalam situasi seperti ini, bidan bertindak demi kepentingan terbaik pasien, dengan mengutamakan intervensi yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan berbasis bukti.

Prinsip **non-maleficence** mengharuskan bidan untuk selalu mempertimbangkan risiko dari setiap intervensi dan menghindari tindakan yang dapat menyebabkan cedera atau bahaya bagi pasien. Sebagai contoh, dalam menangani persalinan, bidan harus memastikan bahwa setiap prosedur, seperti episiotomi atau penggunaan alat bantu persalinan, hanya dilakukan jika benar-benar diperlukan dan sesuai indikasi medis. Jika tindakan tersebut tidak diperlukan, namun tetap dilakukan, maka bidan telah melanggar prinsip non-maleficence karena dapat menyebabkan komplikasi yang seharusnya bisa dihindari.

Selain itu, prinsip **keadilan** berfungsi untuk memastikan distribusi pelayanan kesehatan yang adil bagi semua pasien, tanpa diskriminasi sosial atau ekonomi

(Mivšek et al., 2021). Prinsip ini menuntut bidan untuk memberikan pelayanan yang setara kepada setiap individu, tanpa membedakan status sosial, ekonomi, atau budaya pasien. Sebagai contoh, dalam pelayanan antenatal care (ANC), setiap ibu hamil berhak mendapatkan pemeriksaan berkala yang sama, baik mereka berasal dari daerah perkotaan dengan fasilitas lengkap maupun dari wilayah pedesaan yang memiliki keterbatasan akses kesehatan. Keadilan dalam kebidanan juga mencakup upaya bidan dalam memperjuangkan hak-hak pasien yang kurang mampu untuk mendapatkan layanan yang layak, seperti membantu mereka mengakses program jaminan kesehatan atau memberikan edukasi yang sesuai agar mereka tetap mendapatkan pelayanan terbaik.

Meskipun demikian, bidan sering kali dihadapkan pada dilema etik dalam praktik sehari-hari, yang mengharuskan mereka untuk menyeimbangkan antara prinsip etika, kepentingan pasien, serta batasan regulasi yang berlaku. Salah satu dilema yang umum terjadi adalah ketika keputusan keluarga bertentangan dengan kepentingan pasien, seperti dalam kasus ibu hamil yang mengalami komplikasi serius tetapi keluarganya menolak tindakan medis yang disarankan oleh tenaga kesehatan (Mayra et al., 2021). Misalnya, seorang ibu dengan preeklampsia berat membutuhkan tindakan segera seperti induksi persalinan atau operasi caesar untuk menyelamatkan nyawa dirinya dan bayi. Namun, keluarganya mungkin menolak tindakan tersebut karena alasan budaya atau keyakinan tertentu. Dalam situasi seperti ini, bidan harus mampu menavigasi konflik dengan memberikan edukasi yang jelas kepada keluarga, menjelaskan risiko yang mungkin terjadi, serta

berupaya meyakinkan mereka agar keputusan yang diambil tetap mengutamakan keselamatan pasien.

Selain itu, dilema etik juga dapat muncul ketika bidan harus menyampaikan informasi yang sensitif kepada pasien atau keluarganya. Sebagai contoh, jika seorang ibu hamil didiagnosis dengan kondisi janin yang tidak dapat bertahan hidup setelah lahir, bidan perlu menyampaikan informasi ini dengan penuh empati dan kehati-hatian (Jiang et al., 2021). Di satu sisi, keterbukaan informasi adalah bagian dari prinsip otonomi pasien yang harus dihormati, tetapi di sisi lain, penyampaian yang kurang hati-hati dapat menimbulkan kecemasan atau reaksi emosional yang berlebihan dari pasien dan keluarganya. Dalam situasi seperti ini, bidan harus mempertimbangkan cara komunikasi yang efektif, menggunakan bahasa yang mudah dipahami, serta memberikan dukungan emosional agar pasien dapat menghadapi kenyataan dengan lebih siap.

Dilema lain yang sering terjadi dalam praktik kebidanan adalah ketika bidan harus mengambil keputusan dalam keterbatasan kewenangan yang dimilikinya. Misalnya, dalam keadaan darurat obstetri di fasilitas kesehatan primer, seorang bidan mungkin harus menghadapi situasi di mana pasien membutuhkan tindakan medis yang sebenarnya berada di luar kewenangannya, seperti melakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir yang mengalami asfiksia berat sebelum dokter tiba (Lim and Kim, 2021). Dalam situasi ini, bidan harus mempertimbangkan apakah tindakan yang diambil tetap sesuai dengan standar etika profesi, mempertimbangkan keselamatan pasien, serta mengacu pada regulasi yang mengatur kewenangan bidan.

