



# ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEKS

## Penulis

Anisa Nanang Sulistiyowati, Christina Tien Popang,  
Siswi Wulandari, Juliani Purba, Ika Oktaviani,  
Bintang Petralina, Niken Bayu Argaheni,  
Faridah Hariyani, Iis

# **ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEKS**

**Anisa Nanang Sulistiyowati  
Christina Tien Popang  
Siswi Wulandari  
Juliani Purba  
Ika Oktaviani  
Bintang Petralina  
Niken Bayu Argaheni  
Faridah Hariyani  
Iis**



**PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI**

# **ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEKS**

## **Penulis:**

Anisa Nanang Sulistiyowati  
Christina Tien Popang  
Siswi Wulandari  
Juliani Purba  
Ika Oktaviani  
Bintang Petralina  
Niken Bayu Argaheni  
Faridah Hariyani  
Iis

**ISBN: 978-623-198-114-1**

**Editor:** Dr. Neila Sulung, N.S., S.Pd., M.Kes.  
Mila Sari, M.Si.

**Penyunting:** Yuliatri Novita, M.Hum.

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

**Penerbit:** PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI  
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

**Redaksi:** Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001  
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah  
Padang Sumatera Barat

website: [www.globaleksekutifteknologi.co.id](http://www.globaleksekutifteknologi.co.id)  
email: [globaleksekutifteknologi@gmail.com](mailto:globaleksekutifteknologi@gmail.com)

Cetakan Pertama, Februari 2023

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 dan rahmat Allah SWT, atas berkah hidayah dan ridho-NYA yang telah memberikan kekuatan kepada penulis sehingga buku dengan judul Asuhan Kebidanan Pada Kasus Kompleks ini dapat diterbitkan sesuai yang diharapkan. Buku ini berisi tentang patofisiologi kehamilan, ginekologi, lingkup praktik bidan pada kasus kompleks, isu etik dan moral dalam pelayanan kebidanan, interprofessional education (ipe) dalam asuhan kebidanan pada kasus kompleks, kegawatdaruratan pada ibu dan neonatal, komunikasi perempuan dengan disabilitas, alur rujukan dan rencana asuhan pada kasus kompleks, peran dan fungsi bidan dalam kasus kompleks.

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah berperan aktif dalam membantu menyusun dan menerbitkan buku ini, kepada editor, korektor, dan penerbit tanpa bantuan mereka sulit rasanya buku ini sampai ke tangan pembaca. Terakhir, sebagai karya manusia biasa penulis menyadari karya ini masih kurang dari kesempurnaan. Oleh karenanya kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang konstruktif dari para pembaca yang budiman. Diatas segalanya dan dengan penuh kerendahan hati, buku ini penulis hantarkan ke hadapan para pembaca. Dengan harapan semoga bermanfaat adanya.

Padang, Februari 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>KATA PENGANTAR.....</b>                                                         | <b>i</b>  |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>                                                             | <b>ii</b> |
| <b>DAFTAR GAMBAR.....</b>                                                          | <b>v</b>  |
| <b>DAFTAR TABEL.....</b>                                                           | <b>vi</b> |
| <b>BAB 1 PATOFISIOLOGI KEHAMILAN.....</b>                                          | <b>1</b>  |
| 1.1 Pendahuluan.....                                                               | 1         |
| 1.2 Patofisiologi Perdarahan Pada Kehamilan .....                                  | 1         |
| 1.3 Konsep Patofisiologi Abortus .....                                             | 3         |
| 1.4 Konsep Patofisiologi Kehamilan (Hiperemesis Gravidarum).....                   | 3         |
| 1.5 Patofisiologi Pada Kehamilan Dengan Masalah Hipertensi Kronik .....            | 4         |
| 1.6 Konsep Patofisiologi Kehamilan Ektopik .....                                   | 6         |
| 1.7 Solusio Plasenta.....                                                          | 7         |
| 1.8 Kelainan Bawaan Janin pada Saat Hamil .....                                    | 7         |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>                                                         | <b>10</b> |
| <b>BAB 2 GINEKOLOGI.....</b>                                                       | <b>11</b> |
| 2.1 Pendahuluan.....                                                               | 11        |
| 2.2 Konsep Ginekologi .....                                                        | 12        |
| 2.3 Konsep Ginekologi Kanker .....                                                 | 14        |
| 2.4 Upaya Pentalaksanaan Penyakit Ginekologi.....                                  | 16        |
| 2.5 Masalah dan Jenis Penyakit Ginekologi .....                                    | 17        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>                                                         | <b>20</b> |
| <b>BAB 3 LINGKUP PRAKTIK BIDAN PADA KASUS KOMPLEKS.....</b>                        | <b>23</b> |
| 3.1 Pendahuluan.....                                                               | 23        |
| 3.2 Dasar.....                                                                     | 23        |
| 3.3 Lingkup praktek kebidanan meliputi pemberian asuhan.....                       | 25        |
| 3.4 Tugas Kolaborasi.....                                                          | 26        |
| 3.5 Tugas Rujukan.....                                                             | 26        |
| 3.6 Penanganan Proses Rujukan Komplikasi Obstetri.....                             | 27        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>                                                         | <b>29</b> |
| <b>BAB 4 ISU ETIK DAN MORAL DALAM PELAYANAN KEBIDANAN .....</b>                    | <b>31</b> |
| 4.1 Pendahuluan.....                                                               | 31        |
| 4.2 Prinsip Dasar Etika Kebidanan.....                                             | 32        |
| 4.3 Isu Etik dan Moral.....                                                        | 33        |
| 4.4 Dilema.....                                                                    | 35        |
| 4.5 Teori Pengambilan Keputusan.....                                               | 36        |
| 4.6 Solusi Menghadapi Masalah Isu Etik dan Moral dalam Pelayanan<br>Kebidanan..... | 38        |

|                                                                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>                                                                                                        | <b>41</b> |
| <b>BAB 5 INTERPROFESSIONAL EDUCATION (IPE) DALAM ASUHAN</b>                                                                       |           |
| <b>KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEK.....</b>                                                                                          | <b>43</b> |
| 5.1 Pendahuluan.....                                                                                                              | 43        |
| 5.2 Pengertian Pendidikan Interprofesi .....                                                                                      | 45        |
| 5.3 Asuhan Kebidanan Pada Kasus Komplek .....                                                                                     | 47        |
| 5.3.1 Anatomi Dan Organ Sistem Reproduksi Wanita .....                                                                            | 48        |
| 5.3.2 Organ Reproduksi Wanita Bagian Dalam.....                                                                                   | 50        |
| 5.3.3 Organ Reproduksi Wanita Bagian Luar .....                                                                                   | 51        |
| 5.4 Peran Bidan.....                                                                                                              | 52        |
| 5.5 Asuhan kebidanan Pada Kasus Kompleks Faktor Resiko dan Sosial<br>yang Berkontribusi Pada Kondisi Ibu dan Bayi yang Buruk..... | 56        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>                                                                                                        | <b>59</b> |
| <b>BAB 6 KEGAWATDARURATAN PADA IBU DAN NEONATAL.....</b>                                                                          | <b>61</b> |
| 6.1 Pendahuluan.....                                                                                                              | 61        |
| 6.2. Pengertian .....                                                                                                             | 63        |
| 6.3 Kegawat Daruratan Maternal.....                                                                                               | 64        |
| 6.4 Kegawat Daruratan Neonatus.....                                                                                               | 66        |
| 6.5 Tata Laksana Kegawatdaruratan Dasar pada Kehamilan, Persalinan<br>dan Nifas .....                                             | 69        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>                                                                                                        | <b>74</b> |
| <b>BAB 7 KOMUNIKASI PEREMPUAN DENGAN DISABILITAS .....</b>                                                                        | <b>75</b> |
| 7.1 Pendahuluan.....                                                                                                              | 75        |
| 7.2 Rekomendasi umum untuk Berkomunikasi dengan Semua Orang<br>dengan Disabilitas .....                                           | 77        |
| 7.3 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan<br>Keterbatasan Mobilitas.....                                           | 78        |
| 7.4 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan<br>Kehilangan Penglihatan .....                                          | 78        |
| 7.5 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan<br>gangguan Pendengaran .....                                            | 79        |
| 7.6 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan<br>Kesulitan Berbicara.....                                              | 81        |
| 7.7 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan<br>Intelektual, Kognitif atau Disabilitas Perkembangan .....             | 82        |
| 7.8 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan<br>Kesehatan jiwa/Mental .....                                           | 84        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>                                                                                                        | <b>86</b> |

|                                                               |            |
|---------------------------------------------------------------|------------|
| <b>BAB 8 ALUR RUJUKAN DAN RENCANA ASUHAN PADA KASUS</b>       |            |
| <b>KOMPLEKS.....</b>                                          | <b>87</b>  |
| 8.1 Pendahuluan.....                                          | 87         |
| 8.2 Sistem Rujukan .....                                      | 88         |
| 8.3 Rujukan Maternal dan Neonatal.....                        | 90         |
| 8.4 Asuhan Pada Kasus Kompleks .....                          | 97         |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>                                    | <b>100</b> |
| <b>BAB 9 PERAN DAN FUNGSI BIDAN DALAM KASUS KOMPLEKS.....</b> | <b>101</b> |
| 9.1 Peran Bidan .....                                         | 101        |
| 9.2 Fungsi Bidan.....                                         | 109        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>                                    | <b>112</b> |
| <b>BIODATA PENULIS</b>                                        |            |

# **BAB 1**

## **PATOFISIOLOGI KEHAMILAN**

**Oleh Anisa Nanang Sulistiyowati**

### **1.1 Pendahuluan**

Patofisiologi kehamilan atau masalah yang sering muncul pada saat hamil beberapa diantaranya sering terjadi pada trimester 1, 2 ataupun 3. Salah satu masalah yang paling rentan pada ibu hamil adalah perdarahan yang tentunya peradarahan pada organ kehamilan. Perdarahan ini akan mengakibatkan tingginya angka mortalitas pada ibu hamil. Oleh karena itu sangat penting untuk memahami berbagai jenis perdarahan pada ibu hamil.

### **1.2 Patofisiologi Perdarahan Pada Kehamilan**

Adapun klasifikasi perdarahan pada trimester 1 atau tipe kehamilan muda diantaranya adalah:

a) Abortus

Abortus ini merupakan suatu aktifitas pengeluaran hasil konsepsi yang terjadi diluar kandungan.

b) KET atau disebut juga dengan kehamilan ektopik terganggu yang dapat menjadi indikasi kegawatdaruratan

c) Molahidatidosa

Merupakan jenis tipe kehamilan abnormal yang mengalami gangguan hidrofilik pada vili korialis.

Adapun patofisiologi bentuk perdarahan pada masa kehamilan jika digambarkan dalam bentuk skema dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 1.1.** Skema Perdarahan Pada Ibu Hamil

Pada kehamilan normal seharusnya tidak disertai dengan perdarahan. Namun tidak jarang wanita juga akan mengalami episode perdarahan pada trimester 1. Abortus dapat terjadi karena beberapa sebab yaitu kelainan pada perkembangan hasil konsepsi sebelum usia 8 minggu. Adapun kelainan tersebut disebabkan karena adanya kelainan pada struktur kromosom, implantasi yang terjadi kurang sempurna, dan adanya pengaruh eksternal. Kelainan pada plasenta juga dapat menimbulkan gangguan lainnya yaitu end-arthritis yang dimulai sejak kehamilan mudan hingga hipertensi yang terjadi secara menahun.

Adapun jenis abortus diantaranya ada abortus imminens, missed abortion, abortus insipiens, abortus habitualis, serta abortus konpletus. Beberapa diantara abortus tersebut merupakan abortus spontan. Sedangkan lainnya termasuk dalam abortus provokatus.

### **1.3 Konsep Patofisiologi Abortus**

Pada konsep ini abortus terjadi karena perdarahan pada bagian desidua basalis. Hal ini menjadi penyebab terlepasnya konsepsi, dan mengalami perubahan menjadi benda asing dan kemudian menyebabkan uterus berkontraksi kemudian mengeluarkan isi uterus. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu, vili krorialis akan dapat menembus bagian desidua secara lebih mendalam, hal ini dapat berakibat pada tidak terlepasnya plasenta secara utuh dan mengakibatkan terjadinya perdarahan. Namun setelah memasuki waktu 14 minggu kehamilan, saat ketuban pecah yang keluar adalah janin. Yang pada beberapa saat kemudian disusul oleh keluarnya plasenta. Adapun bentuk yang keluar ada yang dalam bentuk blighted ovum, mola kruenta, maserasi dan ataupun janin yang masih dalam keadaan hidup (Sari and Prabowo, 2018).

### **1.4 Konsep Patofisiologi Kehamilan (Hiperemesis Gravidarum)**

Pada ibu hamil, keluhan seperti mual muntah merupakan jenis gangguan yang paling sering dijumpai. Bila seorang ibu hamil memuntahkan semua jenis makanan yang sudah dimakan, tentunya akan berdampak sangat buruk bagi kesehatan ibu hamil, beberapa keluhan yang muncul seperti

turgor kulit menjadi menurun elastisitasnya, terjadi diuresis dan kemudian terjadi astenuri yang pada akhirnya disebut dengan hyperemesis gravidarum (Rosyidah and Azizah, 2019).

Adapun penyebab dan mekanisme terjadinya hyperemesis adalah dimulai dengan meningkatnya kadar serum estrogen dan gonadotropin, ketidaksiapan psikis juga dapat menjadi Faktor pemicu, mual muntah dapat menjadi gangguan saluran pencernaan, terjadi masalah pada instrinsik lambung, kemudian diiukti dengan ketidakseimbangan hormone kortisol, HCG, estrogen serta progesterone. Dan pada akhirnya akan memicu terjadinya perubahan metabolisme pada bagian hepar (Rosyidah and Azizah, 2019).

Adapun beberapa gejala hyperemesis yang muncul diantaranya adalah dehidrasi, mulut kering, penurunan berat badan, gangguan serebral dan gangguan pada hasil laboratorium.

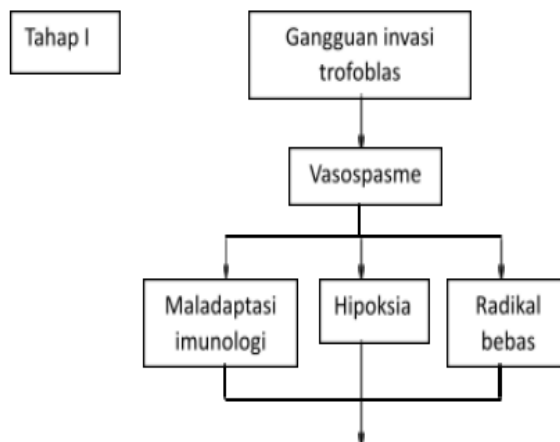
## **1.5 Patofisiologi Pada Kehamilan Dengan Masalah Hipertensi Kronik**

Masalah selanjutnya pada kehamilan adalah hipertensi vaskuler. Hipertensi pada umumnya merupakan kelainan kehamilan yang terjadi pada masa kehamilan. Hipertensi ini menjadi penyebab kematian ibu dengan insidensi yang cukup tinggi. Penyebab dasarnya adalah karena adanya partus prematurus. Hipertensi ini dapat digolongkan menjadi beberapa klasifikasi atau jenis yaitu preeklampsia atau eklampsia, hipertensi, gestational, eklampsia serta chronic hipertensi.

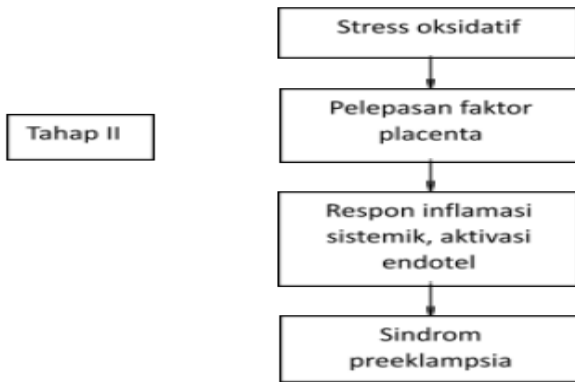
Ibu hamil yang memiliki kecenderungan peningkatan tensi darah melebihi 20-30 mm/hg harus ada dalam pemantauan atau monitoring yang cukup tinggi. Hal ini disebabkan karena ibu hamil akan beresiko terkena kejang. Jika sistolik melebihi 160 mm/hg disertai dengan adanya proteuneria, adanya kreatinin dan trombosit dalam darah serta meningkatnya kadar SGOT dan SGPT akan dapat mengindikasikan adanya preeklampsia.

Adapun beberapa penyebabnya seperti terkena pajanan vili korialis, penyakit ginjal serta adanya riwayat preeklampsia. Kedua proses tersebut dapat menjadi konsep patofisiologi terjadinya hipertensi, stress oksidatif sampai munculnya sindrom preeklampsia sebagai gejala yang paling berat (Rosyidah and Azizah, 2019), adapun patofisiologi serta mekanisme rinci terjadinya preeklampsia dapat tergambar sebagai berikut:

#### Tahap 1



## Tahap 2

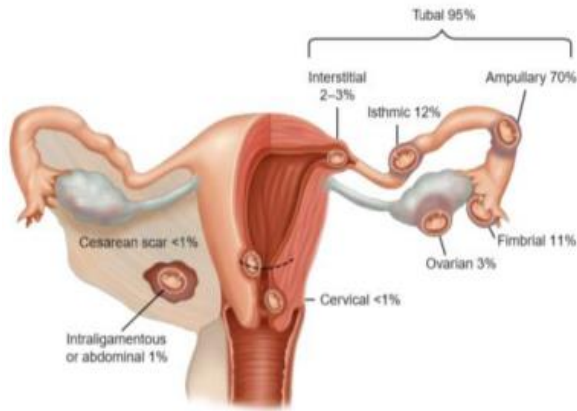


**Gambar 1.2.** Mekanisme Rinci Terjadinya Preeclampsia

### 1.6 Konsep Patofisiologi Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik pada dasarnya merupakan bentuk kehamilan dengan hasil implantasi konsepsi berada pada luar bagian endometrium yang dampak selanjutnya bisa saja pada kematian konsepsi atau janin. Jika tidak dilakukan diagnosis dini maka kehamilan tersebut dapat berakhir pada kematian janin. Adapun beberapa hal yang dapat menjadi pemicu kehamilan ektopik beberapa diantaranya adalah penyakit radang pada panggul, penggunaan beberapa jenis alat kontrasepsi seperti IUD, adanya riwayat operasi pada bagian panggul, dan adanya kebiasaan merokok saat melakukan fertilisasi.

