

KONSEP DASAR KEBIDANAN

**Ika Fitria Elmeida
Rusni Safitry
Ayu Rimanda
Alifani Faiz Faradhila
Perwitasari**



GET PRESS INDONESIA

KONSEP DASAR KEBIDANAN

Penulis :

Ika Fitria Elmeida
Rusni Safitry
Ayu Rimanda
Alifani Faiz Faradhila
Perwitasari

ISBN :

Editor : Yuliatr Novita., M.Hum

Penyunting : Ilda Melisa, A.Md., Kep.

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

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

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, September 2024

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

KATA PENGANTAR

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

Buku Ini Membahas Pengantar Kebidanan, Anatomi Dan Fisiologi Reproduksi, Asuhan Kehamilan, Perubahan Fisiologis Selama Kehamilan, Proses Persalinan Dan Kelahiran.

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

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

Padang, September 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB 1 PENGANTAR KEBIDANAN	1
1.1 Pengertian Filosofi Dan Definisi Bidan.....	1
1.1.1 Definisi Bidan	1
1.1.2 Pelayanan Kebidanan	5
1.1.3 Praktik Kebidanan	6
1.1.4 Asuhan Kebidanan.....	7
1.2 Sejarah Perkembangan Profesi Kebidanan	8
1.2.1 Sejarah Perkembangan Pelayanan dan Pendidikan Kebidanan di Luar Negeri.....	10
1.2.2 Sejarah Perkembangan Pelayanan dan Pendidikan Kebidanan di Beberapa Negara	12
1.2.3 Perkembangan Kebidanan di Beberapa Negara	18
1.2.4 Perkembangan Kebidanan di Indonesia	19
1.2.5 Pendidikan Kebidanan.....	21
1.2.6 Paradigma Kebidanan	23
1.3 Filosofi Dan Profesionalisme Bidan.....	28
1.3.1 Pengertian Filosofi Kebidanan.....	28
1.3.2 Aspek Filosofis dalam Praktik Kebidanan.....	29
1.3.3 Profesionalisme dalam Kebidanan.....	31
1.3.4 Implementasi Filosofi dan Profesionalisme dalam Pendidikan D3 Kebidanan	33
1.3.5 Tantangan dalam Menerapkan Filosofi dan Profesionalisme Kebidanan	35
DAFTAR PUSTAKA	37
BAB 2 ANATOMI DAN FASIOLOGI REPRODUKSI	39
2.1 Pendahuluan.....	39
2.2 Anatomi Sistem Reproduksi Wanita.....	39
2.2.1 Tuba Falopi.....	40
2.2.2 Ovarium	41
2.2.3 Vagina	43
2.2.4 Uterus	44

2.2.5 Vulva.....	45
2.2.6 Kelenjar Payudara.....	46
2.3 Siklus Menstruasi.....	47
DAFTAR PUSTAKA.....	49
BAB 3 ASUHAN KEHAMILAN	51
3.1 Pendahuluan.....	51
3.2 Filosofi Asuhan Kehamilan.....	52
3.3 Sejarah Asuhan Kehamilan	53
3.4 Tujuan Asuhan Kehamilan	54
3.5 Lingkup Asuhan Kehamilan	55
3.6 Prinsip Pokok Asuhan Kehamilan	56
3.7 Standar Asuhan Kehamilan.....	56
3.8 Tipe Pelayanan Asuhan Kehamilan.....	58
3.8.1 Hak-hak wanita hamil	59
3.8.2 Peran bidan pada asuhan kehamilan	59
3.9 <i>Refocusing</i> Asuhan Kehamilan	61
DAFTAR PUSTAKA.....	63
BAB 4 PERUBAHAN FISIOLOGIS SELAMA KEHAMILAN	65
4.1 Pendahuluan.....	65
4.2 Adaptasi Sistem Reproduksi selama Kehamilan.....	65
4.2.1 Uterus	65
4.2.2 Serviks Uteri	67
4.2.3 Ovarium	67
4.2.4 Vagina dan Vulva	68
4.3 Adaptasi Sistem Kardiovaskuler pada Kehamilan .	68
4.4 Adaptasi Sistem Hematologi pada Kehamilan	69
4.5 Adaptasi Sistem Respirasi pada Kehamilan.....	70
4.6 Adaptasi Sistem Urinari pada Kehamilan.....	70
4.7 Adaptasi Sistem Gastrointestinal pada Kehamilan	71
4.8 Adaptasi Sistem Endokrin pada Kehamilan	71
4.9 Adaptasi Sistem Muskuloskeletal pada Kehamilan	72
4.10 Perubahan Payudara selama Kehamilan.....	73
DAFTAR PUSTAKA.....	74
BAB 5 PROSES PERSALINAN DAN KELAHIRAN	75
5.1 Pendahuluan.....	75
5.2 Ruang Lingkup Persalinan Fisiologis	75
5.2.1 Definisi Persalinan Normal	75

5.2.2 Tanda-tanda Persalinan.....	76
5.2.3 Teori Penyebab persalinan.....	80
5.2.4 Mekanisme Persalinan Normal	81
5.3 Proses Persalinan	84
5.3.1 Kala 1	84
5.3.2 Kala 2	86
5.3.3 Kala 3	86
5.3.4 Kala 4	87
5.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	87
5.4.1 Power.....	88
5.4.2 Passages.....	88
5.4.3 Passenger	90
5.4.4 Posisi Ibu	91
5.4.5 Psikologis Ibu	91
5.5 Perubahan Fisik Dan Psikologis Ibu Bersalin	92
5.5.1 Perubahan fisik ibu selama persalinan	92
5.5.2 Perubahan Psikologis Saat Persalinan.....	93
5.6 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin.....	93
5.6.1 Kebutuhan fisik.....	93
5.6.2 Kebutuhan Psikologis.....	94
5.6.3 Manajemen Nyeri.....	94
5.7 <i>Evidence-Based Practice</i> Dalam Persalinan.....	95
DAFTAR PUSTAKA	96

BIODATA PENULIS

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Taksiran Pembesaran Uterus pada Perabaan Fundus.....	68
Tabel 5.1. Kontraksi Uterus Normal Pada Fase Persalinan	79
Tabel 5.2. Rata-Rata Durasi Kala 1 Fase Laten.....	87

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Sistem Reproduksi Wanita	41
Gambar 2.2. Tuba Falopi	42
Gambar 2.3. Ovarium	44
Gambar 2.4. Uterus	47
Gambar 2.5. Siklus Menstruasi	49
Gambar 5.1. Mekanisme Persalinan Normal.....	86
Gambar 5.2. Bidang Hodge 1 – 4.....	91
Gambar 5.3. Stasion Penurunan Presentasi Janin.....	92

BAB 1

PENGANTAR KEBIDANAN

1.1 Pengertian Filosofi Dan Definisi Bidan

1.1.1 Definisi Bidan

1. Dalam bahasa Inggris, "bidan" berasal dari kata "*midwife*," yang berarti pendamping wanita. Sementara itu, dalam bahasa Sanskerta, istilah "Wirdhan" berarti wanita bijaksana.
2. Profesi bidan telah diakui secara luas baik di tingkat nasional maupun internasional. Pengertian dan praktik bidan diakui oleh *International Confederation of Midwives* (ICM) pada tahun 1972, *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) pada tahun 1973, serta oleh WHO dan badan lainnya. Pada tahun 1990, ICM memperbarui definisi ini dalam pertemuan di Kobe, yang kemudian disetujui oleh FIGO pada tahun 1991 dan WHO pada tahun 1992.

3. Midwife Definition

A midwife is a person who, in partnership with women, is able to give the necessary support, evidence-based information, and care during pregnancy, labour, and postpartum period. She facilitates births in a one-on-one situation, taking responsibility for her actions, and provides care for the newborn and infant. This care includes promoting well-being, detecting complications in the mother and child, accessing appropriate skilled assistance, and carrying out emergency measures. She plays an important role in health counselling and education, not only for women but also for families and the community. Her work involves antenatal education, preparation for parenthood, and extends to areas such as women's reproductive health, family planning, and childcare. A midwife may practice in any setting, including the home, community, birth centers, clinics, hospitals, or other services.