Untuk mendukung pengambilan keputusan yang tepat dalam konteks etika, bidan perlu menerapkan prinsip pengambilan keputusan berbasis etika dan mempertimbangkan aspek hukum yang terkait. Salah satu pendekatan yang dapat digunakan adalah model pengambilan keputusan etis, yang melibatkan identifikasi masalah, analisis berdasarkan prinsip etika, eksplorasi alternatif solusi, dan pengambilan keputusan yang mempertimbangkan dampaknya bagi pasien serta profesi bidan itu sendiri. Sebagai contoh, dalam kasus seorang ibu dengan HIV yang menolak pemberian profilaksis ARV kepada bayinya setelah lahir, bidan dapat menelaah berbagai pertimbangan etik dan hukum, mendiskusikan dengan tim medis, serta mengedukasi pasien agar keputusan yang diambil tetap menghormati hak pasien namun juga mengedepankan prinsip beneficence bagi bayi yang berisiko tertular infeksi (Murariu et al., 2021).

10.3 Profesionalisme dalam Praktik Kebidanan

Profesionalisme dalam praktik kebidanan adalah elemen vital yang mencerminkan komitmen bidan dalam memberikan pelayanan yang aman, bermutu, dan berlandaskan standar etika profesi. Profesionalisme ini mencakup pemahaman mendalam tentang standar kompetensi serta karakteristik yang diharapkan dari seorang bidan profesional. Seorang bidan tidak hanya dituntut untuk memiliki keterampilan teknis yang baik, tetapi juga pemahaman mengenai regulasi yang berlaku di bidang kesehatan serta prinsip-prinsip kebidanan yang berbasis bukti (Vedam et al., 2022). Sebagai contoh, seorang

bidan yang profesional harus memahami indikasi dan kontraindikasi dalam melakukan episiotomi, serta mampu mengevaluasi kondisi pasien sebelum mengambil keputusan tindakan. Keputusan ini harus didasarkan pada standar praktik klinis yang telah ditetapkan untuk meminimalkan risiko bagi ibu dan bayi.

Selain keterampilan teknis, sikap profesional seperti empati, tanggung jawab, dan integritas juga menjadi landasan penting dalam menjalankan praktik kebidanan yang berkualitas (Bukkfalvi-Cadotte, 2020). Seorang bidan yang memiliki empati akan mampu membangun hubungan yang lebih baik dengan pasien, memberikan dukungan emosional yang diperlukan, dan menciptakan lingkungan persalinan yang lebih nyaman. Misalnya, ketika menghadapi ibu yang mengalami kecemasan saat persalinan, bidan dapat menunjukkan profesionalisme dengan memberikan informasi yang jelas, menenangkan pasien, serta mendukungnya secara psikologis agar proses persalinan berjalan lebih lancar. Selain itu, tanggung jawab dalam praktik kebidanan juga mencerminkan dedikasi bidan terhadap keselamatan pasien. Seorang bidan yang profesional tidak akan mengabaikan tanda-tanda bahaya pada ibu hamil, seperti preeklampsia atau infeksi postpartum, dan akan segera mengambil langkah yang diperlukan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

Profesionalisme dalam kebidanan juga tercermin dalam komunikasi yang efektif dengan pasien serta kolaborasi/ sinergisme yang harmonis dengan tenaga kesehatan lainnya (Blackman and Shifaza, 2022, Almanfaluthi et al., 2022). Komunikasi yang baik sangat

penting dalam membangun kepercayaan dengan pasien dan keluarganya. Sebagai contoh, ketika seorang ibu mengalami keguguran, bidan harus menyampaikan informasi dengan empati, memberikan dukungan emosional, serta menjelaskan langkah-langkah selanjutnya dalam perawatan pasca-keguguran. Selain itu, bidan juga harus mampu bekerja sama dengan dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya untuk memastikan koordinasi pelayanan yang optimal bagi pasien. Dalam kasus persalinan dengan komplikasi, misalnya, bidan harus segera berkonsultasi dengan dokter spesialis kebidanan untuk menentukan langkah terbaik dalam menangani kondisi ibu dan bayi.