Adapun lokasi kehamilan ektopik dapat ditunjukkan dengan gambar berikut:



**Gambar 1.3.** lokasi kehamilan ektopik

Adapun letak kehamilan yang tidak normal tersebut sering kali menjadi penyebab munculnya perdarahan pervaginam, rupture pada tuba dan menjadi penyebab refereed pain (Widiasari and Lestari, 2021).

### **1.7 Solusio Plasenta**

Adapun jenis kelainan atau masalah pada saat hami lainnya adalah implantasi plasenta yang tidak normal pada korpus atau pundus dan cenderung gampang lepas saat memasuki kala III. Pelepasan terjadi saat korpus uteri sebelum memasuki jalan lahir (Setiawati, 2013).

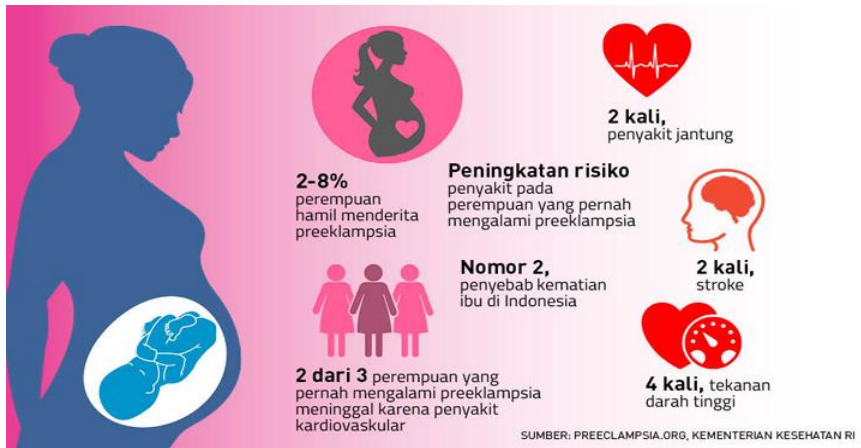
### **1.8 Kelainan Bawaan Janin pada Saat Hamil**

Deteksi kelainan bawaan pada awal kehamilan dimulai dari beberapa Faktor resiko pada janin. Kelainan bawaan mayor seringkali dapat dilakukan deteksi dini pada trimester awal atau trimester 1. Kelainan bawaan pada system syaraf

pusat harus dapat memepertimbangkan perkembangan embriologi dengan melakukan deteksi dengan ultrasonografi. Adapun gambaran yang dapat ditemukan adalah gambaran rombenchepalon. Kelainan ini pada awal kehamilan sering kali dipersepsikan sebagai kista yang bersifat patotogis (Kolantunga, Mayulub and Kundrec, 2021). Adapun beberapa jenis kelainan bawaan ini pada masa kehamilan biasanya disebabkan oleh beberapa hal sebagai berikut:

- Kelainan osifikasi pada bagian sacral agenesis, enchepalocheles, serta myelomeningocel
- Beberapa bentuk kelainan migrasi seperti neural migration, heterotopia, lissenchepaly, serta corpus callosum
- Kelainan pada fungsi system vascular yang dapat berupa schyzenchepaly, hydranenchepally, serta hemoraghe infacts (Handono *et al.*, 2019).

Agar dapat memastikan kondisi janin sering kali dibutuhkan intervens tambahan seperti dilakukan palpasi ballottement (None, 2009). Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi adanya ketukan pada janin saat melakukan pengkajian, pemeriksaan jenis ini penting, karena jika hasilnya hanya seperti bentuk janin maka bisa jadi mengindikasikan adanya mioma uteri (Hatijar, Saleh and Yanti, 2020).



**Gambar 1.4.** Preeklampsia

<https://majalah.tempo.co/read/kesehatan/158247/dalam-bayangan-gangguan-kehamilan>

Untuk mengatasi dan mencegah berbagai permasalahan kehamilan atau patofisiologi kehamilan tersebut maka beberapa tindakan yang dirasa perlu adalah meningkatkan kepatuhan ibu untuk melakukan pemeriksaan keposyandu guna pemeriksaan antenatal care baik pada trimester 1 sampai pada trimester III (LIT and LIMOY, 2020). Berdasarkan studi literatur lainnya menunjukkan bahwa semakin tingkat kepatuhan ibu hamil sangat bergantung pada pengetahuan ibu mengenai Faktor resiko atau Faktor penyerta kehamilan yang bisa saja membahayakan bagi calon bayi. selain pada saat hamil membutuhkan berbagai intervensi tambahan terkait dengan kecendrungan ibu hamil untuk merasa tidak nyaman terhadap kondisi fisiknya (Wulandari and Wantini, 2021).

## DAFTAR PUSTAKA

- Handono, B. *Et Al.* 2019. *Better Knowledge And Skills For A Better Prognosis.*
- Hatijar, Saleh, Irma Suryani And Yanti, Lilis Candra. 2020. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Penulis.*
- Kolantunga, P.M., Mayulub, N. And Kundrec, R. 2021. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Dengan Kepatuhan Melakukan Antenatal Care (Anc) : Systematic Review. 9(2), Pp. 40–53.
- Lit, K. And Limoy, M. 2020. Hubungan Antara Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Dengan Kepatuhan Kunjungan Kehamilan Di Puskesmas Banjar Serasan Kota Pontianak Tahun 2019. 10, Pp. 464–472.
- Rosyidah, R. And Azizah, N. 2019. *Buku Ajar Mata Kuliah Obstetri Pathologi ( Pathologi Dalam Kehamilan ).* Umsida Press.
- Sari, Ratna Dewi Puspita And Prabowo, Arif Yudho. 2018). *Perdarahan Pada Kehamilan Trimester 1.*
- Setiawati, D. 2013. *Buku Saku Dasar-Dasar Obstetri*, Pp. 1–118.
- Widiasari, Kadek Resa And Lestari, Ni Made Sri Dewi. 2021. 'Kehamilan Ektopik. 1(1), Pp. 20–27.
- Wulandari, S. And Wantini, Nonik Ayu. 2021. Ketidaknyamanan Fisik Dan Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester Iii Di Wilayah Puskesmas Berbah Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta. 12(1), Pp. 54–67.

# **BAB 2**

## **GINEKOLOGI**

**Oleh Christina Tien Popang**

### **2.1 Pendahuluan**

Konsep ginekologi pada dasarnya merupakan cabang ilmu kedokteran yang memiliki fokus utama dalam hal kesehatan wanita serta kesehatan reproduksi wanita sejak masa pubertas hingga masa dewasa. Ilmu ini akan mempelajari secara detail mengenai bagian tubuh wanita yang cenderung memiliki respon yang berbeda. Ginekologi akan berfokus dalam penanganan berbagai penyakit yang berpusat pada organ reproduksi wanita mulai dari tahap diagnosis, dilanjutkan dengan tahap penanganan penyakit hingga jenis perawatan yang tepat pada organ reproduksi.

Adapun beberapa jenis bentuk pelayanan yang dapat dilakukan oleh bidang fokus ginekologi adalah:

- Pemberian vaksinasi human papilloma virus (HPV)
- Penanganan ISK (Infeksi Saluran Kemih)
- Keputihan
- Masalah Penyakit Menular Seksual (PMS)
- Serta penanganan pada Monopause

Adapun jenis pelayanan lainnya yang masih melibatkan ginekologi diantaranya adalah pemeriksaan atau assessment persiapan pranikah, program hamil bagi pasangan yang infertile, perencanaan program KB, Intervensi terhadap pelaksanaan program papsmear, serta berbagai layanan visum lainnya seperti obstetric atau lainnya.

## **2.2Konsep Ginekologi**

Pada saat melakukan pemeriksaan ginekologi, berbagai prosedur dilakukan secara bersamaan dengan metode bimanual guna mengetahui kondisi organ reproduksi wanita. Berbagai pemeriksaan ini membutuhkan prosedur yang lengkap dan hasilnya dapat terfokus hanya pada organ genitalia bagian eksterna guna mengetahui ukuran, konsistensi serviks, uterus parametrium, pengkajian ballotemen, mengkaji adanya indikasi kehamilan intra ataukah eks uterin, adneksa serta berbagai organ disekitar rongga pelvik dan pemeriksaan adanya tumor pelvik, flour albus serta indikasi adanya bleeding atau perdarahan serta adanya control terhadap infeksi (Nusratuddin *et al.*, 2019).

Berdasarkan prinsip dari federasi atau perkumpulan ginekologi diajukan konsep fertilisasi yang didefinisikan sebagai proses penggabungan spermatozoa dengan ovum, melalui proses nidasi serta implantasi. Proses kehamilan akan dimulai dengan proses trisemester, mulai dari trimester 1 sampai dengan minggu ke 13, trimester 2 mulai minggu 14 sampai dengan 27, serta trimester 3 minggu 28-40. Adapun jenis penyakit obstetric yang menjadi pencetus penyebab AKI tertinggi adalah adanya kejadian peeklamsia dan eklamsia.

Adapun kurangnya kunjungan antenatal care dapat menjadi faktor penyebab munculnya angka kejadian penyakit tersebut. Antenatal care sejatinya sangat dibutuhkan dalam memberikan informasi kepada ibu hamil dan keluarga dalam menghindari berbagai hal yang dapat memburuk kondisi ibu hamil (Evayanti, 2015).

Tingginya morbiditas disebabkan karena keagulasi intravascular, histeraktomi, transfuse darah serta gagal ginjal. Selain itu ada banyak faktor yang menjadi pemicu terjadinya perdarahan post partum, beberapa diantaranya adalah konsep paritas. Adanya bentuk kelahiran anak kembar dapat dijadikan sebagai paritas satu kali. Paritas yang cenderung lebih tinggi akan dapat menjadi pemicu 3 kali lebih tinggi angka kejadian postpartum. Selain itu faktor pemicu tingginya AKI dan AKB juga diantaranya adalah ketidakpatuhan ibu dalam melakukan persalinan. Hasil studi penelitian lainnya menyebutkan bahwa multiparitas data mengakibatkan kontraksi uterus mengalami penurunan, uterus mengalami kegagalan dalam kontraksi, dan mengakibatkan volume perdarahan yang cenderung meningkat (Rachman Adi Pradana and Febri Asshiddiq, 2021).

Adapun beberapa hal yang dapat dilakukan guna mengurangi angka kejadian depresi ibu hamil yang menjadi salah satu penyebab tingginya AKI yang diakibatkan oleh tingkat stress yang tinggi adalah dengan melakukan beberapa intervensi seperti melakukan senam yoga, untuk meningkatkan sikap relaks, meningkatkan rasa percaya diri, memperbaiki sikap tubuh. Yoga dapat memiliki dampak peningkatan elastisitas serta kekuatan panggul ibu hamil, bagian pinggul beserta otot bagian kaki. Kegiatan ini tentu diharapkan dapat

mengurangi salah satu permasalahan ginekologi (Peter and Penzel, 2020).

### **2.3 Konsep Ginekologi Kanker**

Angka kejadian kanker ginekologi saat ini cukup tinggi, dan respon pasien terhadap penyakit kanker yang dideritanya cenderung merupakan respon maladaptif. Kanker pada umumnya menjadi penyebab angka kematian tertinggi didunia. Adapaun berdasarkan data statistic setuap tahunnya terdapat sekitar 8,2 juta orang masyarakat dunia mengalami kematian yang disebabkan karena kanker. Adapun kejadian kanker ini disebabkan karena dampak negatif dari *life style* dan ataupun sector ekonomi. Pada tahap ini respon psikologis pasien dengan kanker ginekologi sering kali berupa marah (*anger*), penyangkalan (*denial*), depresi serta penerimaan (*acceptance*). Untuk mengatasi hal tersebut, sangat perlu dilakukan pendidikan kesehatan dan pengkajian yang mendalam guna mengatasi kemarahan pasien kanker ginekologi. Perlu adanya antisipasi guna mengubah respon maladaptif dan destruktif menjadi adaptif (Yudianti, 2018).

Dalam memberikan pelayanan kesehatan prinsip yang ditegakkan oleh petugas medias yang berkerja tidak boleh keluar dari konsep *firs do no harm* yang artinya setiap tindakan tidak boleh mengakibatkan kerugian bagi pasien (Armaijn, Emilia and Rachman, 2016).

Adapun beberapa hal yang menjadi penyebab peningkatan resiko masalah ginekologi diantaranya adalah:

- Faktor usia  
Berdasarkan studi menunjukkan semakin tinggi usia dapat memicu peningkatan resiko kanker ginekologi. Wanita diatas 60 tahunan memiliki resiko tinggi.
- Faktor keturunan  
Wanita yang memiliki riwayat keturunan dengan penyakit kanker ginekologi memiliki kemungkinan besar untuk terkena kanker. Oleh karena perlu dilakukan pemeriksaan secara simutan guna mengurangi derajat resiko kanker.
- Berat badan berlebih  
Peningkatan berat badan juga dapat menjadi pemicu terjadinya penumpukan sel lemak tubuh yang cukup tinggi, peningkatan tersebut akan menjadi pemicu lonjatan kadar hormone estrogen yang pada akhirnya menjadi pemicu kanker ginekologi (Surya *et al.*, 2017).

Adapun sebagai upaya yang dapat diterapkan guna pencegahan kanker diantaranya adalah dengan melakukan kontrol kedokter ginekologi untuk pemeriksaan pada usia wanita mulai 13 sampai dengan 15 tahun. Begitu juga dengan wanita yang sudah sering melakukan hubungan *intercourse* ataupun menstruasi memiliki resiko tinggi dan sangat penting untuk melakukan pemeriksaan. Adapun jenis gejala kanker yang muncul tiap orang itu cenderung berbeda beda, ada yang disertai nyeri panggul dengan derajat tinggi, sembelit berkepanjangan dan bahkan pada beberapa orang gejala

cenderung tidak jelas. Oleh karena itu, sebagai tindakanantisipasi perlu dilakukan pemeriksaan secara berkala.

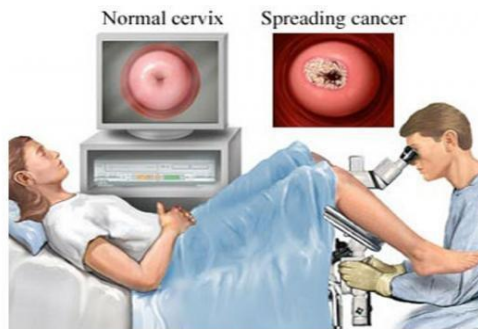
## **2.4 Upaya Pentalaksanaan Penyakit Ginekologi**

Adapun beberapa upaya yang dapat dilakukan diantaranya adalah membentuk pelayanan obstetric neonatal ginekologi komprehensif atau yang disingkat dengan PONEK serta program neonatal emergensi dasar yang disebut juga dengan PONEK. Upaya tersebut merupakan suatu bentuk upaya penyediaan berbagai pelayanan ibu serta bayi baru lahir guna menurunkan AKI dan AKB. Adapun program tersebut merupakan salah bentuk program puskesmas sebagai gatekeeper guna memantau berbagai program yang belum berjalan dengan baik. Program lainnya guna mengentas masalah ginekologi ini adalah dengan mencanangkan program *hospital without walls* (Nusratuddin *et al.*, 2019). Dengan adanya pelayanan ini akan memberikan peluang bagi rumah sakit dalam memberikan kontribusi yang lebih tinggi baik dari segi upaya promotif, dan preventif, tidak hanya berfokus pada upaya kuratif serta rehabilitative.

Adapun berdasarkan peraturan keppres nomer 129/Menkes/SK/II/2008, yang berisikan standar minimal pelayanan rumah sakit diantaranya adalah pelayanan dokter spesialis ginekologi dimulai sejak pelayanan rawat jalan hingga hingga asien berada pada ruang rawat maternal. Jenis pelayanan ginekologi yang adapat diberikan diantaranya adalah konsultasi, laboratorium, pemeriksaan fisik lengkap, persalinan normal atau persalinan dengan penyulit atauun pasien dengan penyakit ginekologi, serta berbagai jenis

pemeriksaan penunjang lainnya (Mewengkang, Ratag and Posangi, 2021).

Adapun beberapa tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan program ini adalah fasilitas kesehatan yang masih kurang memadai, sumber daya yang cenderung terbatas, serta kualitas poned dan poned yang cenderung terbatas (Mewengkang, Ratag and Posangi, 2021).



**Gambar 2.1.** Contoh pemeriksaan ginekologi servix

(<https://health.tribunnews.com/2021/06/18/dokter-spesialis-obstetri-dan-ginekologi-jelaskan-perbedaan-antara-kanker-serviks-dan-kanker-ovarium>)

## **2.5 Masalah dan Jenis Penyakit Ginekologi**

Adapun beberapa jenis penyakit ginekologi yang perlu mendapatkan penanganan segera diantaranya adalah:

- a) Bagian vulva  
Vulvitis, distropy vulva, abses glandula sebacea, distrophia vulva, candylomata acuminate, serta abses glandula Bartolini
- b) Bagian vagina

Masalah pada organ ini adalah vaginis, citocoele, malformasi kongenital, vaginosis bacterial, entrocole, retrocole, serta fistula

c) Bagian servix

Pada bagian servix yang sering ditemukan adalah nabothian cyst, cervicitis, dan polip.

d) Bagian uterus

Pada bagian uterus sering terjadi endometriosis, malformasi kongenital, hematocolpos, serta prolapse uterine

e) Adnexae

Pada bagian ini masalah yang sering muncul adalah ovulasi uterine bleeding, abses tubovarian, salpingitis, adhesions, karsinoma ovarium, polisistitis ovarium, kehamilan ektopik, serta tumor torsion.

f) Payudara

Pada bagian payudara yang sering muncul adalah masalah mastopati dan peradangan (inflamasi). Selain pada bagian breast sering kali muncul fibroadenoma mammae, tumor folodes, gynecomastae, serta perubahan fibrosistic.

g) Peurperium

Pada bagian ini sering terjadi masalah mastitis, endometritis, salpingitis, inkontinensia urine, cracked dan inverted pada bagian nipple, tromboplebtis, embolism serta post natal psychoses.

h) Genitalia perempuan

Pada bagian genitalia perempuan, adalah masalah candiloma, karsinoma servical, hiperplasia endometrial,

endometrial karsinoma, penyakit extramary paggets, seta ovarial teratoma (Kiman and Reza, 2020)

Dalam penanganan kasus obstetric dibutuh kan penanganan intensif oleh dokter kandungan serta membutuhkan monitoring dan intervensi segera. Beberapa tindakan dibutuhkan seperti pengaturan pola diet serta konsumsi berbagai vitamin penunjang peningkatan kesehatan reproduksi (Yulizawati, 2020).