4. Pengertian Bidan

Seorang bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan izin untuk menjalankan praktik kebidanan di negara tersebut. Dia harus mampu memberikan supervisi, asuhan, dan nasihat yang dibutuhkan kepada wanita selama masa hamil, persalinan, dan masa pasca persalinan. Dia juga bertanggung jawab memimpin persalinan atas tanggung jawabnya sendiri serta memberikan asuhan pada bayi baru lahir dan anak. Asuhan ini mencakup tindakan preventif, pendeteksian kondisi abnormal pada ibu dan bayi, mengupayakan bantuan medis, serta melakukan tindakan pertolongan darurat saat tidak hadirnya tenaga medis lainnya. Dia memiliki tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk wanita, tetapi juga untuk keluarga dan komunitas. Pekerjaan ini mencakup pendidikan antenatal, persiapan menjadi orang tua, serta bidang ginekologi, perencanaan keluarga, dan perawatan anak. Dia bisa berpraktik di rumah sakit, klinik, unit kesehatan, rumah perawatan, atau tempat lainnya.

5. Pengertian Bidan di Indonesia

Mengacu pada aspek sosial budaya dan kondisi masyarakat Indonesia, Ikatan Bidan Indonesia (IBI) mendefinisikan bidan Indonesia sebagai seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui oleh pemerintah dan organisasi profesi di Republik Indonesia. Bidan ini harus memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi, dan/atau lisensi sah untuk menjalankan praktik kebidanan.

Mengacu pada aspek sosial budaya dan kondisi masyarakat Indonesia, Ikatan Bidan Indonesia (IBI) memberikan definisi yang jelas mengenai peran bidan dalam konteks lokal. Secara spesifik, IBI mendefinisikan bidan Indonesia sebagai seorang perempuan yang telah menyelesaikan pendidikan kebidanan yang diakui oleh pemerintah dan organisasi profesi di Republik Indonesia.

Pentingnya pengakuan ini tidak hanya sebatas pada aspek formalitas, tetapi juga mencerminkan standar kompetensi yang harus dipenuhi untuk dapat melakukan praktik kebidanan dengan memenuhi persyaratan register, sertifikasi, dan/atau lisensi yang sah. Di Indonesia, bidan memegang peran yang sangat penting dalam sistem kesehatan, terutama di daerah-daerah yang mungkin sulit dijangkau oleh layanan kesehatan formal. Mereka sering kali menjadi ujung tombak dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi kepada masyarakat, termasuk dalam mendampingi proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Dengan demikian, bidan bukan hanya berperan sebagai penyedia layanan kesehatan, tetapi juga sebagai agen perubahan sosial dalam masyarakat.

Aspek sosial budaya Indonesia yang beragam mempengaruhi bagaimana bidan menjalankan praktiknya. Mereka tidak hanya harus memiliki pengetahuan medis dan keterampilan klinis yang solid, tetapi juga sensitivitas terhadap nilai-nilai lokal, tradisi, dan keyakinan masyarakat. Misalnya, dalam komunitas adat tertentu, bidan dapat berperan sebagai penjaga kearifan lokal dalam merawat ibu hamil dan bayi baru lahir. IBI juga aktif dalam mempromosikan pengembangan profesionalisme bidan, termasuk melalui program sertifikasi dan pelatihan berkelanjutan untuk memastikan bidan tetap terkini dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan praktik terbaik dalam bidang kebidanan. Hal ini tidak hanya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, tetapi juga memperkuat peran bidan sebagai bagian integral dari sistem kesehatan nasional.

Dalam konteks sosial budaya Indonesia yang heterogen, pendekatan pelayanan kebidanan yang holistik dan berbasis masyarakat menjadi krusial. Ini mencakup tidak hanya aspek fisik, tetapi juga psikologis, sosial, dan budaya dalam memberikan perawatan yang berorientasi pada keluarga. Dengan demikian, bidan tidak hanya berfungsi sebagai penyedia layanan kesehatan, tetapi juga sebagai agen perubahan yang berkontribusi pada upaya menjaga kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Falsafah atau filsafat berasal dari bahasa Arab "falsafa," yang berarti "timbangan" dan dapat diartikan sebagai pengetahuan serta penyelidikan dengan akal budi tentang hakikat segala yang ada, termasuk asal, sebab, dan hukumnya (Harun Nasution, 1979). Sementara itu, dalam bahasa Yunani, istilah "philosophy" berasal dari dua kata: "philos," yang berarti cinta atau persahabatan, dan "sophos," yang berarti kebijaksanaan, pengetahuan, pengalaman praktis, atau kecerdasan. Secara keseluruhan, filsafat dapat diartikan sebagai "cinta terhadap kebijaksanaan atau kebenaran." Falsafah kebidanan adalah pandangan hidup atau pedoman bagi bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan. Falsafah kebidanan mencakup beberapa prinsip berikut:

1. Profesi kebidanan diakui secara nasional dalam Undang-Undang dan peraturan pemerintah Indonesia sebagai salah satu profesi pelayanan kesehatan yang profesional, dan secara internasional diakui oleh *International Confederation of Midwives* (ICM), FIGO, dan WHO.
2. Tugas, tanggung jawab, dan kewenangan profesi bidan telah diatur dalam berbagai peraturan dan keputusan Menteri Kesehatan, yang bertujuan untuk mendukung program pemerintah di bidang kesehatan, terutama dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI), angka kematian perinatal (AKP), serta meningkatkan pelayanan kesehatan ibu hamil, persalinan, masa nifas, dan keluarga berencana (KB).
3. Bidan meyakini bahwa setiap individu memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan manusia dan perbedaan budaya. Setiap individu juga berhak untuk menentukan nasibnya sendiri, menerima informasi yang memadai, dan berperan aktif dalam pemeliharaan kesehatannya.
4. Bidan percaya bahwa menstruasi, kehamilan, persalinan, dan menopause adalah proses fisiologis alami yang hanya memerlukan intervensi medis pada sebagian kecil kasus.

5. Persalinan adalah proses alami dan normal, namun jika tidak dikelola dengan tepat, dapat berubah menjadi kondisi yang abnormal.
6. Setiap individu berhak dilahirkan dalam kondisi sehat; oleh karena itu, setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan, dan bayinya berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.
7. Pengalaman melahirkan merupakan bagian dari tugas perkembangan keluarga yang memerlukan persiapan sejak masa remaja.
8. Kesehatan ibu selama masa reproduksi dipengaruhi oleh perilaku ibu, lingkungan, dan layanan kesehatan yang diterima.
9. Intervensi kebidanan bersifat komprehensif, meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat.
10. Manajemen kebidanan dilaksanakan berdasarkan pemecahan masalah untuk meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan yang profesional, interaksi sosial, serta prinsip penelitian dan pengembangan yang menjadi dasar bagi manajemen yang terpadu.
11. Proses pendidikan kebidanan, sebagai upaya pengembangan kepribadian, berlangsung sepanjang kehidupan manusia dan perlu terus dikembangkan untuk berbagai lapisan masyarakat.

1.1.2 Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan mencakup segala tugas dan tanggung jawab profesional bidan dalam sistem pelayanan kesehatan. Fokus utama dari pelayanan ini adalah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak, serta mendorong terciptanya kondisi kesehatan yang optimal di tengah masyarakat. Dalam menjalankan praktiknya, bidan tidak hanya bertanggung jawab dalam mendampingi proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan, tetapi juga berperan penting dalam memberikan edukasi kesehatan kepada ibu dan keluarga. Edukasi ini meliputi berbagai aspek kesehatan reproduksi, perawatan bayi baru lahir, hingga pencegahan penyakit menular

yang bisa berdampak pada ibu dan anak. Pelayanan kebidanan juga melibatkan bidan dalam pengawasan kesehatan ibu hamil secara berkala, memberikan dukungan emosional, serta melakukan deteksi dini terhadap komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan. Dengan demikian, bidan berperan sebagai penghubung antara ibu dan sistem kesehatan yang lebih luas, memastikan bahwa setiap perempuan mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Lebih jauh lagi, bidan juga berperan dalam promosi kesehatan yang lebih luas, seperti kampanye pemberdayaan perempuan, pengentasan gizi buruk, serta penurunan angka kematian ibu dan anak. Di komunitas, bidan seringkali menjadi sumber informasi kesehatan utama, memberikan layanan yang bersifat preventif dan kuratif, serta mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam menjaga kesehatan ibu dan anak.