Implementasi profesionalisme dalam keseharian dapat dilihat pada bagaimana bidan menangani pasien dengan rasa hormat, menjaga kerahasiaan informasi pasien, dan memberikan layanan yang berbasis bukti sesuai dengan standar pelayanan kebidanan yang ditetapkan (Mivšek et al., 2021). Misalnya, seorang bidan yang profesional tidak akan membicarakan kondisi kesehatan pasien kepada pihak lain tanpa izin, karena menjaga kerahasiaan informasi medis merupakan aspek penting dalam kode etik profesi. Selain itu, penerapan layanan berbasis bukti dapat dilihat dalam pemilihan metode manajemen nyeri saat persalinan. Seorang bidan yang profesional akan memberikan pilihan berbasis bukti kepada pasien, seperti teknik pernapasan, posisi persalinan yang nyaman, atau penggunaan analgesik yang aman, sehingga pasien dapat mengambil keputusan yang terbaik bagi dirinya.

Namun, tantangan dalam menerapkan profesionalisme juga ada, seperti keterbatasan sumber daya, tekanan kerja yang tinggi, dan potensi konflik kepentingan (Ampofo et al., 2022). Dalam banyak situasi, bidan bekerja di fasilitas kesehatan dengan sumber daya terbatas, seperti kurangnya alat medis atau jumlah tenaga kesehatan yang tidak mencukupi. Hal ini dapat mempengaruhi kualitas layanan yang diberikan. Sebagai contoh, dalam kasus di mana jumlah bidan yang bertugas lebih sedikit dibandingkan jumlah pasien yang harus ditangani, tekanan kerja yang tinggi dapat menyebabkan kelelahan fisik dan emosional, yang pada akhirnya berpotensi menurunkan kualitas pelayanan. Dalam kondisi ini, bidan harus tetap menjaga profesionalisme dengan mengutamakan keselamatan pasien, mendukung tim kerja dengan komunikasi yang efektif, serta mencari solusi yang terbaik untuk mengatasi keterbatasan yang ada.

Dalam konteks ini, penting bagi bidan untuk terus membangun dan menjaga integritas profesional mereka, serta meningkatkan pemahaman tentang praktik berbasis etika. Ini akan menjadi kunci untuk mengatasi berbagai tantangan yang dihadapi di lapangan, serta untuk terus meningkatkan kualitas layanan kesehatan ibu dan anak yang mereka berikan (Sharif et al., 2021). Sebagai langkah nyata, bidan dapat mengikuti pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan kompetensi, berpartisipasi dalam diskusi kasus dengan rekan sejawat, serta menerapkan refleksi diri dalam praktik sehari-hari guna meningkatkan kesadaran etis dan profesional.

Upaya ini tidak hanya bermanfaat bagi individu bidan, tetapi juga untuk seluruh sistem layanan kesehatan di mana mereka beroperasi. Ketika profesionalisme dijaga dengan baik, kepercayaan masyarakat terhadap layanan kebidanan akan meningkat, yang pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan kesehatan ibu dan bayi secara keseluruhan. Dengan terus berpegang teguh pada standar etika dan profesionalisme, bidan dapat menjadi pilar utama dalam menciptakan sistem pelayanan kesehatan maternal yang lebih baik, lebih aman, dan lebih manusiawi.

10.4 Aspek Hukum dan Regulasi dalam Etika Kebidanan

Selain aspek etika dan profesionalisme, pemahaman tentang regulasi dan hukum yang mengatur praktik kebidanan menjadi hal yang sangat penting bagi setiap bidan. Di Indonesia, praktik kebidanan diatur oleh berbagai regulasi, termasuk Undang-Undang tentang Tenaga Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan (Prayuti et al., 2024). Regulasi ini memberikan pedoman yang jelas mengenai hak dan kewajiban bidan dalam memberikan layanan, serta batasan kewenangan yang harus dipatuhi untuk menghindari pelanggaran hukum. Misalnya, Peraturan Menteri Kesehatan memuat ketentuan terkait kompetensi dan tugas bidan yang berkontribusi pada keputusan klinis dan tindakan kebidanan yang diambil (Wijayanto et al., 2024). Sebagai contoh, seorang bidan yang menjalankan praktik mandiri harus memahami batasan kewenangannya dalam menangani persalinan normal dan mengetahui kapan

harus merujuk pasien ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap jika terjadi komplikasi.