## DAFTAR PUSTAKA

- Armaiyn, F., Emilia, O. and Rachman, I.T. 2016. Pengetahuan dan Sikap Residen Obstetri dan Ginekologi tentang Keselamatan Pasien di Kamar Bersalin RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 3(1), p. 22. Available at: <https://doi.org/10.22146/jkr.13877>.
- Evayanti, Y. 2015. Hubungan Pengetahuan Ibu dan Dukungan Suami pada Ibu Hamil Terhadap Keteraturan Kunjungan Antenatal Care (ANC) di Puskesmas Wates Lampung Tengah Tahun 2015. *Jurnal Kebidanan. JKM (Jurnal Kebidanan Malahayati)*, 1(2), pp. 81–90. Available at: <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kebidanan/article/view/550/484>.
- Kiman, A. and Reza, T. 2020. *Modul Obstetri Ginekologi*.
- Mewengkang, M.L., Ratag, G.A.E. and Posangi, J. (2021) 'Peluang Pelaksanaan dan Tantangan Pengembangan Hospital without Walls pada Pelayanan Kebidanan dan Kandungan di RSUD Noongan. *e-CliniC*, 9(2), p. 532. Available at: <https://doi.org/10.35790/eci.v9i2.36903>.
- Nusratuddin *et al.* 2019. PEMERIKSAAN GINEKOLOGI (Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik. *FK Universitas Hasanuddin* [Preprint].
- Peter, H. and Penzel, T. 2020. Hubungan Pengetahuan Dengan Minat Ibu Hamil Dalam Penerapan Senam Prenatal Yoga. *Hubungan pengetahuan dengan minat ibu hamil dalam penerapan senam prenatal yoga*, 9(1), pp. 1–1.

- Rachman Adi Pradana, M.A. and Febri Asshiddiq, M.R. 2021. 'Hubungan Antara Paritas dengan Kejadian Perdarahan Post Partum. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(1), pp. 326–331. Available at: <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i1.565>.
- Surya, I.G.N.H.W. *et al.* 2017. *Obstetrik dan Ginekologi*.
- Yudianti, A.I. 2018. 'Kemarahan pada Perempuan Kanker Ginekologi. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 12(2), p. 67. Available at: <https://doi.org/10.20884/1.jks.2017.12.2.739>.
- Yulizawati. 2020. *Buku Teks Dengan Evidence Midwifery Implementasi pada Masa Kehamilan*. Available at: [http://repo.unand.ac.id/33995/1/Dengan EBM-Implementasi Dalam Masa Kehamilan.pdf](http://repo.unand.ac.id/33995/1/Dengan%20EBM-Implementasi%20Dalam%20Masa%20Kehamilan.pdf).



# **BAB 3**

## **LINGKUP PRAKTIK BIDAN PADA KASUS KOMPLEKS**

**Oleh Siswi Wulandari**

### **3.1 Pendahuluan**

Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi ijin untuk menjalankan praktik kebidanan di negeri itu. Kebidanan merupakan bentuk dari sintesa berbagai disiplin ilmu (ilmu kedokteran, keperawatan, sosial, perilaku, budaya, ilmu kesehatan masyarakat, ilmu manajemen). Bila kita melihat keadaan sekitar, tak jarang kita melihat keadaan seorang wanita yang sedang hamil. Tidak semua orang bisa diberikan pelayanan oleh seorang bidan. Karena setiap pemberi pelayanan kesehatan seperti bidan mempunyai batas dalam melakukan tindakan. Pembahasan berikut ini adalah termasuk kedalam ruang lingkup praktik bidan.

### **3.2 Dasar**

- a. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia

- Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- b. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
  - c. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
  - d. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6325);
  - e. Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 24, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
  - f. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 945);

- g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 954);
- h. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 Tahun 2018 tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 944)
- i. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HJ.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan.

### **3.3 Lingkup praktek kebidanan meliputi pemberian asuhan**

Praktik Profesional Kebidanan dan Manajemen Asuhan terdiri atas:

1. Asuhan Kebidanan Fisiologis
  - a. Pranikah dan masa sebelum hamil
  - b. Kehamilan fisiologis holistic
  - c. Persalinan fisiologis holistic
  - d. Bayi Baru Lahir fisiologis holistic
  - e. Nifas fisiologis holistic
  - f. Neonatus, bayi dan balita fisiologis holistic
  - g. Keluarga Berencana (KB) fisiologis holistic
  - h. Kesehatan reproduksi fisiologis holistic
  - i. Asuhan kebidanan komunitas
2. Asuhan Kebidanan Kolaborasi Kasus patologi dan komplikasi maternal neonatal serta rujukan

3. Penanganan awal kegawatdaruratan maternal dan neonatal
4. Ketrampilan dasar praktik kebidanan
5. Praktik bantuan hidup dasar (BHD)

### **3.4 Tugas Kolaborasi**

1. Memberikan asuhan kebidanan kepada ibu hamil dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
2. Memberikan asuhan kebidanan kepada ibu nifas dengan resiko tinggi yang memerlukan tindakan kolaborasi
3. Memberikan asuhan kebidanan kepada ibu bersalin dengan resiko tinggi dan pada kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi
4. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi
5. Memberikan asuhan kebidanan pada balita dengan resiko tinggi dan yang mengalami komplikasi dan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi

### **3.5 Tugas Rujukan**

Definisi Rujukan adalah penyerahan tanggungjawab dari satu pelayanan kesehatan ke pelayanan kesehatan yang lain. Sistem rujukan upaya kesehatan adalah suatu system jaringan

fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbale-balik atas masalah yang timbul, baik secara vertical maupun horizontal ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional, dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. Sistem rujukan menurut permenkes no 1 tahun 2012 adalah” merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.”

1. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang memerlukan tindakan di luar lingkup kewenangan dan memerlukan rujukan
2. Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu hamil dengan resiko tinggi dan kegawatdaruratan
3. Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan dalam masa persalinan dengan tingkat kesulitan tertentu
4. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi dan rujukan
5. Memberikan asuhan kebidanan pada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi dan rujukan

### **3.6 Penanganan Proses Rujukan Komplikasi Obstetri**

1. Kemampuan pertolongan pertama pada gawat darurat obstetri di tingkat pelayanan terdepan (bidan).

Diharapkan semua bidan Puskesmas dan bidan di desa mengetahui gejala dini komplikasi obstetri dan dapat melakukan pertolongan pertama sebelum dirujuk

2. Kemampuan dalam Pelayanan Obstetri Emergensi Dasar (PONED) di tingkat Puskesmas
3. Kemampuan dalam Pelayanan Obstetri Emergensi Komprehensif (PONEK ) purnawaktu di RSUD Kabupaten

## DAFTAR PUSTAKA

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor  
HJ.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi  
Bidan



# **BAB 4**

## **ISU ETIK DAN MORAL DALAM PELAYANAN KEBIDANAN**

**Oleh Juliani Purba**

### **4.1 Pendahuluan**

Seorang bidan dalam menjalankan profesinya diharapkan memberikan pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan. Untuk mewujudkan hal tersebut, maka seorang bidan harus mampu menguasai 7 area kompetensi sebagai berikut:

1. Etik legal dan keselamatan pasien;
2. Komunikasi efektif;
3. Pengembangan diri dan profesionalisme;
4. Landasan ilmiah praktik kebidanan;
5. Keterampilan klinis dalam praktik kebidanan;
6. Promosi kesehatan dan konseling;
7. Manajemen dan kepemimpinan. (KepMenKes RI, 2020)

Diharapkan apabila seorang bidan menguasai area kompetensi tersebut maka pelayanan kebidanan yang berkualitas pun dapat dirasakan oleh masyarakat. Pada bab ini, yang akan dibahas lebih lanjut adalah area kompetensi 1 yaitu etik legal dan keselamatan pasien, yang mana salah satu pokok

bahasan yang tercakup di dalamnya membahas mengenai isu etik dan moral dalam pelayanan kebidanan.

## **4.2 Prinsip Dasar Etika Kebidanan**

Etika kebidanan merupakan bagian dari tipe etika bioetik, yang memiliki fokus pada dilema yang dialami, berkaitan dengan penerapan teori dan prinsip etika pada perawatan kesehatan, masalah perawatan kesehatan serta kesehatan modern.(Anggraini *et al.*, 2022) Berdasarkan hal tersebut, maka etika kebidanan merupakan studi formal tentang isu etik dan dikembangkan dalam tindakan serta dianalisis untuk keputusan etik.(Nardina *et al.*, 2021)

Berikut ini merupakan prinsip dasar dalam bioetika, yaitu:(Oli and Astuti, 2022)

### **a) *Autonomy***

Prinsip ini berkaitan dengan hak otonomi pasien atau klien, yang mana harus disadari bahwa tiap individu mampu berpikir secara logis dan dapat mengambil keputusan sendiri.

Oleh karena itu, dalam pengambilan keputusan ataupun tindakan, hak pasien dalam membuat keputusan terhadap dirinya harus dihargai. Hal inilah yang mendasari pentingnya *informed consent*.

### **b) *Beneficience***

Prinsip ini berkaitan dengan pengambilan keputusan atau tindakan terhadap pasien atau klien yang memperhitungkan apakah keputusan atau tindakan yang diambil memiliki manfaat yang lebih besar daripada kerugian yang akan dialami oleh pasien.

c) *Non-Maleficience*

Prinsip ini berkaitan bahwa dalam bertindak harus mempertimbangkan agar tidak menimbulkan bahaya/menyakiti/memperburuk kondisi pasien atau klien.

d) *Justice*

Prinsip ini harus dilakukan secara universal dimana hak sehat pasien dihargai dan tidak ada membeda-bedakan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

e) *Fidelity*

Prinsip ini berkaitan dengan kebutuhan individu untuk menghargai komitmen dan janjinya terhadap orang lain. Prinsip dasarnya berupa pemenuhan janji, advokasi, kepercayaan, kejujuran dan dedikasi pada pasien.

Prinsip-prinsip etika kebidanan tersebut diharapkan menjadi salah satu dasar yang membentuk karakter etika individu seorang bidan. Sehingga etika kebidanan dapat berfungsi untuk mengoreksi hal-hal negatif dalam praktik profesional, memenuhi persyaratan standar operasional, serta untuk kemajuan sosial pada profesi kebidanan.(Yulianti, 2022).

#### **4.3 Isu Etik dan Moral**

Isu merupakan topik atau masalah pokok yang tersebar di masyarakat namun kebenarannya belum dapat dipastikan. Isu sendiri merupakan hasil dari berbagai pendapat yang beranekaragam karena adanya perbedaan dari nilai-nilai serta kepercayaan yang dianut.(Ristica and Juliarti, 2014) Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), "etika

memiliki 3 pengertian yaitu tentang apa yang baik dan yang buruk, nilai yang berkenaan dengan akhlak, dan nilai mengenai benar dan salah yang dianut suatu golongan atau masyarakat”.

Moral berasal dari bahasa Latin *mos* (jamak: *mores*) yaitu kebiasaan, adat. Moral dan etika memiliki etimologi kata yang sama, sehingga moral juga dapat berarti apa yang dianggap baik atau buruk di masyarakat dalam kurun waktu tertentu sesuai perkembangan norma atau nilai.(Farelya and Nurrobikha, 2018)

Adapun kesadaran yang berkembang dalam diri seseorang/masyarakat tentang apa yang baik dan buruk dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya pendidikan, agama, lingkungan, sosial budaya, dan hal-hal lainnya. Hal tersebut juga disebut sebagai kesadaran moral.(Riyanti, 2018)

Dari jabaran definisi di atas, dapat dirangkum bahwa isu etik dalam pelayanan kebidanan adalah topik atau masalah pokok yang tersebar di masyarakat mengenai nilai manusia dalam menghargai suatu tindakan yang berhubungan dengan segala aspek kebidanan yang menyangkut baik dan buruknya.(Anggraini *et al.*, 2022). Sedangkan isu moral dalam pelayanan kebidanan memiliki definisi yaitu topik tentang apa yang baik dan buruk dalam kehidupan sehari-hari serta memiliki kaitan dengan pelayanan kebidanan.(Panggabean, 2020)

Berikut ini merupakan contoh permasalahan pembahasan etik dalam pelayanan kebidanan di kehidupan sehari-hari:

- a) Persetujuan dalam proses melahirkan.
- b) Mengambil keputusan atau pilihan dalam persalinan.

- c) Kegagalan dalam proses persalinan.
- d) Pelaksanaan USG dalam kehamilan.
- e) Konsep normal pelayanan kebidanan.
- f) Bidan dan pendidikan seks.(Ristica and Juliarti, 2014)

Sedangkan yang termasuk contoh isu moral dalam pelayanan kebidanan adalah sebagai berikut:(Ristica and Juliarti, 2014)

- a. Abortus.
- b. Terminasi kehamilan, dan lainnya.

#### **4.4 Dilema**

Dilema adalah kondisi dimana sedang diperhadapkan pada situasi harus memilih dua pilihan/alternatif yang hampir sama atau yang kelihatannya sama dan perlu mendapat pemecahan masalah.(Hastuti *et al.*, 2022). Dilema etik merupakan kondisi yang muncul karena berbenturan dengan konflik moral, bertentangan dengan batin, atau bertentangan antara nilai-nilai yang diyakini bidan dengan kenyataan yang ada. Dilema moral adalah kondisi dimana seseorang menghadapi dua pilihan, namun pilihan yang ada tidak satupun dapat menjadi jalan keluar yang tepat.(Nardina *et al.*, 2021)

Berikut ini merupakan salah satu contoh dilema yang dihadapi seorang bidan dalam pelayanannya, yaitu pada kasus penolakan tindakan episiotomi oleh seorang ibu. Pada kasus tersebut, apabila bidan mengikuti keinginan ibu, maka dapat dikatakan bidan telah menghargai autonomi pasien. Di sisi lain, apabila bidan melakukan tindakan episiotomi, maka bidan telah melakukan tindakan untuk melindungi/menyelamatkan

bayi dari pasien tersebut. Dari kasus ini kedua alasan tersebut sama kuatnya, maka terjadilah yang disebut dengan dilema terhadap kedua pilihan tersebut.(Nardina *et al.*, 2021)

Dalam pemecahan masalah dari dilema tersebut, penting bagi seorang bidan untuk berpegangan pada tanggung jawab profesionalnya yaitu:

- a) Mengutamakan keinginan, keselamatan serta kesehatan pasien.
- b) Tindakan yang diambil harus selalu bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan dan kenyamanan pasien maupun klien.
- c) Dalam pelaksanaan tanggung jawab harus pastikan tidak melakukan pelanggaran ataupun kelalaian yang dapat mengganggu kepentingan dan keselamatan pasien dan klien.
- d) Memberikan jaminan bahwa tindakan yang dilakukan tidak akan menghilangkan sesuatu bagian (*omission*), serta harus bertanggung jawab dalam memperhatikan kondisi dan keamanan pasien atau klien.(Hastuti *et al.*, 2022)

#### **4.5 Teori Pengambilan Keputusan**

Pengambilan keputusan klinis merupakan proses pemecahan masalah yang akan digunakan dalam merencanakan asuhan ibu hamil, ibu nifas, dan bayi baru lahir. Apabila terjadi keterlambatan dalam proses pengambilan keputusan tersebut, maka akan menjadi salah satu faktor yang menyebabkan pasien atau klien tidak mendapatkan pertolongan.(Ristica and Juliarti, 2014)

Berikut ini merupakan beberapa teori-teori etika yang menjadi dasar individu dalam pengambilan keputusan: (Riyanti, 2018)

1. Teori Utilitarisme

Pada teori ini ditekankan bahwa pada dasarnya keputusan yang diambil harus menghasilkan kesenangan yang maksimal dan ketidakseimbangan seminimal mungkin.

Semakin besar manfaat yang akan didapat maka semakin besar suatu tindakan tersebut dianggap benar. Atau suatu tindakan dianggap benar apabila sesuai dengan peraturan yang benar, dan peraturan itu disebut benar bila isinya mampu memaksimalkan manfaat.

2. Teori Deontologi

Dasar teori ini, sesuatu yang baik berasal dari tindakan yang baik atau keberhasilan individu melakukan tugasnya.

3. Teori Hedonisme

Pada teori ini dikatakan bahwa pada kodratnya setiap manusia akan mencari kesenangan dan menghindari ketidakseimbangan.

4. Teori Eudemonisme

Teori ini mengatakan bahwa setiap kegiatan manusia dilakukan untuk mengejar suatu tujuan dan ingin mencapai sesuatu yang baik bagi dirinya.

Teori-teori tersebutlah yang menjadi landasan individu dalam pengambilan keputusan. Maka, seorang bidan diharapkan mampu memahami hal tersebut agar ketika menghadapi pasien atau klien yang akan mengambil keputusan terkait pelayanan kebidanan di lapangan, bidan dapat terlibat

langsung dan melakukan komunikasi efektif dengan pasien atau klien, sehingga pasien atau klien dapat mengambil keputusan secara tepat terhadap pilihan pelayanan kebidanan yang ditawarkan.(Ristica and Juliarti, 2014)

Perlu diingat bahwa seorang bidan tidak hanya dituntut memiliki keterampilan klinis medis yang baik, namun juga harus mampu melakukan komunikasi dan konseling tanpa mengabaikan etik. Dengan begitu, diharapkan jumlah kunjungan ke sarana pelayanan kesehatan serta ditolong oleh tenaga kesehatan meningkat.(Ristica and Juliarti, 2014)

#### **4.6 Solusi Menghadapi Masalah Isu Etik dan Moral dalam Pelayanan Kebidanan**

Berikut ini beberapa contoh masalah etik dan penyelesaiannya:(Riyanti, 2018)

##### **1. Lingkup Masalah : IPTEK**

**Masalah**-masalah yang tercakup di dalamnya adalah sebagai berikut → bayi tabung, skrining bayi, donor sperma, penelitian dengan menggunakan pasien.