Melalui pendekatan yang holistik dan berpusat pada keluarga, pelayanan kebidanan tidak hanya berfokus pada aspek fisik kesehatan, tetapi juga pada kesejahteraan psikologis dan sosial ibu dan anak. Dengan demikian, bidan berkontribusi signifikan dalam upaya mencapai tujuan kesehatan masyarakat yang lebih luas, yaitu menciptakan generasi yang sehat dan berkualitas, yang pada akhirnya akan membentuk fondasi bagi masyarakat yang lebih sejahtera.

1.1.3 Praktik Kebidanan

Praktik kebidanan merujuk pada penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan atau asuhan kepada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan. Sebagai suatu disiplin ilmu dan praktik, kebidanan melibatkan pemahaman mendalam tentang siklus kehidupan wanita, dari masa remaja hingga usia dewasa, serta aspek-aspek medis dan psikososial yang mempengaruhi kesehatan mereka. Pendekatan manajemen kebidanan adalah metode sistematis dan terstruktur yang digunakan oleh bidan untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapi klien. Dengan mengadopsi metode ini, bidan dapat menyediakan perawatan yang terkoordinasi dan berbasis bukti, yang penting untuk memastikan hasil kesehatan yang optimal.

Lingkup praktik kebidanan mencakup pemberian asuhan secara mandiri atau otonom kepada perempuan, remaja putri, dan wanita dewasa dalam berbagai tahap kehidupan mereka. Ini termasuk perawatan selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas, serta edukasi dan dukungan kesehatan reproduksi di luar periode tersebut. Selama kehamilan, bidan bertanggung jawab untuk melakukan pemeriksaan rutin, memberikan bimbingan mengenai nutrisi dan persiapan persalinan, serta menangani komplikasi yang mungkin timbul. Pada saat persalinan, bidan menyediakan dukungan emosional dan fisik, serta melakukan tindakan medis yang diperlukan untuk memastikan kelahiran yang aman dan sehat. Setelah persalinan, bidan melanjutkan perawatan dengan memantau pemulihan ibu dan mendukung inisiasi menyusui.

Pentingnya pendekatan manajemen kebidanan dalam praktik ini terletak pada kemampuannya untuk menyediakan perawatan yang terintegrasi dan berfokus pada kebutuhan individual setiap klien. Dengan pendekatan ini, bidan dapat secara efektif mengelola berbagai aspek kesehatan ibu dan anak, termasuk pencegahan komplikasi, penanganan masalah kesehatan yang kompleks, dan promosi kesejahteraan secara keseluruhan. Selain itu, pendekatan ini memungkinkan bidan untuk berkolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya, beradaptasi dengan perubahan kebutuhan pasien, dan terus meningkatkan kualitas layanan yang diberikan. Praktik kebidanan yang didasarkan pada prinsip-prinsip manajemen kebidanan yang baik berkontribusi pada pencapaian hasil kesehatan yang lebih baik dan peningkatan kualitas hidup bagi perempuan di berbagai tahap kehidupan mereka.

1.1.4 Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah bentuk pelayanan yang diberikan oleh bidan kepada individu pasien atau klien, dirancang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan mereka secara sistematis dan bertahap. Proses asuhan ini dimulai dengan identifikasi kebutuhan atau masalah kesehatan yang dihadapi oleh klien, baik dalam konteks kehamilan, persalinan, masa nifas, atau perawatan bayi baru lahir. Bidan menggunakan

pendekatan manajemen kebidanan yang meliputi serangkaian fungsi dan kegiatan untuk merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi perawatan yang sesuai. Dengan cara ini, bidan dapat memberikan bantuan yang holistik dan terintegrasi, memastikan bahwa setiap aspek kesehatan ibu dan anak dipertimbangkan secara menyeluruh. Selama masa kehamilan, bidan melakukan pemeriksaan rutin untuk memantau perkembangan janin dan kesehatan ibu, memberikan edukasi mengenai perawatan prenatal, dan menangani komplikasi yang mungkin timbul. Pendekatan ini mencakup pengawasan terhadap faktor-faktor risiko, saran mengenai nutrisi, serta dukungan emosional untuk mempersiapkan ibu menghadapi persalinan. Pada saat persalinan, bidan memberikan dukungan langsung, mulai dari pengelolaan nyeri hingga intervensi medis yang diperlukan, dengan tujuan untuk memastikan proses persalinan yang aman dan efektif bagi ibu dan bayi. Setelah kelahiran, bidan terus memantau pemulihan ibu, memberikan bimbingan tentang perawatan bayi baru lahir, serta mendukung inisiasi menyusui dan proses adaptasi keluarga terhadap kehadiran anggota baru.

Asuhan kebidanan juga mencakup program keluarga berencana (KB), yang bertujuan untuk membantu pasangan merencanakan jumlah dan jarak kelahiran anak sesuai dengan preferensi dan kebutuhan kesehatan mereka. Bidan memberikan informasi, konseling, dan pilihan metode kontrasepsi yang tepat, serta mengikuti upaya pencegahan dan pengelolaan masalah kesehatan reproduksi. Dengan penerapan proses manajemen kebidanan yang terstruktur dan berbasis bukti, bidan berperan penting dalam meningkatkan kualitas hidup klien, mengoptimalkan kesehatan ibu dan anak, dan berkontribusi pada pencapaian tujuan kesehatan masyarakat yang lebih luas.

1.2 Sejarah Perkembangan Profesi Kebidanan

Bidan adalah seorang wanita yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan yang diakui oleh negara, memenuhi kualifikasi untuk terdaftar, dan memiliki izin resmi

untuk menjalankan praktik kebidanan. Profesi ini diakui secara internasional sebagai profesi yang paling dekat dengan perempuan selama siklus kehidupannya. Perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan, baik di tingkat nasional maupun internasional, terus mengalami kemajuan pesat. Perkembangan ini menunjukkan bahwa pelayanan dan pendidikan kebidanan merupakan aspek penting yang perlu dipahami oleh para petugas kesehatan, terutama bidan yang bertugas sebagai pendidik maupun praktisi pelayanan kebidanan. Salah satu faktor utama yang mendorong terus berkembangnya pelayanan dan pendidikan kebidanan adalah tingginya angka kematian dan kesakitan (mortalitas dan morbiditas) di kalangan wanita hamil dan bersalin, khususnya di negara-negara berkembang dan miskin.

Profesi bidan telah menjadi pilar utama dalam sistem kesehatan global, terutama dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Di banyak negara berkembang, akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas masih menjadi tantangan besar. Bidan sering kali menjadi ujung tombak dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar, terutama di daerah-daerah terpencil di mana akses ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap terbatas. Dengan demikian, pendidikan kebidanan tidak hanya berfokus pada pengembangan keterampilan teknis, tetapi juga memperkuat kemampuan komunikasi, manajemen, dan pemahaman sosial-budaya untuk memberikan pelayanan yang holistik dan berpusat pada pasien.

Di tingkat internasional, organisasi seperti WHO dan ICM (*International Confederation of Midwives*) telah menekankan pentingnya pendidikan bidan yang komprehensif dan berstandar tinggi. Standar internasional ini menekankan pada pendekatan yang berkelanjutan dalam pendidikan bidan, yang mencakup pelatihan dalam pencegahan, perawatan, dan rehabilitasi, serta kemampuan untuk merespon situasi darurat dengan cepat dan tepat. Dengan demikian, pendidikan kebidanan modern tidak hanya berfokus pada aspek-aspek teknis tetapi juga pada pengembangan profesional yang berkelanjutan.