Pemahaman terhadap regulasi ini juga penting dalam mendukung praktik kebidanan berbasis keamanan pasien. Dengan mengetahui batasan kewenangannya, bidan dapat menghindari tindakan yang tidak sesuai standar dan tetap bekerja dalam lingkup hukum yang telah ditetapkan. Misalnya, dalam kasus persalinan dengan indikasi komplikasi seperti eklampsia atau perdarahan postpartum, bidan wajib segera merujuk pasien ke rumah sakit yang memiliki fasilitas lebih lengkap. Jika bidan tetap menangani kasus di luar kompetensinya tanpa koordinasi dengan dokter atau tenaga medis lain, maka ia dapat melanggar ketentuan hukum yang berlaku dan berpotensi menghadapi konsekuensi hukum. Oleh karena itu, pengetahuan tentang regulasi ini menjadi kunci dalam menjaga profesionalisme serta melindungi diri dari risiko hukum.

Pelanggaran terhadap etika dan profesionalisme dalam kebidanan dapat berakibat fatal dan berimplikasi hukum, termasuk sanksi administratif, perdata, dan pidana. Misalnya, jika seorang bidan tidak mematuhi prosedur standar dalam memberikan tindakan medis, seperti melakukan tindakan episiotomi tanpa indikasi yang jelas atau tanpa persetujuan pasien, maka dapat menghadapi tuntutan hukum atas dugaan malpraktik. Dalam kasus lain, jika seorang bidan mengungkapkan informasi pribadi pasien tanpa izin, maka ia dapat dikenai sanksi administratif sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Hal ini menunjukkan bahwa setiap tindakan dalam praktik kebidanan harus selalu berpegang pada prinsip kehati-hatian serta memperhatikan

aspek hukum agar tidak menimbulkan dampak negatif bagi pasien maupun bagi bidan itu sendiri.

Untuk itu, memahami aspek hukum dalam praktik kebidanan sangat penting guna mencegah tindakan malpraktik serta menjaga keselamatan pasien (Pratama et al., 2024). Dengan memiliki wawasan yang baik tentang regulasi, bidan dapat menjalankan praktiknya secara profesional, bertanggung jawab, serta memberikan perlindungan hukum bagi dirinya sendiri. Selain itu, pemahaman tentang hukum juga dapat meningkatkan rasa percaya diri bidan dalam mengambil keputusan klinis, karena mereka mengetahui batasan dan kewajiban yang harus dipatuhi. Sebagai contoh, dalam menangani pasien yang menolak tindakan medis tertentu, bidan perlu memahami prosedur hukum terkait persetujuan tindakan medis dan bagaimana cara mendokumentasikan keputusan pasien untuk menghindari potensi permasalahan hukum di kemudian hari.

Peran organisasi profesi seperti Ikatan Bidan Indonesia (IBI) sangat signifikan dalam mengawasi dan memastikan bahwa standar etika serta profesionalisme dipatuhi oleh anggotanya. IBI berperan dalam memberikan panduan praktik kebidanan yang sesuai dengan regulasi yang berlaku serta membekali bidan dengan pelatihan dan edukasi mengenai aspek hukum terbaru (Ikhnadito, 2023). Sebagai contoh, IBI sering mengadakan seminar dan lokakarya yang membahas isu-isu hukum dalam praktik kebidanan, seperti prosedur pendokumentasian yang benar untuk menghindari tuntutan hukum serta kebijakan terbaru yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Dengan adanya pemahaman yang baik tentang hukum dan regulasi ini, bidan dapat menjalankan tugasnya dengan lebih percaya diri dan bertanggung jawab, sehingga dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Regulasi yang jelas memberikan perlindungan hukum bagi bidan dalam menjalankan tugasnya sekaligus memastikan bahwa pasien mendapatkan layanan kesehatan yang aman dan bermutu. Oleh karena itu, setiap bidan diharapkan untuk terus memperbarui pengetahuannya terkait peraturan yang berlaku serta mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi dan lembaga kesehatan guna meningkatkan kompetensi dan profesionalismenya dalam menjalankan praktik kebidanan.

10.5 Kesimpulan dan Rekomendasi

Dengan pemahaman yang mendalam mengenai prinsip etika, kode etik profesi, dan standar profesionalisme yang berlaku, bidan dapat memberikan layanan yang berkualitas, aman, dan berbasis bukti kepada pasien. Penerapan prinsip-prinsip tersebut tidak hanya berpeluang meningkatkan kepercayaan publik terhadap profesi bidan, tetapi juga berkontribusi pada keselamatan ibu dan bayi yang dilayani.