**Penyelesaian masalah** → biasanya sudah ada landasan hukum dan peraturannya yang memberikan batas wewenang dalam tindakan. Untuk itu penting dicari landasan hukum dan peraturannya.

##### **2. Lingkup Masalah : sosial budaya, agama atau kepercayaan**

**Masalah**-masalah yang tercakup di dalamnya adalah sebagai berikut → transfusi darah, penggunaan alat kontrasepsi, larangan bagi ibu hamil, ibu nifas, dan ibu menyusui.

**Penyelesaian masalah** → hal ini merupakan hal yang sensitif, menyangkut perasaan.

Untuk itu perlu advokasi dan konseling yang tepat.

**3. Lingkup Masalah:** tindakan medis atau intervensi kebidanan.

**Masalah-masalah** yang tercakup di dalamnya adalah sebagai berikut → *sectio caesarea*, episiotomi, penggunaan ultrasonografi (USG), dan vakum ekstraksi/forsep.

**Penyelesaian masalah** → Memerlukan *informed choice & informed consent*.

Selain contoh di atas, pada umumnya ketika diperhadapkan dengan masalah di lapangan berkaitan dengan isu etik dan moral serta dilema yang dihadapi dalam pelayanan kebidanan, maka solusi yang sering dilakukan adalah *informed choice* dan *informed consent* (Prodi Sarjana Terapan Kebidanan, 2019). *Informed choice* adalah pasien atau klien diberikan penjelasan mengenai pilihan/alternatif asuhan yang akan diberikan dan kemudian pasien/klien membuat pilihan. Penjelasan yang diberikan harus sudah mencakup informasi berupa manfaat dan, risiko dari pilihan tindakan yang ditawarkan serta menyampaikan kemungkinan hasil dari setiap pilihan yang diambil.(Nardina *et al.*, 2021)

Sementara itu, *informed consent* merupakan sebuah persetujuan atau kesepakatan terhadap tindakan medis yang akan dilakukan, telah ditandatangani pasien/klien atau keluarganya setelah mendapatkan penjelasan/informasi mengenai segala risiko yang dapat terjadi. Dalam memberikan penjelasan, diharapkan bidan menyampaikan informasi secara

lengkap, jujur, tidak bias dan mudah dipahami oleh pasien atau klien. Selama prosesnya, bidan membantu ibu untuk menggunakan haknya dan bertanggung jawab atas keputusan yang diambil.(Nardina *et al.*, 2021)

*Informed consent* bertujuan sebagai berikut:(Nardina *et al.*, 2021)

1. Untuk melindungi pasien dari:
  - a) tindakan medis tanpa sepengetahuan,
  - b) tindakan medis yang tidak diperlukan dan tidak berdasar secara medik
  - c) tindakan medis yang bertentangan dengan hak asasi pasien dan standar profesi medis,
  - d) tindakan medis yang disalahgunakan dengan memanfaatkan alat canggih berbiaya tinggi yang sebenarnya tidak diperlukan.
2. Untuk melindungi bidan, dimana setiap prosedur medik pasti memiliki risiko.

Dengan melakukan hal yang telah dijabarkan di atas, maka asuhan terbaik sudah dilakukan oleh seorang bidan dan hal tersebut dapat diterima secara etika oleh pasien atau klien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D. D. *et al.* 2022. *Etika Profesi Kebidanan*. Edited by N. Sulung. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi.
- Farelya, G. and Nurrobikha. 2018. *Etikolegal dalam Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Hastuti, P. *et al.* 2022. *Etika Kebidanan dan Hukum Kesehatan*. Edited by M. J. F. Sirait. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- KepMenKes RI, M. R. 2020. *Standar Profesi Bidan*.
- Nardina, E. A. *et al.* 2021. *Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan*. Edited by R. Watrianthos. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Olii, N. and Astuti, S. C. D. 2022. *Buku Ajar Etikolegal dalam Praktik Kebidanan*. Edited by M. Nasrudin. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management (NEM).
- Panggabean, H. 2020. *Buku Ajar Etika dan Hukum Kesehatan*. Edited by E. Jaelani. Bandung: Widina Bhakti Persada Bandung.
- Prodi Sarjana Terapan Kebidanan. 2019. *Modul Teori 3 Konsep Kebidanan dan Etikolegal Dalam Pelayanan Kebidanan*. Palangka Raya: Prodi Sarjana Terapan Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.
- Ristica, O. D. and Juliarti, W. 2014. *Prinsip Etika dan Moralitas dalam Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Riyanti. 2018. *Buku Ajar Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan*. Malang: Wineka Media.
- Yulianti, I. 2022. Peran Penting Mata Kuliah Etika Profesi Kebidanan Terhadap Perilaku Etis Mahasiswa Kebidanan di Universitas Borneo Tarakan. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 13(2), pp. 77–83.



# **BAB 5**

## ***INTERPROFESSIONAL EDUCATION* (IPE) DALAM ASUHAN KEBIDANAN PADA KASUS KOMPLEK**

**Oleh Ika Oktaviani**

### **5.1 Pendahuluan**

Tenaga kesehatan merupakan tenaga profesional yang memiliki tingkat keahlian dan pelayanan yang luas dalam mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang berfokus pada kesehatan pasien (Steinert, 2005 dalam Bennett, Gum, Lindeman, Lawn, McAllister, Richards, Kelton, & Ward, 2011). Tenaga kesehatan yang dimaksud adalah perawat, dokter, dokter gigi, bidan, apoteker, dietisien, dan kesehatan masyarakat. (Sedyowinarso, Fauziah, Aryakhiyati, Julica, Munira, Sulistyowati, Masriati, Olam, Dini, Afifan, Meisudi, & Pisceca, 2011). Pelayanan kesehatan sering sekali ditemukan kejadian tumpang tindih pada tindakan pelayanan antar profesi yang diakibatkan karena kurangnya komunikasi antar tenaga kesehatan dalam kerjasama tim (Sedyowinarso dkk., 2011).

Upaya peningkatan pelayanan kesehatan antenatal yaitu: P4K, buku KIA, ANC terpadu, kelas ibu hamil, Fe dan asam folat. Pelayanan persalinan, nifas, dan neonatal yaitu: APN (MAK III) dan KF, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), injeksi Vit-K, imunisasi

HB0, kemitraan bidan dan dukun, KB pasca persalinan. Pelayanan bagi bayi yaitu: ASI eksklusif, imunisasi dasar lengkap, pemberian makanan, penimbangan, pemberian Vita, MTBS (Sakti, 2014). Selain itu upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematiaan Bayi (AKB) diperlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor terkait yaitu pemerintah daerah, sektor swasta, organisasi profesi kesehatan, kalangan akademis, serta lembaga dan organisasi kemasyarakatan baik dari dalam negeri maupun luar negeri. Maka dari itu, upaya pemerintah dibuat sehingga bidan sebagai tenaga kesehatan melakukan continuity care (Riskesdas, 2013).

WHO menggambarkan praktik kolaborasi (*collaborative practice*) sebagai suatu pelayanan komprehensif yang diberikan oleh dua atau lebih tenaga kesehatan dari latar belakang profesi yang berbeda, melalui kerja sama dengan pasien, keluarga, pengasuh, dan komunitas untuk menyediakan kualitas pelayanan yang tertinggi di berbagai situasi. University of Toronto menyebutkan bahwa pendidikan interprofesi bertujuan untuk menghasilkan peserta didik profesi kesehatan dengan pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang sesuai dengan praktek kolaborasi interprofesional, sehingga WHO pun merekomendasikan pendidikan interprofesi sebagai pendidikan yang terintegrasi untuk peningkatan kemampuan kolaborasi.

Pendidikan interprofesi merupakan *“an occasion when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care”* Sebagai sarana untuk mencapai tujuan tersebut. Konsep dasar dari definisi

tersebut diatas adalah suatu proses pembelajaran yang melibatkan dua atau lebih profesi yang berbeda dan adanya proses saling interaksi di dalamnya. Proses ini haruslah dibedakan dengan istilah antar disiplin (interdisiplin) dan multi profesi (multiprofesional) yang mana kedua istilah tersebut hanyalah suatu pembelajaran bersama tetapi tidak ada proses saling interaksi (terkadang hanya bersifat satu arah).

Untuk menguatkan penerapan IPE, pada tahun 2010, WHO memperkenalkan strategi IPE dalam bentuk *"Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice"*. Inisiatif strategi ini juga merupakan lanjutan dari komitmen WHO sebelumnya yang bertujuan untuk memperbaiki pendidikan kesehatan dan kedokteran, serta profesi lainnya melalui IPE. Munculnya strategi ini adalah sebagai upaya untuk memperkuat sistem pelayanan kesehatan berdasarkan dasar-dasar kesehatan primer, yang bertujuan untuk mencapai kesehatan bagi semua orang melalui pelayanan kesehatan primer.

Mengingat penyelenggaraan SKN dalam bentuk pelayanan dan program kesehatan membutuhkan dukungan antar dan intra profesi kesehatan secara terpadu, maka diperlukan para profesional yang memiliki kemampuan untuk bekerja sama dan bekerja dalam tim sehingga menghasilkan pencapaian yang lebih optimal.

## **5.2 Pengertian Pendidikan Interprofesi**

Pengertian Pendidikan Interprofesi Menurut WHO (2010), pendidikan Interprofesi atau IPE adalah proses

pendidikan yang melibatkan dua atau lebih jenis profesi. Pendidikan interprofesi bisa terjadi apabila beberapa mahasiswa dari berbagai profesi belajar tentang profesi lain, belajar bersama satu sama lain untuk menciptakan kolaborasi efektif dan pada akhirnya meningkatkan outcome kesehatan yang di inginkan. Pendidikan interprofesi merupakan tahap yang penting dalam upaya mempersiapkan lulusan atau professional kesehatan yang siap untuk bekerja di dalam tim dan melakukan praktek kolaborasi dengan efektif untuk merespon atau memecahkan masalah yang ada di masyarakat.

Pengertian Praktek Kolaborasi Interprofesi Praktek kolaborasi terjadi apabila beberapa katagori professional atau tenaga kesehatan bekerja bersama dengan pasien, keluarga dan masyarakat untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan kualitas yang tinggi. Prof. R. Bintarto dan Surastopo Hadisumarno (1982), memerinci perkembangan pandangan geografi dimulai dengan pandangan geografi klasik, pandangan geografi pada abad pertengahan dan “renaissance”, pandangan geografi modern, pandangan geografi pada akhir abad 19 ke abad 20 dan pandangan geografi mutakhir.

*Interprofessional education* (IPE) merupakan bagian integral dari pembelajaran professional kesehatan, yang berfokus pada belajar dengan, dari, dan tentang sesama tenaga kesehatan untuk meningkatkan kerja sama dan meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien. Peserta didik dari beberapa profesi kesehatan belajar bersama dalam meningkatkan pelayanan kepada pasien secara bersama-sama (kolaborasi) dalam lingkungan interprofesional

Model ini berfungsi untuk mempersiapkan tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain dalam sistem kesehatan yang kompleks. (Becker, Hanyok, & Walton-Moss, 2014). Sehingga, strategi pendidikan komunikasi melalui IPE antara perawat dengan dokter atau tenaga kesehatan lainnya dapat membangun budaya komunikasi dan kolaborasi yang efektif dalam memberikan pelayanan kepada pasien (Liaw, Siau, Zhou, & Lau, 2014).



**Gambar 5.1.** System kesehatan dan system pendidikan  
Sumber: (WHO, 2010)

### 5.3 Asuhan Kebidanan Pada Kasus Komplek

Sistem reproduksi wanita adalah sistem biologis yang terdiri dari organ dan jaringan yang digunakan untuk reproduksi atau berkembangbiak pada perempuan. Terdapat sejumlah organ sistem reproduksi wanita yang berbeda dengan

laki-laki. Fungsi sistem reproduksi wanita dirancang untuk menghasilkan sel telur atau disebut ovum.

Sistem reproduksi akan mengangkut sel telur ketempat pembuahan yang biasanya terjadi disaluran tuba. Sel telur yang sudah dibuahi akan menuju ke dinding rahim membentuk janin. Proses ini merupakan tahap awal kehamilan. Jika pembuahan tidak terjadi, sistem reproduksi pada wanita akan melakukan peluruhan lapisan rahim atau dikenal juga dengan menstruasi. Selain itu, sistem reproduksi wanita juga menghasilkan hormon seksual yang menjaga siklus reproduksi

### **5.3.1 Anatomi Dan Organ Sistem Reproduksi Wanita**

Anatomi reproduksi wanita terdiri dari bagian dalam (internal) dan luar tubuh (eksternal). Fungsi organ bagian luar adalah untuk memungkinkan sperma masuk ke dalam sistem reproduksi bagian dalam dan melindungi organ genital dari organisme atau penyakit menular. struktur reproduksi wanita bagian luar:

#### **a. LabiaMayora**

Labia mayora atau bibir besar adalah bagian yang membungkus dan melindungi organ reproduksi eksternal lainnya. Labia mayora mengandung kelenjar keringat dan kelenjar penghasil minyak. Setelah masa pubertas, labia mayora ditutupi dengan rambut.

#### **b. LabiaManora**

Labia manora diterjemahkan sebagai bibir kecil. Labia manora terletak tepat di dalam labia mayora dan mengelilingi bukaan ke vagina dan uretra.

c. Kelenjar Bartholin

Kelenjar ini terletak di samping lubang vagina dan menghasilkan sekresi cairan (lendir).

d. Klitoris Kedua

Labia minora bertemu di klitoris yaitu tonjolan kecil dan sensitif. Klitoris ditutupi oleh lipatan kulit yang disebut preputium yang mirip dengan kulup di ujung penis.

e. Vagina Vagina adalah saluran yang menghubungkan serviks ke bagian luar tubuh. Vagina juga dikenal sebagai jalan lahir bayi.

f. Rahim Rahim adalah organ berongga berbentuk buah pir yang merupakan tempat bagi janin yang sedang berkembang.

Rahim dibagi menjadi dua bagian yaitu

- 1) Serviks yang merupakan bagian bawah dan tubuh utama dari Rahim yang Disebut korpus. Korpus dapat dengan mudah mengembang untuk menopang bayi yang Sedang berkembang.
- 2) Ovarium adalah kelenjar kecil berbentuk oval yang terletak di kedua sisi rahim. Menghasilkan telur dan hormon. Saluran tuba atau tubafalopi Saluran tuba adalah saluran sempit yang melekat pada bagian atas rahim dan berfungsi sebagai terowongan bagi ovum untuk melakukan perjalanan dari ovarium ke rahim. Pembuahan sel telur oleh sperma juga terjadi di saluran tuba. Telur yang telah dibuahi kemudian bergerak ke rahim dan ditanamkan ke dalam lapisan dinding Rahim.

### 5.3.2 Organ Reproduksi Wanita Bagian Dalam

#### 1. Vagina

Adalah jalan keluar bayi saat seorang wanita melahirkan secara normal. Leher rahim (*Serviks*) dengan bagian luar tubuh juga terhubung melalui organ ini. Selain itu, vagina juga merupakan tempat masuknya penis ketika wanita dan pria berhubungan seksual. Letak organ ini di antara bagian bawah rahim dan tubuh bagian luar wanita.

#### 2. Leher Rahim (*Serviks*)

Leher rahim berupa lorong sempit sebagai pintu masuk antara vagina dan rahim. Dinding leher rahim bersifat fleksibel yang dapat meregang atau membuka jalan saat bayi lahir. Oleh sebab itu persalinan normal mampu dilakukan wanita.

#### 3. Rahim (Uterus)

Rahim merupakan organ yang berfungsi sebagai rumah bagi janin yang sedang bertumbuh dan berkembang. Bentuk dari rahim seperti buah pir. Letak rahim ada di bagian tengah rongga panggul dan di belakang kandung kemih depan rektum.

#### 4. Indung Telur (Ovarium)

Indung telur terletak di kedua sisi rahim berupa kelenjar kecil berbentuk oval. Fungsi organ ini adalah untuk memproduksi sel telur dan hormon seks utama berupa estrogen progesterone yang dilepaskan ke dalam aliran darah wanita.

#### 5. Saluran telur (*Tuba Fallopi*)

Saluran telur (*Tuba Fallopi*) adalah saluran sempit sekitar 10-13 cm dengan diameter 1 cm yang melekat pada bagian atas rahim mengarah ke ovarium agar terhubung antara keduanya. Fungsi organ ini adalah sebagai jalan bagi telur dari ovarium ke rahim saat ovulasi. Selain itu, sel telur dan sperma juga bertemu di saluran ini saat proses pembuahan.

### 5.3.3 Organ Reproduksi Wanita Bagian Luar

#### 1. Lubang Uretra

Tempat keluarnya urine dari kandung kemih adalah lubang uretra.

#### 2. Klitoris

Klitoris terletak di bagian atas labia minora berupa tonjolan kecil. Organ ini sangat sensitif karena merupakan sumber utama kenikmatan seksual yang terjadi pada wanita.

#### 3. Kelenjar Bartholin (Kelenjar Vestibular)

Letak kelenjar ini ada di kedua sisi bukaan vagina. Organ ini mempunyai fungsi untuk melumasi vagina saat berhubungan seksual dengan lendir kental yang dihasilkan. Organ reproduksi wanita merupakan bagian penting dalam sistem reproduksi wanita untuk menghasilkan keturunan. Oleh sebab itu, merawat organ-organ tersebut merupakan sebuah keharusan. Tujuannya untuk mencegah diri sendiri dan pasangan dari penyakit berbahaya serta menghasilkan keturunan yang sehat.

## 5.4 Peran Bidan

Peran merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dalam suatu sistem. Dalam melaksanakan profesinya bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti. Peran sebagai Pelaksana, bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan.

### A. Tugas mandiri Tugas-tugas mandiri bidan, yaitu:

- 1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan
- 2) Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien. Membuat rencana tindak lanjut tindakan / layanan bersama klien.
- 3) Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal
- 4) Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien / keluarga
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien / keluarga
- 7) Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana
- 8) Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause
- 9) Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga dan pelaporan asuhan.