Di Indonesia, perkembangan pendidikan dan pelayanan kebidanan juga mengalami perubahan signifikan. Pemerintah telah melakukan berbagai inisiatif untuk meningkatkan kualitas pendidikan kebidanan, termasuk dengan memperkenalkan kurikulum yang lebih modern dan berbasis kompetensi. Selain itu, program-program pelatihan bidan juga telah disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan lokal, dengan menekankan pada pendekatan berbasis komunitas yang memungkinkan bidan untuk menjadi pemimpin dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak di masyarakat mereka. Pendidikan dan pelayanan kebidanan merupakan elemen yang krusial dalam upaya meningkatkan kesehatan global. Dengan pendidikan yang tepat dan terus berkembang, bidan dapat memainkan peran yang lebih besar dalam mengurangi angka kematian ibu dan bayi, serta meningkatkan kesejahteraan perempuan di seluruh dunia.

1.2.1 Sejarah Perkembangan Pelayanan dan Pendidikan Kebidanan di Luar Negeri

1. Sebelum Abad ke-20 (1700-1900)

- a. William Smellie dari Skotlandia (1677-1763) mengembangkan forceps dengan kurva pelvik yang mengikuti kurva kepala janin. Ia memperkenalkan metode pengukuran "conjugata diagonalis" dalam pelvimetri, serta menggambarkan teknik melahirkan kepala bayi pada presentasi bokong, dan metode resusitasi bayi asfiksia dengan menggunakan kateter logam untuk ventilasi paru-paru.
- b. Ignaz Philipp Semmelweis, seorang dokter dari Hungaria (1818-1865), memperkenalkan pentingnya mencuci tangan untuk mencegah infeksi puerperium (demam nifas).
- c. James Young Simpson dari Edinburgh, Skotlandia (1811-1870), memperkenalkan dan menggunakan anestesi umum dalam persalinan.
- d. Pada tahun 1824, James Blundell dari Inggris menjadi orang pertama yang berhasil menangani pendarahan postpartum dengan melakukan transfusi darah.

- e. Jean Lubumeau dari Prancis, asisten Rene Laennec (penemu stetoskop pada tahun 1819), pertama kali mendengar detak jantung janin menggunakan stetoskop pada tahun 1820.
- f. John Charles Weave dari Inggris (1811-1859), pada tahun 1843, adalah orang pertama yang melakukan tes urin pada wanita hamil untuk pemeriksaan dan menghubungkannya dengan preeklamsia.
- g. Adolf Pinard dari Prancis (1844-1934), pada tahun 1878, mengembangkan teknik palpasi perut.
- h. Carl Crede dari Jerman (1819-1892), menggambarkan metode stimulasi kandung kemih yang lembut untuk membantu pengeluaran plasenta.
- i. Judwig Bandl, dokter obstetri dari Jerman (1842-1892), pada tahun 1875, menggambarkan "lingkaran retraksi" yang muncul pada pertemuan segmen atas dan bawah rahim selama persalinan yang sulit.
- j. Daunce dari Bordeaux, pada tahun 1857, memperkenalkan penggunaan inkubator untuk perawatan bayi prematur.

2. Abad ke-20

Perawatan pascapersalinan telah mengalami perubahan yang signifikan sejak diterapkannya praktik hospitalisasi dalam proses persalinan. Pada masa-masa awal, ibu yang baru melahirkan biasanya menjalani rawat inap selama hingga 10 hari untuk memastikan pemulihan yang optimal. Periode ini memberikan waktu bagi ibu untuk beristirahat, menerima perawatan intensif, serta belajar merawat bayi dengan bimbingan tenaga kesehatan. Seiring berjalannya waktu, pendekatan terhadap perawatan pascapersalinan mulai bergeser. Tren perawatan modern memperkenalkan konsep ambulasi atau mobilisasi lebih awal, di mana ibu didorong untuk segera bergerak dan mandiri setelah melahirkan. Pendekatan ini bertujuan untuk mempercepat proses pemulihan fisik, mengurangi risiko komplikasi seperti trombosis, serta mempercepat adaptasi ibu terhadap peran barunya. Mobilisasi dini juga diyakini dapat

meningkatkan kesejahteraan psikologis ibu, karena mereka lebih cepat merasa mampu dan mandiri dalam merawat bayinya.

Meskipun ada banyak manfaat dari mobilisasi dini, perubahan ini juga memunculkan tantangan baru dalam perawatan pascapersalinan. Dengan waktu rawat inap yang lebih singkat, ibu harus belajar menyesuaikan diri dengan tuntutan fisik dan emosional pascapersalinan dalam waktu yang lebih cepat. Tenaga kesehatan juga perlu memastikan bahwa ibu mendapatkan dukungan dan edukasi yang cukup sebelum dipulangkan, agar mereka dapat merawat diri sendiri dan bayi dengan baik di rumah. Pendekatan ini menuntut kolaborasi yang lebih baik antara tenaga kesehatan, ibu, dan keluarga, untuk memastikan bahwa perawatan pascapersalinan tetap berkualitas meskipun durasi rawat inap menjadi lebih singkat.

1.2.2 Sejarah Perkembangan Pelayanan dan Pendidikan Kebidanan di Beberapa Negara

1. Australia

- a. Pelayanan Kebidanan di Australia Kebidanan di Australia mengalami perkembangan yang signifikan sejak abad ke-19, dipelopori oleh Florence Nightingale, yang juga dikenal sebagai pelopor dalam bidang keperawatan. Pada tahun 1824, kebidanan belum dianggap sebagai bagian integral dari pendidikan medis baik di Inggris maupun di Australia, di mana praktik kebidanan masih didominasi oleh dokter. Pendidikan formal untuk bidan di Australia baru dimulai pada tahun 1862, dengan fokus pada pemberian pengetahuan teoritis dan praktik. Diploma kebidanan diperkenalkan pada tahun 1893, dan sejak tahun 1899, hanya bidan yang terlatih yang diizinkan untuk bekerja di rumah sakit. Pada masa itu, ada pandangan bahwa seorang bidan harus merangkap sebagai perawat, sehingga program pendidikan dan pelatihan kebidanan banyak didirikan oleh pihak yang bukan berasal dari profesi bidan.
- b. Pendidikan Kebidanan di Australia Dalam dekade terakhir, pendidikan kebidanan di Australia telah mengalami

perubahan besar. Sistem pendidikan yang sebelumnya berbasis pada rumah sakit kini telah beralih ke kursus tingkat universitas, yang lebih terfokus pada kebutuhan pelayanan masyarakat. Meskipun demikian, tidak semua institusi pendidikan kebidanan di Australia telah mengadopsi perubahan ini; beberapa masih mempertahankan program yang berorientasi pada rumah sakit. Kurikulum pendidikan kebidanan disusun oleh staf akademik berdasarkan keahlian dan pengalaman mereka dalam bidang kebidanan.

2. Afrika

- a. Pendidikan Kebidanan di Afrika Sebelum peraturan Dewan Medis Afrika Selatan diberlakukan, tidak ada batasan usia yang jelas untuk masuk ke sekolah kebidanan. Beberapa sekolah menetapkan bahwa siswa harus berusia antara 21 hingga 50 tahun, sementara yang lain menetapkan rentang usia 21 hingga 45 tahun. Semua sekolah mengharuskan siswa yang sudah dewasa untuk mengikuti pelatihan kebidanan, dan kebidanan tidak dianggap sebagai profesi yang diinginkan oleh gadis-gadis yang belum menikah. Pada masa itu, siswa perawat dan bidan tidak diizinkan untuk menikah selama pelatihan, dan mereka yang memilih untuk menikah harus berhenti dari pelatihan. Namun, pada tahun 1960-an, peraturan tersebut dilonggarkan, dan perempuan yang sudah menikah diizinkan untuk melanjutkan pelatihan keperawatan dan kebidanan.