Dalam rangka meningkatkan etika dan profesionalisme dalam kebidanan, beberapa strategi rekomendasi patut diterapkan. **Pertama**, pelatihan etika medis bagi bidan harus rutin dilakukan untuk memperdalam pemahaman mereka tentang isu-isu etika yang mungkin timbul dalam praktik sehari-hari. **Kedua**, perlu adanya penguatan regulasi yang mengatur praktik kebidanan agar lebih jelas dan tegas,

mencakup hak dan kewajiban bidan dalam memberikan pelayanan. Terakhir **Ketiga**, peningkatan sistem monitoring dan evaluasi dalam praktik kebidanan juga sangat penting agar kualitas layanan dapat terus dipantau dan ditingkatkan secara berkelanjutan. Dengan mengimplementasikan rekomendasi ini, diharapkan mutu pelayanan kebidanan dapat terus ditingkatkan demi kesejahteraan ibu dan bayi yang dilayani.

DAFTAR PUSTAKA

- Allagoa, B. I., Amininiye, M. M. & Gbobo, P. I. 2024. *Factors influencing attitude and adherence toward principles of medical ethics among midwives and midwifery students in university of port harcourt teaching hospital*. African Journal of Health Nursing and Midwifery, 7, 235-248. <https://doi.org/10.52589/ajhnm-lyn659b7>
- Almanfaluthi, M., Widodo, S., Suttiaprapa, S., Wongsaroj, T. & Sripta, B. 2022. *The burden of opisthorchiasis and leptospirosis in thailand: A nationwide syndemic analysis*. Acta Trop, 226, 106227. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2021.106227>
- Ampofo, E. A., Caine, V. & Clandinin, D. J. 2022. *Narrative inquiry into the professional identity-making of ghanaian midwives*. Journal of Medical Education and Curricular Development, 9. <https://doi.org/10.1177/23821205221096097>
- Badariati, B., Devi, R. & Parmin, P. 2022. *Peran bidan di puskesmas terhadap pelayanan kesehatan ibu hamil pada masa era new normal covid-19 di kota palu*. Ghidza Jurnal Gizi Dan Kesehatan, 6, 224-229. <https://doi.org/10.22487/ghidza.v6i2.571>
- Blackman, I. & Shifaza, F. 2022. *Causal links behind why australian midwifery care is missed*. Journal of Nursing Management, 30, 4578-4586. <https://doi.org/10.1111/jonm.13879>
- Bukkfalvi-Cadotte, A. 2020. *The professional identity of lithuanian midwifery students: An exploratory study*. European Journal of Midwifery, 4, 1-4. <https://doi.org/10.18332/ejm/127515>
- Christianson, M., Lehn-Christiansen, S. & Velandia, M. 2022. *The advancement of a gender ethics protocol to uncover gender ethical dilemmas in midwifery: A preliminary theory model*.

- Reproductive Health, 19.
<https://doi.org/10.1186/s12978-022-01515-6>
- Huda, N. & Huzaima, H. 2022. *Peran bidan pada penanganan perdarahan persalinan*. Jubida, 1, 68-73.
<https://doi.org/10.58794/jubida.v1i2.222>
- Ikhnadito, Y. 2023. *Penegak hukum dan moral*.
<https://doi.org/10.31219/osf.io/wfam4>
- Ismaya, I. 2020. *Penerapan metode virtual patients simulations pada mata kuliah komunikasi dan konseling dalam praktik kebidanan pada mahasiswa di stikes budi luhur cimahi*. JKBL. <https://doi.org/10.62817/jkbl.v0i0.74>
- Jiang, W., Zhao, X., Jiang, J., Zhang, H., Sun, S. & Li, X. 2021. *The association between perceived hospital ethical climate and self-evaluated care quality for covid-19 patients: The mediating role of ethical sensitivity among chinese anti-pandemic nurses*. BMC Medical Ethics, 22.
<https://doi.org/10.1186/s12910-021-00713-4>
- Lim, A. & Kim, S. 2021. *Nurses' ethical decision-making during end of life care in south korea: A cross-sectional descriptive survey*. BMC Medical Ethics, 22.
<https://doi.org/10.1186/s12910-021-00665-9>
- Mayra, K., Padmadas, S. S. & Matthews, Z. 2021. *Challenges and needed reforms in midwifery and nursing regulatory systems in india: Implications for education and practice*. Plos One, 16, e0251331.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251331>
- Mivšek, A. P., Hundley, V., Teijlingen, E. v., Pahor, M. & Hlebec, V. 2021. *Slovenian midwifery professionalization: Perception of midwives and related health professions*. European Journal of Midwifery, 5, 1-10.
<https://doi.org/10.18332/ejm/137664>