B. Tugas Kolaborasi Tugas-tugas kolaborasi (kerja sama) bidan, yaitu:

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 2) Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
- 3) Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
- 4) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.
- 7) Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.

C. Tugas ketergantungan Tugas-tugas ketergantungan (merujuk) bidan, yaitu:

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga.
- 2) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan
- 3) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 4) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga.
- 6) Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien/keluarga.

D. Peran sebagai Pengelola

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

- a. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan. Bidan bertugas; mengembangkan pelayanan dasar kesehatan di wilayah kerja.
- b. Berpartisipasi dalam tim. Bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan sektor lain melalui dukun bayi, kader kesehatan, serta tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya.

E. Peran sebagai Pendidik

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

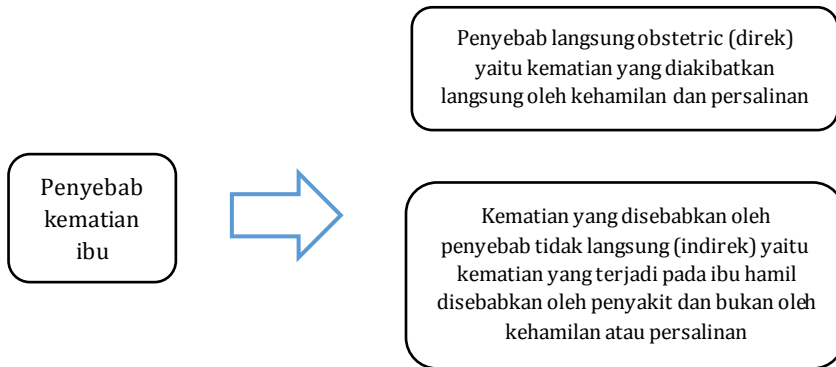
- a. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien
- b. Melatih dan membimbing kader

F. Peran Sebagai Peneliti / Investigator Bidan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun berkelompok, mencakup:

- a. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
- b. Menyusun rencana kerja pelatihan.
- c. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
- d. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.
- e. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.

- f. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

### **5.5 Asuhan kebidanan Pada Kasus Kompleks Faktor Resiko dan Sosial yang Berkontribusi Pada Kondisi Ibu dan Bayi yang Buruk**



Hoelman dkk, (2015) menyatakan bahwa pencegahan dan penanganan yang dapat dilakukan antara lain:

1. Ibu segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan bila mengalami komplikasi;
2. Tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, seperti penggunaan partograf untuk memantau kemajuan persalinan dan pelaksanaan manajemen aktif kala III untuk pencegahan perdarahan.
3. Tenaga kesehatan mampu melakukan deteksi dini komplikasi

4. Bila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan pertolongan pertama
5. Melakukan stabilisasi pasien sebelum rujukan, Proses rujukan efektif; dan Pelayanan di rumah sakit yang efektif dan tepat guna.

Penyebab kematian langsung ibu di Indonesia didominasi oleh perdarahan pasca persalinan, hipertensi/eklamsia, dan infeksi.

Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah masih banyaknya kasus 3 terlambat dan 4 terlalu (GKIA, 2016).

➤ Kasus 3 terlambat, meliputi :

1. Terlambat mengenali tanda bahaya persalinan dan mengambil keputusan.
2. Terlambat dirujuk ke fasilitas kesehatan.
3. Terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

➤ Kasus 4 terlalu, meliputi :

1. Terlalu tua hamil (diatas usia 35 tahun)
2. Terlalu muda hamil (dibawah usia 20 tahun)
3. Terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4)
4. Terlalu dekat jarak antar kelahiran (kurang dari 2 tahun)

## **Alur Rujukan dan Rencana Asuhan Pada Kasus Kompleks**

Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik secara vertikal maupun horizontal (Permenkes No. 001, 2012). Tujuan utama sistem rujukan mampu menyelamatkan ibu, anak dan bayi baru lahir, melalui program rujukan terencana dalam satu wilayah kabupaten/kota/ provinsi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Kurnia, S.N. 2017. *Etika Profesi Bidan*. Yogyakarta: Panji Pustaka.
- Manuaba. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan*. Jakarta: EGC.
- Studi, P. *et al.* 2020. Modul asuhan kebidanan pada kasus kompleks. hal. 1–80.
- Utami, S. 2020. Modul Pembelajaran Interprofessional Education (Ipe),” *Poltekkes Surabaya*, hal. 1–241.



# **BAB 6**

## **KEGAWATDARURATAN PADA IBU DAN NEONATAL**

**Oleh Bintang Petralina**

### **6.1 Pendahuluan**

Di Asia Tenggara, Indonesia merupakan salah satu negara dengan angka kematian bayi dan ibu (AKI dan AKB) yang tinggi, dua ukuran krusial kesehatan suatu bangsa. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan untuk bidang kesehatan menetapkan target AKI >70 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB >12 per 1000 kematian hidup untuk tahun 2030. Karena kemungkinan kematian dan kemungkinan dampak pada kesehatan anak yang belum lahir, darurat medis selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas saling berhubungan. Penurunan AKI dan AKB memerlukan upaya yang terkoordinasi untuk memerangi masalah dan penyakit yang timbul selama kehamilan, persalinan, dan neonatus, khususnya dalam mengatasi situasi kegawatdaruratan obstetri dan neonatal, serta mendorong indikator pembangunan berkelanjutan.

Penjelasan Modul Pelatihan Kedaruratan Maternal dan Neonatal Bagi Dokter Umum, Bidan, dan Perawat di FKTP Kedaruratan yang paling mendesak dipisahkan dari

ke daruratan yang kurang serius pada kehamilan, persalinan, dan nifas. Kehamilan, persalinan, dan masa nifas adalah waktu yang umum untuk hal ini terjadi. Plus, bayi yang mengalami krisis neonatal menjadi hal biasa. Uraian kegawatdaruratan tersebut adalah sebagai berikut:

1. kegawatdaruratan dasar pada kehamilan, persalinan, dan nifas
  - a. Henti jantung dan henti napas.
  - b. Syok.
  - c. Kejang.
  - d. Sesak napas.
  - e. Pingsan
2. Kegawatdaruratan pada kehamilan, persalinan dan nifas dengan penyulit obstetri
  - a. Hiperemesis gravidarum (HEG).
  - b. Mola Hidatidosa
  - c. Kehamilan ektopik terganggu (KET).
  - d. Perdarahan antepartum.
  - e. Persalinan preterm.
  - f. Ketuban pecah dini (KPD).
  - g. Persalinan lama (kelainan His, CPD, makrosomia).
  - h. Kelainan letak dan malpresentasi dalam persalinan.
  - i. Distosia bahu.
  - j. Prolaps tali pusat.
  - k. Infeksi nifas.
3. kegawatdaruratan tersering pada kehamilan, persalinan, dan nifas
  - a. Hipertensi dalam kehamilan, preeklampsia dan eklampsia.

- b. Perdarahan pascapersalinan
- 4. Kasus kegawatan tersering pada BBL
  - a. Kegawatan trauma lahir (cedera).
  - b. Kegawatan BBL dengan penampakan klinis (biru, pucat, kuning).
  - c. Kegawatan saluran napas pada BBL.
  - d. Kegawatan saluran cerna pada BBL.
  - e. Kejang pada BBL

Kegawatdaruratan pada kehamilan, persalinan dan nifas adalah kondisi medis yang mengancam jiwa yang terjadi pada kehamilan, persalinan dan nifas. Penanganan kegawatdaruratan obstetrik ada tidak hanya membutuhkan sebuah tim medis yang menangani kegawatdaruratan tetapi lebih pada membutuhkan petugas kesehatan yang terlatih untuk setiap kasus-kasus kegawatdaruratan. Kasus gawat darurat obstetri adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya.

## **6.2. Pengertian**

Keadaan darurat adalah insiden yang tiba-tiba, tidak terduga, dan seringkali berbahaya. Definisi lain dari keadaan darurat adalah situasi yang signifikan, terkadang berbahaya yang muncul tidak terduga bahkan cenderung tiba-tiba sehingga memerlukan tindakan penyelamatan nyawa dengan cepat.

Kedaruratan kebidanan atau yang melibatkan kondisi medis yang mengancam jiwa selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas disebut sebagai kedaruratan ibu. Dibutuhkan petugas gawat darurat yang terlatih untuk setiap situasi

darurat agar dapat menangani kegawatdaruratan kebidanan ini bukan hanya tim medis. Kasus kegawatdaruratan kebidanan adalah keadaan kebidanan dimana ibu dan janin akan meninggal dunia jika tidak segera ditangani. Ibu dan bayi baru lahir paling sering meninggal karena kondisi ini.

Untuk menilai dan merawat bayi yang sakit kritis (berusia di bawah 28 hari) berupa kegawatdaruratan neonatal dengan benar, dibutuhkan keahlian dalam mengidentifikasi perubahan psikologis serta kelainan patologis yang berpotensi fatal yang dapat berkembang kapan saja. Pasien yang membutuhkan bantuan segera dan efektif untuk menghindari kematian atau cacat permanen dikenal sebagai penderita atau pasien darurat. waktu reaksi penolong menjadi ukuran seberapa baik bantuan diterima. Definisi tambahan dari pasien darurat adalah seseorang yang dapat segera meninggal dunia atau menjadi tidak berdaya sehingga memerlukan perawatan diagnostik dan terapeutik yang mendesak jika tidak segera di tolong. Karena keterbatasan waktu respon, tindakan pertolongan harus dilakukan dengan memperhatikan urutan ABC, yaitu:

A (*Air Way*): yaitu membuka jalan napas dan memastikan pernapasan tidak terkendala.

B (*Breathing*): khusus, memastikan ventilasi cairan

C (Sirkulasi): yaitu, mengawasi aliran darah.

### **6.3 Kegawat Daruratan Maternal**

Risiko kedaruratan ibu meningkat selama kehamilan dan persalinan. Untuk mempersiapkan hal tersebut, pemerintah menetapkan standar minimal pertolongan persalinan berdasarkan PMK No. 21 tahun tentang pelayanan kesehatan

sebelum kehamilan, selama kehamilan, saat persalinan, dan sesudahnya, serta penyediaan pelayanan kontrasepsi dan pelayanan kesehatan. Tiga bidan dari kesehatan seksual membentuk tim pertolongan persalinan ini, dan manajemen kesehatan telah mendidik mereka sejak 2018.

Penolong persalinan harus selalu menyadari potensi masalah atau komplikasi. Lakukan pemeriksaan dan anamnesis untuk mengetahui kemungkinan terjadinya keadaan darurat dan masalah, seperti:

- a. Riwayat bedah Caesar (*Sectio Caesaria*)
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Persalinan Kurang Bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- d. Ketuban Pecah dengan Mekonium Kental
- e. Ketuban Pecah Lama (> 24 jam)
- f. Ketuban Pecah pada Persalinan Kurang Bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- g. Ikterus
- h. Anemia Berat
- i. Tanda/ gejala Infeksi
- j. Pre-eklampsia/ Hipertensi Dalam Kehamilan
- k. Tinggi Fundus Uteri 40 cm atau lebih
- l. Gawat Janin
- m. Primipara dalam Fase Aktif Kala Satu Persalinan dengan palpasi kepala masih 5/5
- n. Presentasi bukan belakang kepala
- o. Presentasi Majemuk
- p. Kehamilan Gemeli
- q. Tali pusat menumbung

- r. Syok
- s. Penyakit penyakit yang menyertai
- t. Tinggi badan < 140 cm

Kartu skor Prayati dapat digunakan oleh bidan untuk lebih mudah mengidentifikasi variabel risiko tinggi selama kehamilan dan melakukan tugas-tugas tersebut di atas.

Jika salah satu hasil anamnesis dan pemeriksaan risiko kegawatdaruratan menjawab “ya” maka ibu harus mendapatkan pertolongan fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Bidan harus mampu mengenali berbagai komplikasi pada ibu bersalin, sehingga diperlukan penanganan ibu di fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

## **6.4 Kegawat Daruratan Neonatus**

Situasi darurat yang melibatkan bayi baru lahir terkait langsung dengan kesehatan ibu selama kehamilan dan persalinan, diasumsikan bahwa tim yang membantu persalinan cukup terampil untuk menangani krisis BBL, termasuk resusitasi. Tim resusitasi harus paham dan dapat mengenali faktor risiko ibu dan BBL sebelum maupun pada saat persalinan (intrapartum). Berikut ini adalah tanda bahaya ibu hamil, BBL sebelum dan saat persalinan itu sendiri. Faktor risiko pada ibu sebelum persalinan antara lain:

- a. Ketuban pecah dini  $\geq 18$  jam.
- b. Perdarahan pada trimester 2 dan 3.
- c. Hipertensi dalam kehamilan.
- d. Hipertensi kronik.
- e. Penyalahgunaan obat.

- f. Konsumsi obat (seperti litium, magnesium, penghambat adrenergik dan narkotika).
- g. Diabetes mellitus.
- h. Penyakit kronik (anemia, penyakit jantung bawaan sianotik).
- i. Demam.
- j. Infeksi
- k. Korioamnionitis.
- l. Kematian janin sebelumnya.
- m. Tidak pernah melakukan pemeriksaan antenatal.

Faktor risiko janin sebelum persalinan antara lain:

- a. Kehamilan multiple (ganda, triplet).
- b. Prematur (terutama pada usia kehamilan 41 minggu).
- c. Besar masa kehamilan (*large for gestational age*).
- d. Pertumbuhan janin terhambat.
- e. Penyakit hemolitik automune (misalnya anti-D, antiKell, terutama jika terdapat
- f. anemia/hidrops fetalis.
- g. Polihidramnion dan oligohidramnion.
- h. Gerakan janin berkurang sebelum persalinan.
- i. Kelainan kongenital yang mempengaruhi pernapasan, fungsi kardiovaskular, ataupun proses transisi lainnya.
- j. Infeksi intrauteri.
- k. Hidrops fetalis.
- l. Presentasi bokong.
- m. Distosia bahu

Faktor risiko ibu pada waktu persalinan (intrapartum) antara lain:

- a. Pola denyut jantung yang meragukan pada kardiotokografi.
- b. Presentasi abnormal.
- c. Prolaps tali pusat.
- d. Persalinan/kala 2 memanjang.
- e. Persalinan yang sangat cepat.
- f. Perdarahan antepartum (misal solusio plasenta, plasenta previa, vasa previa)
- g. Ketuban bercampur meconium.
- h. Pemberian obat narkotika untuk mengurangi rasa nyeri ibu dalam 4 jam proses
- i. persalinan.
- j. Kelahiran dengan forseps.
- k. Kelahiran dengan vakum.
- l. Penerapan anestesi umum pada ibu.
- m. Seksio sesaria emergensi.

Sangat penting untuk menjalin kontak dengan ibu dan keluarga untuk mempelajari tentang faktor risiko bagi ibu dan bayi baru lahir. Namun, beberapa neonatus mungkin mengalami sesak napas tanpa adanya faktor risiko. Pada setiap persalinan, setiap penolong perlu dilengkapi untuk memberikan resusitasi.

## 6.5 Tata Laksana Kegawatdaruratan Dasar pada Kehamilan, Persalinan dan Nifas

Mengenali dan menangani keadaan darurat merupakan tujuan dari perawatan darurat dasar selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Saat ibu datang, asesmen darurat awal untuk ibu bersalin, nifas dan ibu hamil segera dilakukan (*quick check*). Jika ditemukan tanda-tanda bahaya yang mengancam jiwa, maka tim respon awal harus segera dimobilisasi untuk melakukan langkah-langkah stabilisasi sambil mempersiapkan kemungkinan rujukan ke rumah sakit.

| Tanda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Klasifikasi          | Penanganan                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Jika ibu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak sadar (tidak menjawab panggilan)</li> <li>• Kejang</li> <li>• Perdarahan</li> <li>• Nyeri perut hebat atau tampak sakit berat</li> <li>• Nyeri kepala hebat dan pandangan kabur</li> <li>• Kesulitan bernapas</li> <li>• Demam</li> <li>• Muntah berlebihan</li> </ul> | <b>EMERGENSI IBU</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segera tangani</li> <li>• Teriak minta tolong</li> <li>• Menenangkan ibu dan keluarga</li> <li>• Meminta pendamping untuk tetap mendampingi ibu</li> </ul> |
| <p>Jika ibu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akan bersalin segera</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                              | <b>PERSALINAN</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pindahkan ke kamar bersalin</li> </ul>                                                                                                                     |

Segera melakukan penilaian terhadap kondisi umum ibu penilaian tersebut harus dilakukan meliputi:

1. Keluhan utama dan riwayat singkat yang relevan.
2. Segera peroleh data tanda vital secara lengkap dan akurat.
3. Pemeriksaan inspeksi, palpasi, dan auskultasi secara cepat dan efektif.
4. Temukan penyebab gawat-darurat atau ancaman keselamatan jiwa
5. Lakukan tindakan segera untuk stabilisasi/kolaborasi
6. Lakukan Rujukan

Seseorang yang kompeten harus segera melakukan penilaian terhadap kondisi umum ibu segera setelah ibu tiba di fasilitas kesehatan, dan secara berkala melakukan penilaian ulang. Penilaian tersebut harus dilakukan secara simultan yang meliputi:

- 1) Keluhan utama dan riwayat singkat yang relevan.
- 2) Segera peroleh data tanda vital secara lengkap dan akurat.
- 3) Pemeriksaan inspeksi, visualisasi, dan auskultasi secara cepat dan efektif.
- 4) Mulai dari kondisi yang paling serius dan terkait dengan tampilan pasien saat datang.
- 5) Gunakan alur yang logis untuk eliminasi determinan dekat.
- 6) Temukan penyebab gawat-darurat atau ancaman keselamatan jiwa pasien, tidak hanya mencari diagnosis definitif.