3. Amerika Serikat

- a. Pelayanan Kebidanan di Amerika Serikat Di Amerika Serikat, peran bidan pada awalnya mirip dengan peran dokter, namun tanpa pendidikan khusus, standar, atau peraturan yang jelas hingga awal abad ke-20. Kebidanan sempat dianggap kurang penting dan tidak diakui dalam banyak yurisdiksi hukum, sering kali disebut sebagai "nenek tua," yang akhirnya

menyebabkan profesi bidan hampir punah. Pada sekitar tahun 1700, diperkirakan tingkat kematian ibu di AS mencapai 95%. Salah satu alasan mengapa dokter mulai terlibat dalam persalinan adalah untuk menghilangkan praktik-praktik yang dianggap magis yang masih ada saat itu. Dokter mulai mengendalikan proses persalinan dengan memberikan obat-obatan, namun sering kali mengabaikan aspek spiritual, sehingga perempuan yang melahirkan merasa takut terhadap kematian. Meskipun statistik pada saat itu tidak secara jelas menunjukkan bahwa pasien bidan memiliki tingkat kematian yang lebih rendah dibandingkan pasien dokter, kebanyakan kematian ibu disebabkan oleh demam nifas atau infeksi puerperalis.

Pendidikan formal untuk bidan mulai dibuka pada tahun 1765, namun pada akhir abad ke-18, banyak kalangan medis yang berpendapat bahwa secara emosional dan intelektual, perempuan tidak dapat belajar dan menerapkan metode obstetri. Pendapat ini digunakan untuk merendahkan profesi bidan, sehingga bidan tidak memiliki pendukung dan tidak dianggap sebagai profesional. Pada awal 1990-an, setengah dari persalinan di AS ditangani oleh dokter, sementara bidan hanya menangani persalinan bagi wanita yang tidak mampu membayar dokter. Seiring dengan perubahan kondisi kehidupan di kota, persepsi baru tentang persalinan, dan kemajuan dalam ilmu kedokteran, persalinan semakin dipandang sebagai masalah medis yang harus ditangani oleh dokter.

4. Belanda

- a. Perkembangan Kebidanan di Belanda Di Belanda, perhatian pemerintah terhadap isu kelahiran dan kematian mendorong dilakukannya tindakan untuk mengatasi masalah tersebut. Perempuan di Belanda diberikan hak untuk memilih apakah mereka ingin melahirkan di rumah atau di rumah sakit, dengan peluang yang sama antara hidup dan mati. Belanda

memiliki tingkat kelahiran yang tinggi dengan angka kematian prenatal yang relatif rendah.

Dalam konferensi di Toronto pada tahun 1984, Prof. Geerit Van Kloosterman menyatakan bahwa setiap kehamilan dianggap normal, harus dipantau dengan cermat, dan perempuan bebas memilih untuk melahirkan di rumah atau rumah sakit, dengan bidan yang sama yang akan memantau kehamilannya. Astrid Limburg menambahkan bahwa seorang perawat yang baik belum tentu akan menjadi bidan yang baik, karena perawat dilatih untuk merawat orang sakit, sedangkan bidan dilatih untuk mendukung kesehatan wanita. Maria De Broer juga menyatakan bahwa kebidanan adalah profesi mandiri dan tidak terkait dengan keperawatan.

- b. Pelayanan Antenatal di Belanda Di Belanda, bidan memiliki hak untuk praktik mandiri lebih banyak dibandingkan perawat. Mereka memiliki izin resmi untuk memberikan layanan kepada wanita dengan risiko rendah, termasuk perawatan antenatal, intrapartum, dan postnatal, tanpa pendampingan dokter kandungan. Bidan bekerja di bawah pengawasan Lembaga Audit Kesehatan dan harus merujuk wanita dengan risiko tinggi atau kasus patologis ke dokter spesialis kandungan.
- c. Pelayanan Intrapartum di Belanda Pelayanan intrapartum dimulai dari saat bidan dipanggil hingga satu jam setelah kelahiran plasenta. Bidan dapat melakukan episiotomi namun tidak diizinkan menggunakan alat kedokteran. Biasanya, bidan menjahit luka perineum atau episiotomi, dan untuk luka yang parah, pasien akan dirujuk ke dokter spesialis kandungan. Kala III umumnya dibiarkan berjalan sesuai proses fisiologis tanpa intervensi berlebihan.
- d. Pelayanan Postpartum di Belanda Pada tahun 1988, 80% persalinan di Belanda ditangani oleh bidan, sementara hanya 20% persalinan dilakukan di rumah sakit. Pelayanan kebidanan dilakukan di komunitas

dengan bidan yang memiliki independensi yang jelas. Kondisi kesehatan ibu dan anak semakin baik karena bidan memiliki tanggung jawab untuk melindungi dan memfasilitasi proses alami, serta menentukan kapan intervensi diperlukan, menghindari penggunaan teknologi dan intervensi dokter yang tidak perlu. Pendidikan kebidanan di Belanda menggunakan sistem Direct Entry dengan durasi pendidikan selama tiga tahun.

- e. Pendidikan Kebidanan di Belanda Pendidikan kebidanan di Belanda terpisah dari pendidikan keperawatan dan telah berkembang menjadi profesi yang berdiri sendiri. Di Belanda, terdapat tiga institusi kebidanan yang menerima 66 mahasiswa setiap tahunnya. Hampir setiap tahun, sekitar 800 calon mahasiswa (95% perempuan, 4% laki-laki) mengikuti tes masuk untuk memulai pendidikan pada usia minimal 18 tahun. Mahasiswa kebidanan tidak menerima gaji dan tidak membayar biaya pendidikan. Selama masa pendidikan, ketiga institusi tersebut menekankan bahwa kehamilan, persalinan, dan nifas adalah proses fisiologis. Mahasiswa ditempatkan untuk praktik di kamar bersalin, di mana mereka menghadapi perempuan dengan risiko rendah. Bila ada komplikasi, mahasiswa akan berkonsultasi dengan dokter spesialis kebidanan. Mahasiswa diwajibkan untuk memiliki pengalaman minimal 49 persalinan selama masa pendidikan. Setelah lulus ujian akhir, mereka akan menerima ijazah dengan nilai ujian yang tercantum di dalamnya.

5. Moskow, Uni Soviet

- a. Pelayanan Antenatal di Moskow Di Moskow, pelayanan antenatal pada awalnya dilakukan oleh dokter dengan bantuan beberapa perawat atau bidan yang melakukan tugas-tugas rutin, seperti pemeriksaan urin dan asisten dokter. Pendidikan bidan di Moskow berlangsung selama tiga tahun di bawah pengawasan dokter

spesialis kandungan. Kurikulum mencakup anatomi, fisiologi, dan patologi kehamilan. Namun, tampaknya tidak ada ruang untuk kegiatan organisasi siswa, dan aspek ilmu sosial serta psikologi tidak dianggap penting, dengan penekanan lebih pada ilmu fisik dan biologis.

6. Jepang

- a. Pelayanan Kebidanan di Jepang Jepang dikenal sebagai negara yang maju dalam ilmu pengetahuan dan teknologi, serta memiliki tingkat kesehatan masyarakat yang tinggi. Setelah Perang Dunia II, pelayanan kebidanan di Jepang semakin dipengaruhi oleh medikalisasi, di mana peran bidan lebih banyak sebagai asisten dokter. Persalinan umumnya dilakukan oleh dokter dan perawat. Namun, pada tahun 1987, Jepang mulai meningkatkan pelayanan dan pendidikan kebidanan, serta menata kembali peran bidan dalam mendukung siklus kehidupan wanita mulai dari pubertas hingga klimakterium, dengan fokus pada persalinan normal. Meskipun demikian, di kalangan masyarakat Jepang, melahirkan masih dianggap sebagai sesuatu yang kotor dan tidak diinginkan.