- Murariu, A., Hanganu, C., Bobu, L., Stafie, C. S., Savin, C., Edlibi Al Hage, W. & Rosu, S. 2021. *Ethical issues, discrimination and social responsibility related to hiv-infected patients*. Revista de Cercetare si Interventie Sociala, 72.
- Nasrun, N. & Fathya, F. 2021. *Etik dan profesionalisme perawat dan bidan puskesmas marawola kabupaten sigi pada masa tanggap bencana gempa bumi*. Herb-Medicine Journal: Terbitan Berkala Ilmiah Herbal, Kedokteran dan Kesehatan, 4, 29-41. <https://doi.org/10.30595/hmj.v4i2.9445>
- Pratama, A. A., Robekha, J. & Mulya, M. A. 2024. *Pengaruh budaya lokal terhadap pelaksanaan hukum pidana di indonesia*. HMRM, 2, 66-71. <https://doi.org/10.37010/hmr.v2i1.43>
- Prayuti, Y., Lany, A., Sari, N. E., Sujana, I. K. E. & Widya, W. 2024. *Penguatan perlindungan hukum konsumen dalam jasa kesehatan: Perbandingan hukum nasional dan internasional*. Syntax Literate Jurnal Ilmiah Indonesia, 9, 1914-1923. <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v9i3.15398>
- Rahmad, N., Setiyawan, D. & Indrawati, S. 2023. *Perlindungan hukum bagi bidan yang melakukan tindakan medis (studi kasus rumah sakit pku muhammadiyah gombang)*. Amnesti Jurnal Hukum, 5, 126-137. <https://doi.org/10.37729/amnesti.v5i1.2710>
- Rohani, Veradilla & Kusyani, I. 2022. *Kepuasan ibu hamil terhadap pelayanan anc pada masa pandemi covid-19*. Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan, 12, 112-120. <https://doi.org/10.52047/jkp.v12i24.173>
- Sediawan, M. L. 2022. *Kepercayaan pasien terhadap layanan kesehatan suatu studi tinjauan sistematis*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada, 11, 71-83. <https://doi.org/10.33475/jikmh.v11i1.283>

- Sharif, S., Yap, W. S., Fun, W. H., Yoon, E. L., Razak, N. F. A., Sararaks, S. & Lee, S. W. H. 2021. *Midwifery qualification in selected countries: A rapid review*. Nursing Reports, 11, 859-880. <https://doi.org/10.3390/nursrep11040080>
- Vedam, S., Titoria, R., Niles, P., Stoll, K., Kumar, V., Baswal, D., Mayra, K., Kaur, I. & Hardtman, P. 2022. *Advancing quality and safety of perinatal services in india: Opportunities for effective midwifery integration*. Health Policy and Planning, 37, 1042-1063. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac032>
- Wijayanto, A., Reswara, A. R. A. & Hafeez, Z. A. 2024. *Kajian etika dan hukum media penyiaran tentang pidato susilo bambang yudhoyono soal pengkhianatan partai nasdem di kompas tv*. Jurnal Audiens, 4, 571-578. <https://doi.org/10.18196/jas.v4i4.291>
- Wu, J. 2021. *Dementia technology policies: Benefits are clear – but what about the harms?* [Online]. Canada: Neuroethics at the Core. Available: <https://neuroethicscanada.wordpress.com/tag/policy/> [Accessed 2025].

BIODATA PENULIS



Bdn. Ni Nyoman Deni Witari, S.ST, M.Kes

Dosen Program Studi Profesi Bidan
Sekolah Tinggi Kesehatan Buleleng

Penulis lahir di Denpasar tanggal 18 Mei 1984. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Bidan di Stikes Buleleng. Saat ini masih aktif menjalankan Tri Darma Perguruan Tinggi. Penulis menyelesaikan pendidikan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Udayana tahun 2013 dan penulis baru saja tamat Profesi Bidan pada tahun 2022. Penulis menekuni bidang menulis sejak tahun 2019 dengan judul buku pertama “Self Management Mengatasi Mual Muntah Pada Awal Kehamilan, buku “Senam Hamil” 2020, Tim penulis “Obstetri dan Gynekologi Untuk Kebidanan” tahun 2023 PT Global Eksekutif Teknologi dan Tim penulis “Asuhan Kebidanan Pada Pranikah dan Prakonsepsi” tahun 2023, PT Global Eksekutif Teknologi. Penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat baik yang didanai oleh Ristekdikti maupun Institusi

BIODATA PENULIS



Bdn. Yaumil Fauziah, S.Tr.Keb., M.Keb
Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
STIKes Flora Medan

Penulis lahir di Garoga, pada 15 September 1993. Penulis putri ketiga dari Bapak Irsan Pasaribu, S.Pd dan Ibu Maslaini, S.Pd. Penulis Dosen Tetap Pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan di STIKes Flora Medan. Telah Menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Medan Prodi Kebidanan Padangsidempuan, D-IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan, Magister Kebidanan di Universitas Andalas Tahun 2023.