Penatalaksanaan awal ketika menemukan kondisi kegawatdaruratan adalah :

- 1) Stabilisasi penderita
- 2) Pemberian oksigen
- 3) Infus dan terapi cairan
- 4) Transfusi darah
- 5) Pemberian medikamentosa (antibiotika, sedatif, anestesi, analgetika dan serum anti tetanus)
- 6) Upaya rujukan lanjutan (bila perlu)

Perlu di ingat bahwa kondisi kegawatdaruratan pada ibu dan bayi baru lahir memiliki 3 (tiga) kemungkinan yaitu:

- 1) Ibu mengalami komplikasi dan bayi yang normal
- 2) Ibu dengan kondisi normal dan bayi yang mengalami komplikasi
- 3) Ibu dan bayi baru lahir mengalami komplikasi

Setiap persalinan harus dianggap sebagai berisiko tinggi, sehingga penolong persalinan hendaknya dalam bentuk tim yang mampu melakukan penanganan pada ibu dan bayi baru lahir terutama pada kasus-kasus yang telah diketahui berisiko/komplikasi. Informasi terkait kondisi ibu dan janin perlu dilakukan oleh setiap penolong persalinan. Untuk melakukan Tata laksana kegawatdaruratan padakehamilan, persalinan dan nifas secara tim sesuai kewenangannya

Pada proses persalinan sampai dengan beberapa saat setelah bayi lahir merupakan saat yang sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikro organisme. Tenaga kesehatan perlu

memperhatikan pencegahan penularan penyakit dari atau ke pasien di fasilitas Kesehatan. Sebelum menangani ibu dan bayi baru lahir, penolong persalinan mengambil tindakan pencegahan untuk menghindari penyebaran infeksi. Persiapan diri, penyiapan alat, dan penyiapan lingkungan semuanya harus dilakukan. Ini termasuk alat perawatan, kain/linen, bahan habis pakai, dan tisu.

Keadaan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir seringkali merupakan sebuah kondisi yang tidak terduga. Kasus obstetri yang sangat dinamis menuntut kesiapan terhadap kondisi gawat darurat yang cepat dan tepat. Respon awal terhadap kondisi gawat darurat sangat menentukan keberhasilan dari penanganan kasus secara keseluruhan.

Solusi untuk memperbaiki respon awal terhadap kegawatdaruratan bukanlah teknologi melainkan serangkaian strategi untuk meyakinkan ketersediaan dari:

- 1) Perlengkapan, obat-obatan dan peralatan esensial dalam suatu wadah yang dapat dimobilisasi dengan cepat (troli emergensi).
- 2) Petugas kesehatan yang terampil dan jelas tanggung jawabnya dalam penanganan kasus gawat darurat (tim respon awal penanganan kegawatdaruratan/emergensi).
- 3) Sistem yang jelas dalam merespon kegawatdaruratan termasuk ketersediaan SPO dan daftar tilik sebagai alat bantu.
- 4) Sistem pembiayaan yang tidak menghambat penanganan kegawatdaruratan.

- 5) Transportasi yang memadai untuk merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif

Merencanakan ke depan, sesuai aturan, dan terus menerus memeriksa ibu atau pelanggan adalah cara terbaik untuk menghindari keadaan darurat. Kesehatan ibu dan kesehatan BBL saling terkait erat, sehingga jika selama kehamilan ibu dalam keadaan sehat maka BBL berpotensi memiliki kesehatan yang baik pula. Kesehatan ibu dan BBL yang buruk sebagian besar dipengaruhi oleh kemiskinan, rendahnya tingkat pendidikan, posisi sosial perempuan, dan sistem kesehatan yang tidak memadai. Di sisi lain, sulit untuk segera mengubah faktor-faktor ini. Oleh karena itu, selain inisiatif jangka panjang, diperlukan upaya nasional untuk mempercepat pembangunan kesehatan bayi baru lahir dalam jangka pendek dan menengah

## DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Kesehatan keluarga. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan. 2017. Modul Pelatihan Penanganan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Bagi Dokter Umum, Bidan Dan Perawatdi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
- Direktorat Kesehatan keluarga. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan. 2020. Modul Pelatihan blandeed Learning Bagi Bidan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
- Ditjen BUK, Kemenkes. 2012. Buku Pedoman Sistem Rujukan Nasional
- Ditjen BUK, Kemenkes. 2012. Buku Pedoman RS PONEK
- Ditjen BUK, Kemenkes. 2012. Buku Pedoman Puskesmas PONED
- Ikatan Bidan Indonesia. 2021. Modul Midwifery Update
- JNPK-KR. 2019. Pedoman Pelatihan PONEK.
- Kementerian Kesehatan 2018, Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.
- Kementerian Kesehatan. 2020. Buku Kesehatan Ibu dan Anak
- Kementerian Kesehatan. 2014. Modul Pemantauan Pertumbuhan.
- Kemenkes. 2007. Buku Pedoman Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal.
- Natoatmodjo Soekidjo. 2007. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni, Jakarta : Rineka Cipta.
- WHO-Kemenkes. 2013. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan.

# **BAB 7**

## **KOMUNIKASI PEREMPUAN DENGAN DISABILITAS**

**Oleh Niken Bayu Argaheni**

### **7.1 Pendahuluan**

Perempuan dengan disabilitas menghadapi risiko yang lebih tinggi menjadi korban dari kekerasan dan pelecehan. Sifat pelecehan terhadap perempuan penyandang disabilitas juga berbeda dari pelecehan yang dilakukan terhadap perempuan tanpa disabilitas, kekerasan cenderung lebih parah dan durasi yang lebih lama. Biasanya, pelaku bukan orang asing — mereka yang dikenal dan dipercaya orang-orang di kehidupan korban. Semua faktor ini meningkatkan efek dari trauma. Dalam lingkup disabilitas, tidak pernah terdengar dan terlihat di masyarakat. Pelaku melihat wanita dengan disabilitas pada hal komunikasi seperti tak berdaya, tidak mampu untuk meminta bantuan dan tidak mampu melawan lagi. Komunikasi mereka juga membuatnya sangat sulit bagi mereka untuk memberitahu siapa pun. Ada juga persepsi bahwa mereka tidak mampu untuk bersaksi di pengadilan. Pelaku mengenali dan memanfaatkan kerentanan ini dan memiliki sedikit atau tidak ada rasa takut atas konsekuensi dari tindakan mereka. Peningkatan risiko kekerasan dan pelecehan seksual hanya

salah satu aspek antara banyak yang mencegah perempuan dan anak perempuan dengan disabilitas menikmati berbagai macam hak asasi manusia atas dasar kesetaraan dengan orang lain. (Bornman, 2019; Mijatović, 2022).

Perserikatan bangsa-Bangsa' Konvensi hak-Hak penyandang Disabilitas mengakui pentingnya komunikasi sebagai hak dasar manusia. Tidak hanya komunikasi hak asasi manusia, hal ini juga merupakan kebutuhan manusia yang sangat penting, di mana pendapat, pikiran, emosi dan ide-ide bersama. Komunikasi sangat penting untuk memastikan perlindungan dan partisipasi seseorang dalam semua lingkaran kehidupan. Komunikasi augmentatif dan alternatif (AAC) antara lain, menggunakan gambar dan simbol-simbol grafis yang ditampilkan pada papan komunikasi atau dalam buku-buku, manual tanda-tanda (seperti yang digunakan dalam bahasa isyarat), dan tablet dan komputer dengan AAC perangkat lunak, maupun perangkat elektronik dengan keluaran suara, mirip dengan perangkat yang Stephen Hawking. Pusat Augmentatif dan Alternatif Komunikasi di University of Pretoria memulai proyek-proyek untuk membantu polisi dalam mengambil pernyataan dari wanita dengan disabilitas komunikasi. Demikian pula, hakim dan jaksa juga dilatih mengenai AAC untuk memungkinkan wanita dengan disabilitas komunikasi untuk berpartisipasi dalam proses hukum. (Bornman, 2019; Department of Global Communications, 2021; Lassner & Sciences, 2021; National League for Nursing, 2022).

## **7.2 Rekomendasi umum untuk Berkomunikasi dengan Semua Orang dengan Disabilitas**

- 1) Berbicara dengan orang-orang penyandang disabilitas dalam cara yang sama dan dengan nada suara normal (tidak berteriak) seperti yang anda akan berbicara dengan orang lain.
- 2) Menghindari sadar diri tentang penggunaan kata-kata seperti "Apakah anda melihat apa yang saya maksud?" ketika berbicara dengan seseorang dengan gangguan penglihatan.
- 3) Berbicara dengan orang-orang dengan disabilitas sebagai orang dewasa dan berbicara dengan mereka secara langsung bukan untuk orang yang menyertainya.
- 4) Meminta orang dengan disabilitas jika bantuan yang diperlukan; jangan menganggap bahwa bantuan yang diperlukan sampai anda bertanya.
- 5) Menggunakan "orang-bahasa pertama": merujuk kepada "orang dengan disabilitas" daripada "orang disabilitas" atau "disabilitas".
- 6) Ketika berkomunikasi dengan orang dengan disabilitas, hal ini penting untuk mengambil langkah-langkah untuk memastikan bahwa komunikasi yang efektif adalah strategi yang digunakan. Ini termasuk duduk atau berdiri di tingkat mata dengan pasien dan membuat sesuai kontak mata.

### **7.3 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan Keterbatasan Mobilitas**

- 1) Perlu diingat bahwa ruang pribadi seseorang dengan disabilitas termasuk seseorang kursi roda, skuter, kruk, walker, tongkat, atau lainnya bantuan mobilitas.
- 2) Jangan mendorong atau menggerakkan seseorang kursi roda atau ambil seseorang arm untuk memberikan bantuan tanpa bertanya terlebih dahulu.
- 3) Ketika berbicara dengan orang yang duduk di kursi roda atau skuter, duduk sehingga anda dan orang yang berada di tingkat mata.
- 4) Saat memberikan petunjuk kepada orang-orang dengan keterbatasan mobilitas, mempertimbangkan jarak, kondisi cuaca, dan hambatan fisik seperti tangga, trotoar, dan bukit-bukit curam.
- 5) Berjabat tangan ketika diperkenalkan untuk orang dengan disabilitas. Orang-orang yang memiliki keterbatasan dalam menggunakan tangan atau yang memakai anggota badan buatan yang tidak berjabat tangan.

### **7.4 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan Kehilangan Penglihatan**

- 1) Mengidentifikasi diri anda ketika anda mendekati orang yang memiliki keterbatasan penglihatan atau kebutaan. Memperkenalkan siapa saja dengan anda untuk seseorang dengan kehilangan penglihatan.
- 2) Jika seseorang menggunakan kacamata, memastikan bahwa kacamata tersedia untuk mereka.

- 3) Menyentuh seseorang pada lengan secara ringan ringan ketika anda berbicara sehingga ia atau dia tahu kepada siapa anda berbicara sebelum anda mulai.
- 4) Wajah orang itu dan berbicara langsung kepadanya. Gunakan nada suara normal (hindari berteriak).
- 5) Menjelaskan ketika anda meninggalkan lingkungan.
- 6) Ketika menawarkan arah, sama seperti yang spesifik, yaitu, "Kiri sekitar 10 meter" atau "Tepat dua meter." Menggunakan jam isyarat, jika seseorang terbiasa untuk menggunakan pendekatan ini: "pintu ini pukul 10."
- 7) Ketika anda menawarkan untuk membantu seseorang dengan kehilangan penglihatan, memungkinkan orang untuk mengambil lengan anda. Ketika bantuan orang ke kursi, menempatkan tangannya di punggung atau lengan kursi.
- 8) Pernah hewan peliharaan atau mengalihkan perhatian anjing atau hewan kecuali pemilik telah memberikan izin untuk melakukannya.

## **7.5 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan gangguan Pendengaran**

- 1) Meminta orang yang tuli, yang tuli atau tuli-butu bagaimana dia lebih memilih untuk berkomunikasi dan menghilangkan atau meminimalkan kebisingan latar belakang dan gangguan.
- 2) Jika seseorang menggunakan suatu alat bantu alat bantu dengar (hearing aid), memastikan bahwa itu adalah mudah tersedia bagi orang-orang dan dalam rangka kerja dan bahwa dia atau dia menggunakan itu.

- 3) Jika anda berbicara melalui penerjemah bahasa isyarat, berhenti sesekali untuk memungkinkan penerjemah waktu untuk menerjemahkan benar dan akurat.
- 4) Berbicara langsung kepada orang yang dibantu oleh tanda penerjemah, tidak kepada penerjemah, bahkan jika orang tersebut melihat interpreter dan tidak membuat kontak mata dengan anda.
- 5) Sebelum anda mulai berbicara, mendapatkan perhatian dari orang yang anda tuju. Visual (wave) atau taktil sinyal (sentuhan ringan) dapat digunakan untuk mendapatkan perhatian seseorang.
- 6) Berbicara tanpa melebih-lebihkan kata-kata anda. Jangan menaikkan suara anda, kecuali anda secara khusus diminta untuk melakukannya. Berbicara dalam nada normal tanpa berteriak.
- 7) Mempertahankan kontak mata. Tidak berpaling atau berjalan-jalan sambil berbicara.
- 8) Menganggap bahwa tulisan bahasa inggris mungkin tidak menjadi bahasa utama untuk beberapa orang dengan disabilitas dan membuat akomodasi yang tepat dalam berkomunikasi dengan mereka.
- 9) Mengantisipasi bahwa hanya 30% dari membaca bibir (speech reading) akan dipahami karena tingkat kesulitan; bersiaplah untuk mengulang informasi atau pertanyaan.
- 10) Meminta orang untuk umpan balik atau untuk mengulang apa yang anda katakan untuk menilai pemahaman.

- 11) Jika anda tidak memahami sesuatu yang dikatakan, meminta orang tersebut untuk mengulangi atau untuk menuliskannya. Jangan berpura-pura untuk memahami jika anda tidak.

## **7.6 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan Kesulitan Berbicara**

- 1) Berbicara dengan orang-orang dengan disabilitas seperti yang anda akan berbicara dengan orang lain; menggunakan nada suara reguler tanpa berteriak.
- 2) Bersabarlah karena mungkin mengambil orang tambahan waktu untuk berkomunikasi. Tidak berbicara untuk orang atau menyelesaikan seseorang kalimat.
- 3) Memberikan perhatian penuh anda dan menghilangkan kebisingan latar belakang dan gangguan.
- 4) Jika seseorang menggunakan sebuah perangkat komunikasi, seperti manual atau elektronik papan komunikasi, menanyakan seseorang cara terbaik untuk menggunakannya.
- 5) Jangan berpura-pura untuk memahami jika anda tidak. Memberitahu orang yang anda tidak mengerti apa yang dia katakan dan meminta orang tersebut untuk mengulangi pesan, mantra itu, katakan itu dengan cara yang berbeda, atau menuliskannya. Menggunakan gerakan tangan dan catatan.
- 6) Ulangi apa yang anda pahami dan perhatikan orang ini reaksi, yang dapat menunjukkan jika anda telah memahami dengan benar.

- 7) Mengembangkan komunikasi tertentu strategi yang konsisten dengan orang yang kemampuan: anggukan kepala atau berkedip untuk menunjukkan persetujuan atau ketidaksetujuan dengan apa yang telah anda minta atau kata.
- 8) Untuk memperoleh informasi yang cepat, jangan meminta pertanyaan pendek yang memerlukan jawaban singkat atau mengangguk kepala. Hindari menghina kecerdasan seseorang dengan penyederhanaan pertanyaan.

## **7.7 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan Intelektual, Kognitif atau Disabilitas Perkembangan**

- 1) Mengobati orang dewasa dengan intelektual, kognitif atau disabilitas perkembangan seperti orang dewasa.
- 2) Menyesuaikan metode komunikasi yang diperlukan tergantung pada individu tanggapan untuk anda. Menggunakan sederhana, langsung kalimat atau tambahan dalam bentuk visual komunikasi, seperti gestur, diagram, atau demonstrasi, jika diindikasikan.
- 3) Menggunakan beton, bahasa tertentu. Menghindari abstrak bahasa dan kata-kata sederhana. Bila mungkin, gunakan kata-kata yang berhubungan dengan hal-hal yang anda berdua dapat melihat. Hindari menggunakan directional istilah-istilah seperti kanan, kiri, timur, atau barat.
- 4) Bersiaplah untuk mengulang informasi yang sama lebih dari sekali dalam cara yang berbeda.

- 5) Ketika mengajukan pertanyaan, ungkapan mereka tanpa menunjukkan diinginkan atau disukai tanggapan beberapa orang dengan intelektual, kognitif atau disabilitas perkembangan yang dapat memberitahu anda apa yang mereka pikirkan anda ingin mendengar.
- 6) Memberikan instruksi yang tepat. Misalnya, "Anda akan melihat perawat pada 10:30," daripada "Datang kembali untuk melihat perawat dalam 15 menit."
- 7) Hindari memberikan terlalu banyak arah pada satu waktu, yang mungkin membingungkan. Menghilangkan gangguan dan meminimalkan kebisingan latar belakang jika memungkinkan.
- 8) Menghindari kelebihan indrawi dengan memberikan informasi secara bertahap dan jelas.
- 9) Memberikan informasi secara tertulis atau lisan bentuk jika itu adalah preferensi seseorang.
- 10) Mengenali bahwa seseorang mungkin harus memiliki arah yang berulang-ulang dan dapat membuat catatan untuk membantu mengingat arah atau urutan tugas-tugas. Ia juga dapat mengambil manfaat dari menonton sebuah tugas yang ditunjukkan.
- 11) Jangan berpura-pura untuk memahami jika anda tidak. Meminta orang tersebut untuk mengulangi apa yang dikatakan. Bersabar, fleksibel, dan mendukung.
- 12) Jangan berasumsi bahwa orang akan dapat membaca dengan baik, beberapa mungkin tidak membaca sama sekali.

## **7.8 Rekomendasi untuk Berkomunikasi dengan Pasien dengan Kesehatan jiwa/Mental**

- 1) Pendekatan orang dengan disabilitas seperti anda pendekatan dengan orang lain; bicara langsung dengan orang, menggunakan bahasa yang jelas, komunikasi sederhana.
- 2) Mengobati orang-orang yang sudah dewasa seperti orang dewasa. Tidak menggurui, merendahkan, atau mengancam ketika berkomunikasi dengan orang tersebut.
- 3) Jangan membuat keputusan untuk orang atau berasumsi bahwa anda tahu seseorang preferensi.
- 4) Menawarkan untuk berjabat tangan ketika diperkenalkan. Sama-sama menggunakan tata krama yang baik dalam berinteraksi dengan orang yang memiliki kesehatan jiwa/mental disabilitas yang anda lakukan dengan orang lain.
- 5) Membuat kontak mata, dan menyadari bahasa tubuh anda sendiri. Seperti orang lain, orang-orang dengan kesehatan jiwa/mental disabilitas akan merasakan ketidaknyamanan anda.
- 6) Mendengarkan dengan penuh perhatian, dan menunggu seseorang untuk menyelesaikan berbicara. Jika diperlukan, menjelaskan apa yang telah dikatakan orang tersebut.
- 7) Jangan berpura-pura untuk memahami jika anda tidak. Meminta orang tersebut untuk mengulangi apa yang dikatakan. Bersabar, fleksibel, dan mendukung.