Pada tahun 1899, izin kerja untuk kebidanan mulai diterbitkan untuk memastikan bahwa tenaga kerja di bidang ini memiliki kualifikasi profesional yang memadai. Di Jepang, pendidikan kebidanan dimulai dengan pendirian sekolah bidan pertama pada tahun 1912 oleh seorang ahli obstetri dan ginekologi. Meskipun begitu, lisensi formal baru diberikan pada tahun 1974. Selain itu, regulasi dan seleksi untuk lisensi baru disusun pada tahun 1899. Pada tahun 1987, pendidikan bidan mengalami perkembangan yang signifikan dan berada di bawah pengawasan ketat ahli obstetri. Kurikulum pendidikan bidan mencakup berbagai disiplin ilmu, seperti fisika, biologi, ilmu sosial, dan psikologi. Namun, hasil dari pendidikan bidan ini ternyata tidak memenuhi harapan, di mana banyak bidan yang bersikap tidak ramah dan kurang memberikan pelayanan yang memadai dalam proses persalinan.

1.2.3 Perkembangan Kebidanan di Beberapa Negara

1. Selandia Baru

Selama lima dekade, masalah kebidanan di Selandia Baru berfokus pada medicalisasi kelahiran yang progresif. Praktik kebidanan di sini telah mengalami pergeseran besar sejak tahun 1904, ketika wanita yang dikenal sebagai "tukang sihir" mulai terlibat dalam proses kelahiran. Pada tahun 1971, penerapan tindakan keperawatan mulai diintegrasikan ke dalam perawatan ibu hamil, mengangkat status bidan menjadi spesialis dalam kandungan. Pada tahun 1970, medicalisasi kehamilan di Selandia Baru sudah berjalan dengan baik, berkat pendekatan yang diadopsi oleh mahasiswa pascasarjana kebidanan dari Universitas Auckland yang terjun langsung ke rumah sakit pemerintah khusus wanita. Salah satu dampak dari pendekatan ini adalah terjadinya sentralisasi jasa kebidanan yang mengakibatkan penutupan rumah sakit di daerah pedesaan dan perkotaan kecil. Didukung oleh gerakan feminis yang kuat, banyak wanita di Selandia Baru memilih untuk melahirkan di rumah. Gerakan Homebirth di Auckland, yang didirikan pada tahun 1978, memulai dengan 150 anggota dan berkembang menjadi organisasi nasional dalam dua tahun, dikenal sebagai *New Zealand Nurses Association* (NZNA).

2. Denmark

Denmark, sebagai salah satu negara Eropa, telah lama mengakui profesi bidan sebagai profesi yang mandiri. Pendidikan bidan di Denmark dimulai pada tahun 1787, dan pada tahun 1987, sekolah bidan merayakan hari jadinya yang ke-200 tahun. Saat ini, terdapat dua institusi pendidikan bidan di Denmark yang setiap tahunnya menerima 40 siswa dengan durasi pendidikan selama tiga tahun untuk entry-level langsung. Bagi mereka yang telah menjadi perawat, masa pendidikan ditempuh selama dua tahun.

3. Spanyol

Spanyol merupakan salah satu negara Eropa yang telah lama mengakui profesi bidan. Sejak tahun 1752, ada persyaratan bahwa seorang bidan harus lulus ujian yang materinya berasal dari buku kebidanan "*A Short Treatise on the Art of Midwifery*". Pendidikan bidan di ibu kota Madrid dimulai pada tahun 1789. Bidan di Spanyol disiapkan untuk bekerja secara mandiri di masyarakat, terutama di kalangan petani dan buruh dari kelas menengah ke bawah.

4. Ontario, Kanada

Ontario menjadi provinsi pertama di Kanada yang memberlakukan regulasi tentang kebidanan setelah sejarah panjang praktik kebidanan ilegal yang berdampak pada peningkatan praktik bidan tanpa izin. Model kebidanan yang diterapkan di Ontario berdasarkan pada definisi ICM tentang bidan, yaitu seorang profesional dengan otonomi terbatas pada persalinan normal. Praktik kebidanan di Ontario menargetkan masyarakat umum dengan memberikan akses bidan ke rumah sakit maternitas, serta memberikan pilihan bagi wanita untuk melahirkan di rumah atau rumah sakit.

1.2.4 Perkembangan Kebidanan di Indonesia

1. Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan di Indonesia telah mengalami perjalanan panjang sejak masa kolonial Belanda, melalui era kemerdekaan, hingga berbagai kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan dan pendidikan tenaga kesehatan. Pada masa pemerintahan Hindia Belanda, angka kematian ibu dan anak sangat tinggi, dan penolong persalinan saat itu adalah dukun. Pada tahun 1807, di bawah pemerintahan Gubernur Jenderal Hendrik William Deandels, dukun mulai dilatih untuk memberikan bantuan persalinan, namun pelatihan ini tidak berlangsung lama karena kekurangan pelatih yang terampil. Pelayanan kebidanan pada masa itu hanya tersedia bagi masyarakat Belanda yang tinggal di Indonesia. Pada tahun 1849, pendidikan dokter Jawa dibuka

di Batavia (sekarang Jakarta), di Rumah Sakit Militer Belanda (sekarang RSPAD Gatot Subroto). Meskipun demikian, ilmu kebidanan baru mulai diajarkan secara sukarela pada tahun 1889 oleh Straat, seorang obstetrikus dari Austria, dan Masland. Seiring dengan perkembangan pendidikan kedokteran ini, pada tahun 1851 dibuka pula pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia oleh seorang dokter militer Belanda bernama dr. W. Bosch. Mulai saat itu, pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan oleh dukun dan bidan. Pada tahun 1952, pelatihan bidan formal mulai diadakan untuk meningkatkan kualitas pertolongan persalinan. Pada tahun 1953, diperkenalkan Kursus Tambahan Bidan (KTB) di Yogyakarta, yang kemudian diperluas ke kota-kota besar lainnya di Indonesia. Seiring dengan pelatihan ini, didirikan pula Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) yang akhirnya menjadi bagian dari pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih terintegrasi, yaitu Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), pada tahun 1957.

Pada tahun 1990-an, pelayanan kebidanan mulai diberikan secara merata dan dekat dengan masyarakat melalui program penempatan bidan di desa, sesuai dengan Instruksi Presiden pada Sidang Kabinet Tahun 1992. Tugas utama bidan di desa meliputi pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir, termasuk pembinaan terhadap dukun bayi. Selain itu, bidan juga bertugas melakukan kunjungan rumah dan mengembangkan Posyandu di wilayah kerjanya serta mendirikan Pondok Bersalin sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.

2. Pendidikan Kebidanan

Pendidikan bidan di Indonesia berjalan seiring dengan perkembangan pelayanan kebidanan. Pendidikan bidan formal dimulai pada masa penjajahan Hindia Belanda pada tahun 1851 ketika seorang dokter militer Belanda, Dr. W. Bosch, membuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia. Meskipun pendidikan ini tidak berlangsung lama karena kurangnya peserta didik, program ini dilanjutkan

pada tahun 1902 di Batavia dan pada tahun 1904 di Makassar. Pada tahun 1935-1938, pemerintah kolonial Belanda mendirikan sekolah bidan yang menerima lulusan MULO (setingkat SLTP bagian B) di beberapa kota besar, seperti Jakarta, Semarang, dan lainnya. Pada masa penjajahan Jepang, pendidikan bidan dilanjutkan dengan persyaratan yang hampir sama dengan masa Belanda, meskipun minat untuk memasuki sekolah ini sangat rendah. Setelah kemerdekaan, pendidikan bidan mulai mengalami perkembangan dengan dibukanya sekolah bidan untuk lulusan SMP pada tahun 1950-1953, serta pendidikan pembantu bidan yang dikenal sebagai Penjenjang Kesehatan E (PK/E). Pada tahun 1953, di Yogyakarta dibuka Kursus Tambahan Bidan (KTB) yang bertujuan untuk memperkenalkan lulusan bidan pada perkembangan program kesehatan ibu dan anak sebelum mereka memulai tugasnya di masyarakat. Pada tahun 1954, pendidikan guru bidan mulai diselenggarakan bersama-sama dengan guru perawat di Bandung. Pendidikan ini awalnya berlangsung selama satu tahun, namun kemudian diperpanjang menjadi dua tahun, dan akhirnya tiga tahun. Pada tahun 1972, institusi pendidikan ini dilebur menjadi Sekolah Guru Perawat (SGP).