Pada Tahun 2023 sampai dengan saat ini penulis bekerja sebagai dosen pengajar di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan di STIKes Flora Medan. Kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi Bidan di STIKes Senior Medan selesai pada tahun 2024.

Saat ini penulis aktif melaksanakan Tridarma Perguruan Tinggi dan pengabdian masyarakat serta mengikuti kegiatan-kegiatan seminar dan *workshop* bertujuan untuk menambah wawasan dan informasi-informasi yang up to date sebagai wujud menjalankan tugas Tridarma Perguruan Tinggi khususnya di dalam bidang kebidanan dan yang lainnya. Ada beberapa buku yang sudah di terbitkan oleh penulis pada tahun 2024 dengan judul Konsep Asuhan Kebidanan, Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Pelayanan Kebidanan Komplementer.

Semoga buku ini dapat bermanfaat untuk mahasiswa dan tenaga kesehatan khususnya kebidanan dan kepada masyarakat pada umum.

BIODATA PENULIS



Kinanatul Qomariyah

Dosen di Fakultas Kesehatan Prodi D3 Kebidanan
Universitas Islam Madura Penulis

Penulis lahir di Pamekasan, 14 Oktober 1990. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sekolah Dasar Di Jarin 1 Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Tahun 2002, Lulus Pendidikan Madrasah Tsanawiyah Di Pondok Pesantren Mambaul Ulum Bata – Bata Tahun 2006, Lulus Pendidikan Madrasah Aliyah Di Pondok Pesantren Mambaul Ulum Bata – Bata Tahun 2009, Lulus Pendidikan D3 Kebidanan Di Universitas Kadiri Tahun 2012, melanjutkan jenjang Pendidikan D4 Pendidik Di Universitas Kadiri Tahun 2013, Lulus Pendidikan Pasca Sarjana Di Stikes Surya Mitra Husada Kediri Tahun 2018, sekarang Mengajar Di Fakultas Kesehatan Prodi D3 Kebidanan Universitas Islam Madura. Penulis dapat dihubungi melalui :

Email : kinanatulqomariyah@gmail.com

BIODATA PENULIS



Bd. Yully Asmariana, S.ST., M.K.M

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Akademi Kebidanan Singkawang

Penulis lahir di Singkawang – Kalimantan Barat tanggal 31 Juli 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan sejak tahun 2016 sampai sekarang. Menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan Politeknik Kesehatan Pontianak, D IV Bidan Pendidik Politeknik Kesehatan Surakarta, Profesi Bidan Institut Kesehatan Helvetia, Medan, S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Prof. DR. Hamka Jakarta. Penulis menekuni bidang Menulis. Terima Kasih kepada Allah SWT dan Nabi Muhammad SAW, Orang tua, Suami Tercinta Juniadi, M. Ahzam (Anak ke-1), Hafsa Putri Nadhifa (Anak ke-2), Misharry Abdurrahman (Anak-ke3) & haris Abdul hakim (Anak ke-4) serta seluruh civitas akademik AKS dan seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan. Terkhusus untuk **GET PRESS** Indonesia yang telah memberikan kesempatan

ini. Semoga materi ini bermanfaat untuk semua, mohon masukan jika ada hal yang dapat dibenarkan. Kesalahan berasal dari saya, kesempurnaan hanya milik Allah SWT.

BIODATA PENULIS



Dina Ayuning Tyas, S.ST, M.Kes

Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Pendidikan
Profesi
Bidan Universitas Sumatera Barat (UNISBAR)

Lahir pada tanggal 20 Oktober 1990 di Payakumbuh, Sumatera Barat. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Universitas Sumatera Barat. Menyelesaikan pendidikan Diploma III pada Program Studi Kebidanan, Diploma IV pada Program Studi Bidan Pendidik, S2 pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat dan Pendidikan Profesi Bidan pada tahun 2024 lalu.

BIODATA PENULIS



Bdn. Erni, S.Tr.Keb., SKM.,M.Kes.