- 8) Mengenali bahwa seseorang dengan kesehatan jiwa/mental disabilitas seringkali memiliki keinginan yang sama, kebutuhan, impian, dan keinginan seperti orang lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bornman, J. 2019. Listen to the voices of women with disabilities - The Mail & Guardian. Retrieved 20 November 2022, from <https://mg.co.za/article/2019-08-25-00-listen-to-the-voices-of-women-with-disabilities/>
- Department of Global Communications. 2021. *Disability-Inclusive Communications Guidelines*. 46. Retrieved from [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_disability-inclusive\\_communication\\_guidelines.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_disability-inclusive_communication_guidelines.pdf)
- Lassner, K. J., & Sciences, M. 2021. *Disability Communications Tips*.
- Mijatović, D. 2022. Addressing the invisibility of women and girls with disabilities - Human Rights Comments - Commissioner for Human Rights. Retrieved 20 November 2022, from <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/addressing-the-invisibility-of-women-and-girls-with-disabilities>
- National League for Nursing. 2022. Communicating with People with Disabilities. Retrieved 20 November 2022, from <https://www.nln.org/education/teaching-resources/professional-development-programsteaching-resourcesace-all/ace-d/additional-resources/communicating-with-people-with-disabilities-e030c45c-7836-6c70-9642-ff00005f0421>

# **BAB 8**

## **ALUR RUJUKAN DAN RENCANA ASUHAN PADA KASUS KOMPLEKS**

**Oleh Faridah Hariyani**

### **8.1 Pendahuluan**

Salah satu indikator utama keberhasilan kesehatan di suatu negara adalah Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Tingginya AKI dan AKB di Indonesia berkaitan dengan kondisi ekonomi, geografis, perilaku, budaya masyarakat, terlambat mengenali tanda bahaya kehamilan, terlambat mengambil keputusan, terlambat dirujuk ke fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapat pelayanan yang adekuat di tempat rujukan, serta penyebab langsung yang berkaitan dengan kondisi kesehatan ibu sejak kehamilan, persalinan, dan nifas (Permenkes RI, 2014)

Dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi diperlukan sistem rujukan yang efektif terutama untuk kasus dengan komplikasi. Salah satu aspek fundamental dalam pelayanan kesehatan primer adalah adanya hubungan yang erat dengan level di atasnya, tercermin sebagai suatu sistem rujukan yang efektif. Sistem rujukan adalah sistem pelayanan kesehatan yang melakukan pelimpahan tanggungjawab timbal balik atas masalah kesehatan pada unit yang lebih mampu menangani, atau antar unit yang setingkat.

Keadaan gawat darurat pada kehamilan dan persalinan yang merupakan penyebab utama terjadinya kesakitan dan kematian ibu diperlukan tindakan segera untuk menanganinya (Laili et al., 2017)

Rujukan ibu hamil dan neonatus yang berisiko tinggi merupakan komponen yang penting dalam sistem pelayanan kesehatan maternal, dengan memahami sistem dan cara rujukan yang baik tenaga kesehatan diharapkan dapat memperbaiki kualitas pelayanan. Sistem rujukan pelayanan kegawatdaruratan maternal harus mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif, dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan (Permenkes RI, 2014)

## **8.2 Sistem Rujukan**

Salah satu aspek penting dari fasilitas kesehatan adalah sistem rujukan, terutama dalam kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatus. Menurut WHO rujukan dapat didefinisikan sebagai proses di mana petugas kesehatan pada satu tingkat sistem perawatan kesehatan, memiliki sumber daya yang tidak mencukupi (obat-obatan, peralatan, keterampilan) untuk mengelola suatu kondisi klinis, mencari bantuan dari fasilitas dengan sumber daya yang lebih baik atau berbeda pada tingkat yang sama atau lebih tinggi untuk membantu, atau mengambil alih pengelolaan kasus klien. Sistem rujukan terdiri dari empat komponen utama fasilitas awal, fasilitas penerima, sistem kesehatan, serta pengawasan dan peningkatan kapasitas (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

Sistem rujukan menurut WHO terdiri dari fasilitas inisiasi, fasilitas penerima, supervisi dan peningkatan kapasitas, dan masalah sistem kesehatan. Fasilitas yang memulai proses rujukan disebut fasilitas inisiasi, sedangkan fasilitas yang menerima kasus yang dirujuk disebut fasilitas penerima. Supervisi dan peningkatan kapasitas dapat dilakukan oleh manajer fasilitas dan supervisor di semua tingkatan, untuk memantau efektivitas dan efisiensi semua rujukan yang dibuat di fasilitas atau area mereka (Izzaty et al., 1967)

Saat pasien datang, fasilitas awal menyediakan perawatan yang sesuai dan menstabilkan kondisi pasien berdasarkan protokol perawatan. Jika diperlukan rujukan, fasilitas yang akan merujuk akan menyediakan formulir rujukan, berkomunikasi dengan fasilitas penerima untuk membuat pengaturan rujukan, dan memberikan informasi kepada pasien atau keluarganya tentang rujukan. Fasilitas penerima mengantisipasi kedatangan dan menerima pasien dengan formulir rujukan mereka, kemudian fasilitas penerima memberikan perawatan dan tindak lanjut untuk pasien, dan mengirimkan kembali formulir rujukan dan umpan balik ke fasilitas awal tentang kesesuaian rujukan. Setiap fasilitas juga membutuhkan daftar rujukan untuk melacak dan memantau semua rujukan yang dibuat dan diterima (Kusumawati, 2016)

Semua tingkatan sistem kesehatan harus berfungsi dengan baik, termasuk sistem perawatan kesehatan primer. Peran, tanggung jawab, dan batasan harus jelas, memiliki protokol perawatan yang tersedia untuk kondisi tingkat layanan tersebut, dan memiliki alat komunikasi dan

transportasi yang sesuai. Manajer fasilitas dan supervisor di semua tingkatan harus memantau semua rujukan yang dibuat dari fasilitas di daerah mereka setiap bulan untuk mengidentifikasi apa yang diperlukan seperti memberikan pelatihan klinis atau memperkuat bagian tertentu dari sistem rujukan atau prosedurnya.

Ada beberapa standar yang perlu dibuat untuk memastikan keberhasilan rujukan, terutama dalam kasus rujukan darurat. Rujukan ke tingkat perawatan yang lebih tinggi harus sejalan dengan SPO, dan mencakup keadaan darurat, termasuk keadaan darurat obstetrik, dan mungkin termasuk kasus elektif. Pengaturan rujukan harus dibuat dengan rumah sakit rujukan nasional kabupaten atau regional yang menawarkan perawatan kebidanan dan bedah komprehensif, dan layanan ambulans harus tersedia 24 jam setiap hari (Kemenkes RI, 2013)

Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal baik baik secara vertikal maupun horizontal (Permenkes RI, 2012)

### **8.3 Rujukan Maternal dan Neonatal**

Rujukan maternal dan neonatal adalah sistem rujukan yang dikelola secara strategis, proaktif, pragmatis dan koordinatif untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat yang membutuhkannya terutama ibu dan bayi baru lahir, dimanapun mereka berada dan berasal dari

golongan ekonomi manapun, agar dapat dicapai peningkatan derajat kesehatan ibu hamil dan bayi melalui peningkatan mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan internal dan neonatal di wilayah mereka berada (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

Sistem rujukan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan Neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan. Setiap kasus dengan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal yang datang ke puskesmas PONEC harus langsung dikelola sesuai dengan prosedur.

Setelah dilakukan stabilisasi kondisi pasien, kemudian ditentukan apakah pasien akan dikelola di tingkat puskesmas mampu PONEC atau dilakukan rujukan ke RS pelayanan obstetrik dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya dengan alur sebagai berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

1. Masyarakat dapat langsung memanfaatkan semua fasilitas pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal.
2. Bidan desa dan polindes dapat memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat. Selain menyelenggarakan pelayanan pertolongan persalinan normal, bidan di desa dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan

pada puskesmas, puskesmas mampu PONEK dan RS PONEK sesuai dengan tingkat pelayanan yang sesuai.

3. Puskesmas non-PONED sekurang-kurangnya harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang sendiri maupun yang dirujuk oleh kader/dukun/bidan di desa sebelum melakukan rujukan ke puskesmas mampu PONEK dan RS PONEK.
4. Puskesmas mampu PONEK memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa dan puskesmas. Puskesmas mampu PONEK dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK.
5. RS PONEK 24 jam memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan PONEK langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa dan puskesmas, puskesmas mampu PONEK.
6. Pemerintah provinsi/kabupaten melalui kebijakan sesuai dengan tingkat kewenangannya memberikan dukungan secara manajemen, administratif maupun kebijakan anggaran terhadap kelancaran PPGDON (Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatus)
7. Ketentuan tentang persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dapat dituangkan dalam bentuk peraturan daerah sehingga deteksi dini kelainan pada persalinan dapat

dilakukan lebih awal dalam upaya pencegahan komplikasi kehamilan dan persalinan.

8. Pokja/ satgas GSI merupakan bentuk nyata kerjasama lintas sektoral ditingkat propinsi dan kabupaten untuk menyampaikan pesan peningkatan kewaspadaan masyarakat terhadap komplikasi kehamilan dan persalinan serta kegawatdaruratan yang mungkin timbul. Melalui penyampaian pesan ke berbagai instansi/institusi lintas sektoral, maka dapat diharapkan adanya dukungan nyata masyarakat terhadap sistem rujukan PONEK 24 jam.
9. RS swasta, rumah bersalin, dan dokter/bidan praktek dalam sistem rujukan PONEK 24 jam, puskesmas mampu PONEK dan bidan dalam jajaran pelayanan rujukan, institusi ini diharapkan dapat dikoordinasikan dalam kegiatan pelayanan rujukan PONEK 24 jam sebagai kelengkapan pembinaan pra RS. (Kemenkes, 2012)

Model pola rujukan kegawat-daruratan medik/PONEK yang ideal adalah dengan regionalisasi pelayanan kesehatan dengan cara (Kemenkes RI, 2013)

1. Pemetaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan dalam wilayah kabupaten/kota:
  - a. Setiap Puskesmas dengan jejaring pelayanan dalam lingkup wilayah kerjanya, perlu dipetakan secara jelas dengan jalur rujukan pelayanan dasar yang memungkinkan dapat dibangun
  - b. Puskesmas non PONEK/Puskesmas mampu PONEK, bersama RS kabupaten/kota dalam satu wilayah kabupaten/kota atau dengan RS Kabupaten/kota

tetangganya, perlu dipetakan dalam membangun sistem rujukan medik spesialisistik pada tingkat kabupaten/kota.

- c. Puskesmas non PONEC di sepanjang perbatasan negara tetangga dan fasilitas rujukan medik di negara tetangga, perlu dipetakan dalam rangka membangun satu sistem rujukan medik/PONEC terdekat, bilamana dianggap perlu, didukung dengan satu kebijakan khusus, melalui hubungan antar pemerintah
  - d. Keterlibatan Provinsi dalam kondisi wilayah kabupaten mempunyai daerah-daerah sulit yang harus dilayani Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak (TPKB) Provinsi melalui *Flying Health Care* perlu dipetakan dalam sistem rujukan medik di Provinsi.
2. Pemetaan sumberdaya:
- a. Tenaga kesehatan: Medis, Keperawatan (Bidan, Perawat) dan tenaga pendukung lainnya, dengan kemampuan pelayanan dan kewenangannya
  - b. Kelengkapan peralatannya, dipetakan di setiap fasilitas pelayanan dalam peta sistem rujukan, sehingga dapat digambarkan kondisi kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dalam satu sistem rujukan medik.
3. Alur rujukan kasus obstetrik dan neonatal secara timbal balik.
- a. Dari tingkat masyarakat/UKBM:
    - 1) Masyarakat hendaknya telah terdidik dengan baik untuk mengenal tanda bahaya kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir, tahu kemana mencari pertolongan segera, tepat waktu, tepat tujuan.

- 2) Posyandu, UKBM lainnya, Kader Kesehatan, dapat membantu pasien untuk menunjukkan dan atau mengantarkannya menuju fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat serta mampu memberikan layanan sesuai kebutuhannya.
- b. Mekanisme rujukan pasien maternal dan atau neonatal, dalam kondisi bermasalah atau kegawatdaruratan medik:
  - 1) Pasien maternal/neonatal dari Keluarga, Masyarakat Umum, Polindes, Poskesdes, dengan masalah dan atau emergensi/komplikasi, dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapat layanan sesuai kebutuhan layanan.
  - 2) Pasien obstetri dan neonatal, dalam kondisi kegawatdaruratan medik obstetrik/neonatal, dapat dibawa ke semua fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menangani kasusnya, misalnya ke Puskesmas mampu PONEK dan bila dipandang perlu dapat langsung ke RS rujukan PONEK/RSSIB terdekat.
- c. Puskesmas akan mengirimkan pasiennya tepat waktu dan tepat tujuan ke:
  - 1) Puskesmas dengan fasilitas rawat inap mampu PONEK, dengan kinerja (performance) yang baik
  - 2) RS rujukan medik spesialis/PONEK, RSSIB terdekat.
- d. Pada kondisi Puskesmas yang difungsikan sebagai pusat rujukan antara tidak mampu memberi layanan rujukan medis pada kasus obstetri dan neonatal (PONEK), pasien harus secepatnya dirujuk ke RS rujukan (PONEK/RSSIB) dan secepatnya diberikan latihan ulang.

4. Pada lokasi-lokasi tertentu seperti di lokasi terpencil /sangat terpencil, merujuk pasien ke RS rujukan medik spesialistik/ PONEK terdekat hampir tidak mungkin, dan atas dasar kebutuhan pelayanan rujukan, Puskesmas dengan fasilitas rawat inap di lokasi-lokasi terpencil dan sangat terpencil di pusat gugus pulau atau pusat cluster daratan terpencil/sangat terpencil, perlu dipertimbangkan untuk ditingkatkannya kemampuannya, sebagai pusat rujukan medik spesialistik terbatas.
5. Pada kondisi kabupaten berada di daerah terpencil, atau sebagian wilayah kabupaten berada di daerah terpencil, maka:
  - a. Apabila RS Kabupaten tidak memiliki dokter spesialis (SpOG dan Sp.A), maka RS tidak dapat difungsikan sebagai pusat rujukan medik spesialistik/PONEK
  - b. Pada kondisi demikian, pasien yang membutuhkan rujukan spesialistik maternal/obstetri dan neonatal emergensi tidak dapat dilayani
  - c. Dinas Kesehatan Kabupaten melalui Pemda Kabupaten, dapat meminta bantuan Provinsi, mendukung penyelenggaraan pelayanan rujukan obstetri dan neonatal, di RS Kabupaten dan pelayanan kesehatan bagi masyarakatnya di daerah terpencil/sangat terpencil.
  - d. Provinsi harus membantu kabupaten untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan melalui kunjungan Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak (TPKB) Provinsi dalam upaya skrining kasus risiko maternal/neonatal sesuai standar yang mewajibkan ibu hamil minimal 1 kali diperiksa dokter.

- e. TPKB daerah terpencil, yang datang ke RS Kabupaten atau Puskesmas perawatan, dapat memberikan layanan rujukan medik spesialistik, dan umpan balik serta tindak lanjutnya.
6. Rujukan yang dikirim ke fasilitas pelayanan rujukan medik spesialistik/spesialistik terbatas (PONEK), harus menerima umpan balik rujukan, sehingga kebutuhan pelayanan kesehatan dapat secara tuntas dilayani

#### **8.4 Asuhan Pada Kasus Kompleks**

Penderita atau pasien gawat darurat adalah pasien yang perlu pertolongan tepat, cermat, dan cepat untuk mencegah kematian/kecacatan. Ukuran keberhasilan dari pertolongan ini adalah waktu tanggap (*respon time*) dari penolong. Penderita gawat darurat adalah penderita yang bila tidak ditolong segera akan meninggal atau menjadi cacat, sehingga diperlukan tindakan diagnosis dan penanggulangan segera (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

Istilah kegawatdaruratan adalah suatu keadaan yang serius, yang harus mendapatkan pertolongan segera. Bila terlambat atau terlantar akan berakibat buruk, baik memburuknya penyakit atau kematian. Kegawatan atau kegawatdaruratan dalam kebidanan adalah kegawatan atau kegawatdaruratan yang terjadi pada wanita hamil, melahirkan atau nifas. Kegawatdaruratan dalam kebidanan dapat terjadi secara tiba tiba, bisa disertai dengan kejang, atau dapat terjadi sebagai akibat dari komplikasi yang tidak dikelola atau dipantau dengan tepat (Yuliyanti, 2019)

Cara mencegah terjadinya kegawat daruratan adalah dengan melakukan perencanaan yang baik, mengikuti panduan yang baik dan melakukan pemantauan yang terus menerus terhadap ibu/klien (Kusumawati, 2016)

Pengkajian awal kasus kegawatdaruratan kebidanan secara cepat:

1. Jalan nafas dan pernafasan

Perhatikan adanya cyanosis, gawat nafas, lakukan pemeriksaan pada kulit: adakah pucat, suara paru: adakah weezhing, kaji kulit (dingin), nadi (cepat  $>110$  kali/menit dan lemah), tekanan darah rendah (sistolik  $< 90$  mmHg)

2. Perdarahan pervaginam

Bila ada perdarahan pervaginam, tanyakan : Apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan sekarang, bagaimana proses kelahiran plasenta, kaji kondisi vulva (jumlah darah yang keluar, placenta tertahan), uterus (adakah atonia uteri), dan kondisi kandung kemih (apakah penuh).

3. Klien tidak sadar/kejang

Tanyakan pada keluarga, apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, periksa: tekanan darah (diastolik  $>90$  mmHg), temperatur ( $> 38^{\circ}\text{C}$ )

4. Demam yang berbahaya

Tanyakan apakah ibu lemah, letargi, sering nyeri saat berkemih. Suhu badan meningkat, tingkat kesadaran menurun, kaku kuduk, pernafasan dangkal, abdomen (tegang), vulva (keluar cairan purulen), payudara bengkak.