1.2.5 Pendidikan Kebidanan Sejarah dan Perkembangannya

Pada awalnya, pendidikan bidan di Indonesia menerima calon siswa dari lulusan sekolah perawat dan sekolah bidan. Pada tahun 1970, program pendidikan bidan dibuka kembali untuk lulusan Sekolah Pengatur Rawat (SPR), yang kemudian dilanjutkan dengan dua tahun pendidikan bidan yang dikenal sebagai Sekolah Pendidikan Lanjutan Jurusan Kebidanan (SPLJK). Namun, pendidikan ini tidak diadakan secara merata di seluruh provinsi. Pada tahun 1974, karena jumlah tenaga kesehatan menengah dan bawah yang sangat banyak (24 kategori), Departemen Kesehatan melakukan penyederhanaan pendidikan tenaga kesehatan non-sarjana. Sekolah bidan kemudian ditutup dan digantikan oleh Sekolah Perawat

Kesehatan (SPK), dengan harapan dapat menghasilkan tenaga kesehatan yang multifungsi, termasuk membantu proses persalinan normal. Sayangnya, karena perbedaan filosofi dan kurikulum, terutama yang berkaitan dengan kompetensi seorang bidan, tujuan pemerintah ini tidak tercapai.

Antara tahun 1975 hingga 1984, institusi pendidikan bidan ditutup, sehingga selama satu dekade tidak ada lulusan bidan baru. Namun, organisasi profesi bidan, yaitu Ikatan Bidan Indonesia (IBI), tetap eksis. Pada tahun 1981, dalam upaya meningkatkan kemampuan perawat kesehatan (SPK) dalam layanan kesehatan ibu dan anak, termasuk kebidanan, dibuka program Diploma Kesehatan Ibu dan Anak. Program ini hanya berlangsung selama satu tahun dan tidak dilaksanakan oleh semua institusi.

Pada tahun 1985, program pendidikan bidan dibuka kembali dengan nama Program Pendidikan Bidan (PPB), yang menerima lulusan SPR dan SPK. Lama pendidikan ini adalah satu tahun, dan para lulusannya dikembalikan ke institusi yang mengirim mereka. Tahun 1989, program pendidikan bidan secara nasional dibuka kembali dalam bentuk program crash, yang dikenal sebagai Program Pendidikan Bidan A (PPB/A), di mana lulusan SPK dapat langsung melanjutkan pendidikan bidan. Lulusan dari program ini ditempatkan di desa-desa sebagai pegawai negeri sipil (PNS Golongan II). Pada tahun 1996, status bidan di desa berubah menjadi Pegawai Tidak Tetap (Bidan PTT) dengan kontrak tiga tahun, yang kemudian dapat diperpanjang.

Penempatan bidan di desa (BDD) ini mengubah orientasi tenaga kesehatan. Para bidan harus dipersiapkan tidak hanya dalam kemampuan klinis, tetapi juga dalam komunikasi, konseling, dan kemampuan menggerakkan masyarakat desa untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Meskipun peserta didik dari Program Pendidikan Bidan A cukup banyak, kenyataannya mereka tidak memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang memadai karena durasi pendidikan yang terlalu singkat dan jumlah peserta yang terlalu besar, sehingga kesempatan praktik klinis mereka sangat terbatas.

Pada tahun 1993, dibuka Program Pendidikan Bidan B (PPB B) yang pesertanya adalah lulusan Akademi Perawat (Akper) dengan durasi satu tahun. Tujuannya adalah mempersiapkan tenaga pengajar untuk Program Pendidikan Bidan A. Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa lulusan ini juga tidak mencapai kompetensi yang diharapkan karena durasi pendidikan yang terlalu singkat.

Pada tahun yang sama, dibuka Program Pendidikan Bidan C (PPB C) yang menerima lulusan SMP di 11 provinsi. Program ini berlangsung selama enam semester dan melibatkan kurikulum dengan 3.700 jam. Sejak tahun 1994-1995, pemerintah juga menguji coba Pendidikan Bidan Jarak Jauh (*Distance Learning*) di tiga provinsi dengan tujuan memperluas cakupan peningkatan mutu tenaga kesehatan yang diperlukan untuk peningkatan mutu layanan kesehatan.

Pendidikan kebidanan ini menghadapi berbagai tantangan, termasuk durasi pendidikan yang terlalu singkat dan metode pengajaran yang belum sepenuhnya efektif. Meskipun demikian, berbagai inisiatif seperti pelatihan *Life Saving Skills* (LSS) dan Asuhan Persalinan Normal (APN) telah dilakukan untuk meningkatkan kompetensi bidan, dengan dukungan dari organisasi profesi, pemerintah, dan lembaga internasional.

1.2.6 Paradigma Kebidanan

A. Pengertian Paradigma

Paradigma adalah cara pandang atau model yang digunakan dalam suatu disiplin ilmu atau profesi. Dalam konteks kebidanan, paradigma mengacu pada cara pandang bidan dalam memberikan pelayanan. Keberhasilan bidan dalam bekerja sangat bergantung pada paradigma ini, yang mencakup pandangan terhadap manusia (khususnya perempuan), lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan hubungan timbal balik antara elemen-elemen tersebut.

B. Komponen Paradigma Kebidanan

1. Manusia/Wanita

Wanita adalah makhluk yang utuh dan unik, dengan kebutuhan dasar yang bervariasi sesuai dengan tingkat

perkembangannya. Sebagai penerus generasi, keberadaan wanita yang sehat secara jasmani, rohani, dan sosial sangat penting. Wanita, khususnya ibu, memiliki peran utama dalam keluarga dan merupakan pendidik pertama yang sangat menentukan kualitas manusia.

2. Lingkungan

Lingkungan mencakup semua yang terlibat dalam interaksi individu, termasuk lingkungan fisik, psikososial, biologis, dan budaya. Wanita selalu berinteraksi dengan lingkungannya, baik dalam keluarga, kelompok, maupun masyarakat yang lebih luas.

3. Perilaku

Perilaku manusia adalah hasil dari berbagai pengalaman dan interaksi dengan lingkungannya. Dalam kebidanan, perilaku profesional bidan mencakup kepatuhan pada filosofi etika profesi, tanggung jawab dalam pengambilan keputusan klinis, dan komitmen untuk terus mengikuti perkembangan ilmu dan keterampilan.

4. Pelayanan

Kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah layanan yang diberikan oleh bidan sesuai dengan kewenangannya, dengan tujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Layanan ini mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, dengan sasaran individu, keluarga, dan masyarakat.

5. Keturunan

Kualitas manusia sebagian besar ditentukan oleh keturunan. Anak yang sehat dilahirkan oleh ibu yang sehat, yang kesehatannya dipengaruhi oleh kesiapan sebelum perkawinan, selama kehamilan, dan pasca persalinan.

C. Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan yang lebih luas, dimana peran bidan mencakup konsultasi, kerjasama antar profesional kesehatan, serta rujukan yang disesuaikan dengan

kebutuhan individu klien. Bidan harus mampu mengidentifikasi dan memahami kebutuhan spesifik setiap wanita, serta memberikan dukungan yang memadai untuk membantu mereka menghadapi peran sebagai ibu dengan penuh keyakinan dan kesiapan. Bidan tidak hanya bertindak sebagai pemberi layanan langsung, tetapi juga sebagai koordinator yang bekerja sama dengan berbagai tenaga kesehatan lainnya. Kolaborasi ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap klien mendapatkan perawatan yang tepat dan sesuai dengan kondisinya. Misalnya, jika seorang klien memerlukan perawatan spesialis yang tidak dapat disediakan oleh bidan, bidan harus memiliki kemampuan untuk merujuk klien tersebut ke penyedia layanan yang lebih tepat, sambil tetap memberikan dukungan berkelanjutan. Selain itu, pelayanan kebidanan juga mencakup aspek emosional dan psikologis dari kesehatan wanita. Bidan berperan penting dalam membangun semangat dan meningkatkan rasa percaya diri wanita yang sedang mempersiapkan diri untuk menjadi ibu. Melalui pendekatan yang empatik dan suportif, bidan dapat membantu wanita merasa lebih siap dan yakin dalam menghadapi tantangan-tantangan yang mungkin muncul selama kehamilan, persalinan, dan pasca-persalinan. Ini adalah bagian dari tanggung jawab bidan untuk memastikan bahwa setiap wanita merasa didukung dan diberdayakan dalam setiap tahap perjalanannya sebagai ibu.