Dosen Program Studi Kebidanan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

Penulis lahir di Kampung Parang pada tanggal 14 Februari 1985. Anak kelima dari enam bersaudara dari pasangan Ang Liu I Dg Situju dan Ibu Nani Dg Cora. Penulis melanjutkan pendidikan di perguruan tinggi pada tahun 2002, tepatnya di Akademi Kebidanan Muhammadiyah Makassar dan selesai tahun 2005. Dan selanjutnya pada tahun 2017 penulis menyelesaikan studi D4 kebidanan di Stikes Mega Buana. Tahun 2010 penulis menyelesaikan pendidikan S1 Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan Konsentrasi Gizi dan kesehatan reproduksi di Universitas Muslim Indonesia di Makassar. Pada tahun 2012 penulis menyelesaikan pendidikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga di Universitas Hasanuddin di Makasar dan Alhamdulillah baru saja menyelesaikan pendidikan profesi bidan di Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Sidrap pada tahun 2024.

Penulis mengawali karier sebagai sebagai tenaga bidan di klinik Addaraen Makassar. Tahun 2005 - 2017 bekerja sebagai staf dan dosen di Akademi Kebidanan Muhammadiyah Makassar bersamaan dengan hal tersebut penulis bekerja sebagai dosen luar biasa di Akademi Kebidanan Kamanre dan Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2007-2010, dan pada tahun 2017-2020 menjabat sebagai direktur di Akademi Kebidanan Graha Ananda Palu dan hingga saat ini penulis menjadi Dosen tetap di Prodi Kebidanan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar.

BIODATA PENULIS



Qurratul A'yun, S.Tr.Keb.,M.Kes

Dosen Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan
Universitas Islam madura

Penulis lahir di Pamekasan pada tanggal 17 September 1992. Penulis merupakan dosen tetap Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Islam madura. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Stikes Surya Mitra Husada Kediri.

BIODATA PENULIS



dr. Oei Stefani Yuanita Widodo, D.T.M.H. (Bangkok), FISQua
Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah
Purwokerto

Penulis lahir di Malang tanggal 22 Juni 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Purwokerto. Menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi dokter di Universitas Muhammadiyah Malang dan melanjutkan diploma pada bidang kedokteran tropis di Mahidol University, Thailand. Selain itu, penulis juga memperoleh sertifikasi internasional di bidang kualitas pelayanan kesehatan (FISQua).

Saat ini, penulis menjabat sebagai Koordinator Divisi Assessment kedokteran. Penulis aktif mengajar mata kuliah Parasitologi, Mikrobiologi, Imunologi, Metodologi Penelitian, dan Digital Medicine. Kepakarannya mencakup analisis spasial-temporal, metaregresi, pengembangan perangkat lunak berbasis teknologi seperti virtual reality dan artificial intelligence, serta pemrograman berbasis R dan Python.

BIODATA PENULIS



Sri Kustiyati, SST, M.Keb

Dosen Program Studi Sarjana dan Profesi Bidan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Surakarta

Penulis lahir di Sukohajo tanggal 10 Juli 1977. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Sarjana dan Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Surakarta. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan, melanjutkan DIV Kebidanan dan S2 Kebidanan.

BIODATA PENULIS



**dr. Muhammad Luthfi Almanfaluthi, D.T.M.H. (Bangkok),
M.C.T.M., MARS, Ph.D (Tropical Medicine), FISQua, FRSPH**
Dosen Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Purwokerto

Penulis lahir di Malang tanggal 19 Mei 1984. Penulis adalah dosen tetap pada Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Purwokerto. Menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi dokter di Universitas Brawijaya, Malang dan melanjutkan diploma, S2 dan S3 pada bidang kedokteran tropis di Mahidol dan Khon Kaen University, Thailand. Selain itu, penulis juga menyelesaikan Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS) dan memiliki sertifikasi internasional di bidang kualitas pelayanan kesehatan (FISQua) dan Public Health (FRSPH).

Saat ini, penulis menjabat sebagai Kepala Laboratorium Parasitologi sekaligus Koordinator Divisi Kurikulum kedokteran. Penulis aktif mengajar mata kuliah Parasitologi, Mikrobiologi, Imunologi, Metodologi Penelitian,

dan Digital Medicine. Kepakarannya mencakup analisis spasial-temporal, metaregresi, pengembangan perangkat lunak berbasis teknologi seperti virtual reality dan artificial intelligence, serta pemrograman berbasis R dan Python.