5. Nyeri abdomen

Tanyakan Apakah ibu sedang hamil dan usia kehamilan. Periksa tekanan darah (systolic < 90 mmHg), nadi (cepat, lebih dari 110 kali/menit) temperatur (> 38°C ), uterus (status kehamilan).

6. Perhatikan tanda-tanda berikut : Keluar darah, adanya kontraksi uterus, pucat, lemah, pusing, sakit kepala, pandangan kabur, pecah ketuban, demam dan gawat nafas.

Dalam kegawatdaruratan, peran sebagai bidan antara lain (Kemenkes, 2016)

1. Melakukan pengenalan segera kondisi gawat darurat
2. Stabilisasi klien (ibu), dengan oksigen, terapi cairan, dan medikamentosa dengan :
  - a. Menjamin kelancaran jalan nafas, memperbaiki fungsi sistem respirasi dan sirkulasi
  - b. Menghentikan perdarahan
  - c. Mengganti cairan tubuh yang hilang
  - d. Mengatasi nyeri dan kegelisahan
3. Menyiapkan sarana dan prasarana di kamar bersalin, yaitu:
  - a. Menyiapkan radiant warmer/lampu pemanas untuk mencegah kehilangan panas pada bayi
  - b. Menyiapkan alat resusitasi untuk ibu dan bayi
  - c. Menyiapkan alat pelindung diri
  - d. Menyiapkan obat-obatan emergensi
4. Memiliki ketrampilan klinik, yaitu:
  - a. Mampu melakukan resusitasi pada ibu dan bayi
  - b. Memahami dan mampu melakukan metode efektif dalam pelayanan ibu dan bayi baru lahir.

## DAFTAR PUSTAKA

- Izzaty, R. E., Astuti, B., & Cholimah, N. 1967. Sistem pelayanan kesehatan dan sistem rujukan. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. (pp. 5–24).
- Kemendes. 2016. *Asuhan kebidanan kegawatdaruratan maternal neonatal*.  
<https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Kemendes RI. 2013. *Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONED*.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Angka Kematian Pada Ibu*.  
[https://indonesia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Manual\\_Rujukan\\_Maternal\\_Neonatal\\_Kab\\_Jayapura\\_BIndo\\_2015.pdf](https://indonesia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Manual_Rujukan_Maternal_Neonatal_Kab_Jayapura_BIndo_2015.pdf)
- Kusumawati, P. 2016. *Sistem Rujukan Kasus Gawat Darurat Maternal dan Neonatal*.
- Laili, F., Garna, H., Irawan, G., Husin, F., Wirakusumah, F. F., Sunjaya, D. K., & Susiarno, H. 2017. Hubungan Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri Menurut Rochjati dengan Pelaksanaan Rujukan oleh Bidan di RSUD Gambiran Kediri. *Jurnal Pendidikan Dan Pelayanan Kebidanan Indonesia*, 2(2), 7.  
<https://doi.org/10.24198/ijemc.v2i2.11>
- Permenkes RI. 2012. *Permenkes RI Nomor 001 tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*. 7(122), 1–25.
- Permenkes RI. 2014. *Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual*.  
[https://doi.org/10.1300/J064v05n01\\_12](https://doi.org/10.1300/J064v05n01_12)
- Yuliyanti, S. 2019. *Rujukan MATERNAL NEONATAL* (pp. 1–13).

# **BAB 9**

## **PERAN DAN FUNGSI BIDAN DALAM KASUS KOMPLEKS**

**Oleh Iis**

### **9.1 Peran Bidan**

Menurut Undang-Undang Tentang Kebidanan No. 4 Tahun 2019 Pasal 47 ayat 1, dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan memiliki beberapa peran, meliputi:

1. Pemberi pelayanan kebidanan,

Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan Kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan. Praktik Kebidanan merupakan kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan. Pelayanan Kebidanan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan.

- a. Tugas Mandiri

- 1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap

asuhan kebidanan yang diberikan

- 2) Memberikan pelayanan dasar pada anak remaja dan wanita dalam masa pra nikah dengan melibatkan klien
- 3) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal
- 4) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga
- 5) Memberikan asuhan kepada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga
- 6) Memberikan asuhan kepada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana
- 7) Memberikan asuhan kepada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium dan menopause
- 8) Memberikan asuhan kepada bayi, balita dengan melibatkan keluarga

b. Tugas Kolaborasi

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
- 2) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan kolaborasi
- 3) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa

persalinan dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga

- 4) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga

c. Tugas Merujuk

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga
- 2) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan kegawatdaruratan
- 3) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi

dan rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga

- 4) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu masa nifas dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga
- 5) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga
- 6) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga.

## 2. Pengelola pelayanan kebidanan,

- 1) Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/ klien
  - a. Bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya
  - b. Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian dengan masyarakat

- c. Mengelola kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB sesuai rencana
  - d. Mengkoordinir, mengawasi dan membimbing kader, dukun atau petugas kesehatan ibu dan anak serta KB
  - e. Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang ada pada program sektor terkait
  - f. Menggerakkan, mengembangkan kemampuan masyarakat dan memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi-potensi yang ada
  - g. Mempertahankan, meningkatkan mutu dan keamanan praktik professional melalui pendidikan pelatihan, magang dan kegiatan-kegiatan dalam kelompok profesi
  - h. Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang dilaksanakan.
- 2) Berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sector lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan dan tenaga kesehatan lain yang berada dibawah bimbingan dalam wilayah kerjanya
- a. Bekerjasama dengan puskesmas, institusi lain sebagai tim dalam memberikan asuhan kepada klien dalam bentuk konsultasi rujukan dan tindak lanjut

b. Membina hubungan baik dengan dukun bayi, kader kesehatan/PLKB dan masyarakat

- 3) Melaksanakan pelatihan, membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain
- 4) Memberikan asuhan kepada klien rujukan dari dukun bayi
- 5) Membina kegiatan-kegiatan yang ada dimasyarakat yang berkaitan dengan kesehatan.

### 3. Penyuluh dan konselor

- a. Bersama klien dan pihak terkait menyusun rencana penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang
- b. Menyiapkan alat serta materi penyuluhan sesuai dengan rencana yang telah disusun
- c. Melaksanakan program penyuluhan kesehatan sesuai rencana jangka pendek serta jangka panjang dengan melibatkan unsur-unsur terkait, termasuk klien
- d. Bersama klien mengevaluasi hasil pendidikan penyuluhan kesehatan masyarakat dan menggunakannya untuk memperbaiki dan meningkatkan program di masa yang akan datang
- e. Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil penyuluhan secara lengkap dan sistematis.

4. Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik,
  - 1) Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga dan kelompok masyarakat tentang penanggulangan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan pihak terkait mengenai kesehatan ibu, anak dan KB
    - a. Bersama klien mengkaji kebutuhan akan pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak dan KB
    - b. Menyiapkan alat dan bahan pendidikan kesehatan masyarakat sesuai dengan rencana jangka pendek dan jangka panjang melibatkan unsur-unsur yang terkait termasuk masyarakat
    - c. Melaksanakan program pendidikan kesehatan sesuai rencana jangka pendek serta jangka panjang dengan melibatkan unsur-unsur terkait, termasuk klien
    - d. Bersama klien mengevaluasi hasil pendidikan penyuluhan kesehatan masyarakat dan menggunakannya untuk memperbaiki dan meningkatkan program di masa yang akan datang
    - e. Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil pendidikan secara lengkap dan sistematis
  - 2) Melatih dan membimbing kader termasuk mahasiswa bidan dan keperawatan serta membina dukun di wilayah atau tempat kerjanya, mencakup :
    - a. Mengkaji kebutuhan pelatihan dan bimbingan bagi kader, dukun bayi serta peserta didik

- b. Menyusun rencana pelatihan dan bimbingan sesuai dengan hasil pengkajian
  - c. Menyiapkan alat bantu mengajar serta bahan untuk keperluan pelatihan dan bimbingan sesuai dengan rencana yang telah disusun
  - d. Melaksanakan pelatihan untuk dudun bayi dan kader sesuai rencana yang telah disusun dengan melibatkan unsur-unsur terkait
  - e. Membimbing peserta didik kebidanan dan keperawatan dalam lingkup kerjanya
  - f. Menilai hasil pelatihan dan bimbingan yang telah diberikan
  - g. Menggunakan hasil evaluasi untuk meningkatkan program bimbingan
  - h. Mendokumentasikan semua kegiatan termasuk hasil evaluasi pelatihan serta bimbingan secara sistematis dan lengkap
5. Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan

Peran dan fungsi bidan sebagai penggerak masyarakat (*community leader*) maksudnya adalah penggerak masyarakat dalam bidang kesehatan ibu dan anak melalui upaya promotive dan preventif dengan mengadakan peyuluhan-penyuluhan sewaktu posyandu, maupun informasi secara personal. Serta kerjasama lintas program dan lintas sektoral melakukan pendekatan dengan menjalin kerja sama dengan lintas sektor seperti kepala desa, kader, dokter gigi dan PLKB. Bidan dengan peran dan kewenangan yang dimiliki serta filosofi profesi

yang dimilikinya memainkan peranan kritis untuk pencapaian tujuan. Dalam ruang lingkup asuhan kebidanan, bidan memberikan asuhan kebidanan kepada perempuan sepanjang siklus kehidupan reproduksinya dan melibatkan perempuan itu sendiri serta keluarganya sesuai kebutuhan.

6. Peneliti

- a. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
- b. Menyusun rencana kerja pelatihan.
- c. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
- d. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.
- e. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.
- f. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

## **9.2 Fungsi Bidan**

1. Fungsi Pelaksana

Fungsi bidan sebagai pelaksana mencakup hal-hal sebagai berikut.

- a. Melakukan bimbingan dan penyuluhan praperkawinan.
- b. Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal dan komplikasi kehamilan.
- c. Menolong persalinan normal dan kasus persalinan patologis.

- d. Merawat bayi segera setelah lahir normal dan bayi dengan risiko tinggi.
- e. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
- f. Memelihara kesehatan ibu dalam masa menyusui.
- g. Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan prasekolah.
- h. Memberi pelayanan keluarga berencana sesuai dengan wewenangnya.
- i. Memberi bimbingan dan pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi.

## 2. Fungsi pengelola

Fungsi bidan sebagai pengelola memiliki beberapa tugas pokok yang mencakup di bawah ini.

- a. Mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok masyarakat.
- b. Menyusun rencana pelaksanaan pelayanan kebidanan.
- c. Memimpin koordinasi kegiatan pelayanan kebidanan.
- d. Melakukan kerja sama serta komunikasi inter dan antarsektor yang terkait dengan pelayanan kebidanan.
- e. Memimpin evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan.

### 3. Fungsi pendidik

Fungsi bidan sebagai pendidik terdiri dari hal-hal sebagai berikut.

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

### 4. Fungsi peneliti

Fungsi sebagai peneliti mencakup hal-hal sebagai berikut.

- a. Melakukan evaluasi, pengkajian, survei, dan penelitian yang dilakukan sendiri atau berkelompok.
- b. Melakukan penelitian kesehatan keluarga dan keluarga berencana.

## DAFTAR PUSTAKA

- Undang-Undang No. 4 Tahun 2019 tentang kebidanan  
Ardhina, 2020. Konsep Kebidanan. Cetakan Pertama, Penerbit  
HEALTY
- Rury, 2012. Konsep Kebidanan. Cetakan Pertama. GRAHA ILMU
- Hidayat, Asri. dkk. 2008. Konsep Kebidanan. Cetakan Pertama  
MITRA CENDIKIA PRESS
- Nurhayaty, dkk. 2002. Konsep kebidanan. SALEMBA MEDIKA  
*<https://helohehat.com/kehamilan/profesi-bidan/>*  
*[https://prezi.com/cos26tthqa4a/analisis-peran-dan-fungsi-  
bidan-dalam-menggerakan-kader](https://prezi.com/cos26tthqa4a/analisis-peran-dan-fungsi-bidan-dalam-menggerakan-kader)*

## **BIODATA PENULIS**



**Anisa Nanang Sulistiyowati, S.SiT.,Bd. M.Kes.**

Staf Dosen Jurusan Kebidanan  
Poltekkes Kemenkes Jayapura Prodi Nabire

Penulis lahir di Jepara tanggal 30 Agustus 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Kebidanan Nabire, Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S2 pada Prodi Magister Kesmas, Universitas Indonesia Timur Tahun 2012. Sampai sekarang penulis aktif mengajar di Prodi D III Kebidanan dan Keperawatan Nabire.

Email : [anisananangs1@gmail.com](mailto:anisananangs1@gmail.com)

## **BIODATA PENULIS**



**Christina Tien Popang, S.ST., M.Kes.**

Staf Dosen Jurusan Kebidanan  
Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Sorong tanggal 20 September 1967 Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Kebidanan Nabire, Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S2 pada Prodi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gajah Mada Yogyakarta Tahun 2008. Sampai sekarang penulis aktif mengajar di Prodi D III Kebidanan Nabire.

Email : [tien.popang@gmail.com](mailto:tien.popang@gmail.com)

## BIODATA PENULIS



### **Juliani Purba, M.M., M.Kes**

Dosen Fungsional di D3 Prodi Kebidanan Pematangsiantar  
Poltekkes Kemenkes Medan

Penulis lahir di Simpang Sigodang tanggal 8 Juli 1959. Penulis menyelesaikan D.IV Program Ahli Perawat Pendidik di USU pada tahun 1999 dan melanjutkan pendidikan Magister Manajemen peminatan Administrasi Manajemen di UMSU di tahun 2004. Pada tahun 2015, penulis menyelesaikan pendidikan kembali yaitu Magister Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi dari FKM Medistra di Deli Tua Husada.

Penulis menjadi Tenaga Pendidikan SPK Depkes P.Siantar (tahun 1983), Guru Muda di SPK Depkes P.Siantar (tahun 1986), dan menjadi Guru Madya SPK Depkes P.Siantar (tahun 1994). Sejak tahun 2001 hingga saat ini, penulis menjadi Dosen Fungsional di D3 Prodi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes Medan. Penulis merupakan anak dari pasangan R.K.Purba (ayah) dan K.Saragih (ibu) dan istri dari J.Garingging serta ibu dari 5 putri.

## **BIODATA PENULIS**



**Ika Oktaviani, SST, MKM**

Dosen Program Studi Sarjanah Kebidanan  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah  
Tangerang

Penulis lahir di Tangerang pada tanggal 19 Oktober 1986. Penulis merupakan dosen tetap di Universitas Muhammadiyah Tangerang Program Studi Sarjanah Kebidanan. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Prof DR.HAMKA, Jakarta. Penulis juga berprofesi sebagai Trainer Senam Maryam di Klinik Az-zahra Tangerang.

## **BIODATA PENULIS**



### **Bintang Petralina SST., M.Keb**

Penulis lahir di Tarutung 23 Agustus 1977. Berdomisili di JL Pratama No 30D RT 001/008 Pondok Kelapa. Penulis menyelesaikan pendidikan SPK Depkes Pematang Siantar tahun 1995 .D1 kebidanan SPK Depkes pematang Siantar tahun lulus 1996, DIII kebidanan Politeknik Kesehatan Depkes Jakarta III Cipto Mangunkusumotahun lulus 2005, Progran DIV Bidan Pendidik Universitas Padjajaran Bandung lulus tahun 2007, Magister kebidanan Universitas Padjajaran Bandung lulus tahun 2013. Penulis mempunyai riwayat organisasi sebagai team teknis PP IBI tahun 2008 sampai sekarang, sebagai anggota kolegium bidan tahun 2020 sampai saat ini. Penulis mempunyai pengalaman bekerja sebagai Bidan PTT di Samosir dari tahun 1996-2000, sebagai bidan di RS Mitra Kemayoran dari tahun 2000-2006, sebagai bidan klinik gading sejahtera dari tahun 2001-2003, sebagai bidan praktik mandiri dari tahun 2003-2008, Sebagai Dikjar Akbid KMH dari tahun 2006-2011, sebagai Kepala Lembaga Penjaminan Mutu Internal Akbid KMH dari tahun 2013-2015,

sebagai wadir I bidang akademik AKBID KMH dari tahun 2015-2017, Sebagai Direktur AKBID KMH tahun 2017-2019, Sebagai Kepala Lembaga Penjaminan Mutu Universitas Binawan Jakarta tahun 2000-sekarang, Sebagai Ketua Devisi Registrasi Konsil Kebidanan Indonesia tahun 2022- sekarang. Selain itu Penulis Juga berpengalaman sebagai asesor, narasumber, fasilitator, penulis modul kemkes, peneliti dll. Penulis pernah mendapat penghargaan sebagai juara II poster presentasi pada kegiatan Rakernas IBI tahun 2013, sebagai pemenang manuscip pada kegiatan BI-ANNUAL SCIENTIFIC MEETING OF IAAHEH 2022. Email Penulis: bpetralina@gmail.com

## BIODATA PENULIS



**Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb.,**  
Dosen Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Penulis merupakan Founder dari Perempuan Berdaya. Penerima Hibah Penelitian dan Pengabdian Riset Group “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorrhea Primer di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Bimbingan Konseling Spiritual Bagi Pengasuh Dan Anak Asuh Panti Asuhan Anak Penderita HIV/AIDS Di Yayasan Lentera Surakarta (2021)”. Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com

## **BIODATA PENULIS**



**Faridah Hariyani, SST., M.Keb**

Dosen Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Penulis lahir di Balikpapan tanggal 13 Mei 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. Menyelesaikan pendidikan D-IV dan S2 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung.

## **BIODATA PENULIS**



**Iis, S.ST., M.Kes.**

Dosen Program Studi D-III Kebidanan STIKes Cirebon

Penulis lahir di Majalengka tanggal 8 Juni 1988. Penulis menyelesaikan pendidikan D-IV Kebidanan lulus pada tahun 2011 dan melanjutkan pendidikan kembali yaitu S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi lulus tahun 2014 di Universitas Respati Indonesia Jakarta. Penulis merupakan dosen tetap Program Studi D-III Kebidanan STIKes Cirebon dan mengampu Mata Kuliah Konsep Kebidanan & Kesehatan Reproduksi.