D. Macam-macam Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan merupakan rangkaian layanan kesehatan yang mencakup berbagai tahap penting dalam kehidupan reproduksi seorang wanita, mulai dari pra-konsepsi hingga perawatan bayi dan balita. Pada tahap pra-konsepsi, bidan memiliki peran kunci dalam memberikan edukasi dan konseling kepada pasangan yang merencanakan kehamilan. Edukasi ini meliputi informasi tentang kesehatan reproduksi, perencanaan kehamilan yang sehat, serta persiapan fisik dan mental yang diperlukan untuk menghadapi kehamilan. Dengan pendekatan yang

personal dan sensitif terhadap kebutuhan individu, bidan dapat membantu wanita untuk mempersiapkan diri secara optimal sebelum memasuki masa kehamilan. Selama kehamilan berlangsung bidan melanjutkan perannya dengan memberikan perawatan yang komprehensif dan berkelanjutan. Pemeriksaan kehamilan rutin dilakukan untuk memantau kesehatan ibu dan janin, memastikan bahwa kehamilan berlangsung dengan baik. Selain itu, bidan juga memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada ibu hamil, membantu mereka mengatasi kekhawatiran dan stres yang mungkin muncul selama kehamilan. Pendekatan holistik yang diterapkan oleh bidan tidak hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga mempertimbangkan kebutuhan emosional, spiritual, dan sosial ibu, sehingga perawatan yang diberikan benar-benar menyeluruh dan berpusat pada pasien.

Pada saat persalinan, bidan berperan sebagai penolong utama yang mendampingi ibu dalam proses melahirkan. Dengan keahlian dan keterampilannya, bidan memastikan bahwa persalinan berlangsung aman, baik bagi ibu maupun bayi. Mereka memberikan dukungan yang penuh empati, serta menghormati pilihan dan preferensi ibu selama proses persalinan. Bidan juga bertanggung jawab untuk memberikan intervensi medis yang diperlukan, jika terjadi komplikasi, dengan tetap menjaga suasana yang tenang dan mendukung. Asuhan kebidanan pada tahap ini sangat penting untuk memastikan kelancaran proses persalinan dan keselamatan kedua belah pihak.

Setelah persalinan bidan melanjutkan perawatannya dengan memberikan asuhan selama masa nifas, yang merupakan periode penting bagi pemulihan ibu dan adaptasi terhadap peran baru sebagai ibu. Bidan memberikan pengetahuan dan dukungan mengenai perawatan diri pasca melahirkan, menyusui, serta pemantauan kesehatan bayi. Perawatan ini dilakukan dengan pendekatan yang penuh perhatian, mengakui bahwa masa nifas adalah waktu yang penuh dengan perubahan fisik dan emosional bagi ibu. Bidan berperan dalam

membantu ibu menavigasi tantangan-tantangan ini, memastikan bahwa mereka merasa didukung dan diberdayakan dalam peran barunya. Selain itu, asuhan kebidanan juga meliputi perawatan bayi dan balita, yang merupakan lanjutan dari perawatan yang dimulai sejak kehamilan. Bidan memberikan edukasi kepada ibu tentang cara merawat bayi dengan benar, termasuk dalam hal menyusui, menjaga kebersihan, dan memastikan bayi tumbuh dengan sehat. Layanan ini juga mencakup pemantauan perkembangan bayi, deteksi dini terhadap potensi masalah kesehatan, serta pemberian imunisasi yang sesuai. Dengan pendekatan holistik yang mengutamakan kebutuhan personal wanita dan keluarganya, bidan berperan penting dalam mendukung kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh, dari tahap pra-konsepsi hingga masa kanak-kanak.

E. Manfaat Paradigma dalam Pelayanan Kebidanan

Paradigma kebidanan berfungsi sebagai kerangka kerja yang penting bagi bidan dalam menilai kondisi klien, memahami permasalahan yang dihadapi, dan mengidentifikasi kebutuhan yang perlu diatasi. Dengan panduan ini, bidan dapat merencanakan dan melaksanakan asuhan yang lebih terarah dan berkualitas. Paradigma ini memungkinkan bidan untuk tidak hanya memberikan perawatan fisik, tetapi juga memperhatikan aspek emosional dan sosial klien, sehingga asuhan yang diberikan menjadi lebih komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan individu setiap klien.

Bagi klien, penerapan paradigma kebidanan memberikan banyak manfaat, terutama dalam hal kenyamanan dan rasa aman selama menerima perawatan. Dengan pendekatan yang berpusat pada klien, mereka merasa lebih terlibat dalam menjaga kesehatan diri dan bayinya. Klien menjadi lebih sadar akan pentingnya peran serta aktif dalam perawatan, yang pada akhirnya dapat mendorong perilaku sehat yang berdampak positif pada kesehatan ibu dan anak. Pendekatan ini juga membantu

membangun hubungan yang lebih kuat antara bidan dan klien, yang didasarkan pada kepercayaan dan komunikasi yang baik. Paradigma kebidanan tidak hanya berfungsi sebagai pedoman bagi bidan dalam praktik klinis, tetapi juga memastikan bahwa pelayanan yang diberikan benar-benar berfokus pada kesejahteraan wanita, keluarganya, dan masyarakat luas. Dengan menempatkan kebutuhan klien sebagai prioritas utama, bidan dapat memberikan perawatan yang lebih holistik dan bermakna. Pendekatan ini juga berperan dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan reproduksi, yang pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

1.3 Filosofi Dan Profesionalisme Bidan

1.3.1 Pengertian Filosofi Kebidanan

Filosofi kebidanan merupakan landasan dasar yang membentuk pandangan dan pendekatan bidan dalam memberikan perawatan. Filosofi ini berakar pada keyakinan bahwa setiap wanita memiliki hak untuk mendapatkan perawatan yang aman, bermartabat, dan sesuai dengan kebutuhan individunya. Filosofi kebidanan menggarisbawahi pentingnya menghormati pilihan dan otonomi pasien, dengan mempertimbangkan faktor-faktor sosial, budaya, dan emosional yang mempengaruhi kesehatan reproduksi wanita. Dalam praktik kebidanan, filosofi ini diterapkan melalui pendekatan yang holistik, yang tidak hanya berfokus pada aspek medis tetapi juga pada kesejahteraan mental dan emosional pasien.

Prinsip-prinsip dasar dalam filosofi kebidanan mencakup pengakuan atas keberagaman, inklusivitas, dan perlindungan hak-hak reproduksi. Filosofi ini juga menekankan pentingnya komunikasi yang efektif antara bidan dan pasien, dengan tujuan menciptakan hubungan yang saling percaya dan menghargai. Bidan dituntut untuk selalu mendengarkan dan memahami kebutuhan pasien, serta memberikan informasi yang akurat dan berbasis bukti. Dengan demikian, filosofi kebidanan tidak hanya menjadi pedoman dalam praktik sehari-hari, tetapi juga menjadi

alat untuk memberdayakan wanita dalam mengambil keputusan yang berkaitan dengan kesehatannya.

Peran filosofi kebidanan dalam praktik sehari-hari sangat krusial. Filosofi ini membantu bidan untuk tetap fokus pada tujuan utama dari profesinya, yaitu memberikan perawatan yang berkualitas dan berpusat pada pasien. Dalam setiap tindakan, bidan harus selalu mempertimbangkan dampak jangka panjang terhadap kesehatan pasien dan keluarganya. Hal ini termasuk memberikan edukasi yang tepat mengenai perawatan prenatal, persalinan, dan perawatan pascapersalinan, serta mendukung pasien dalam setiap tahap kehamilan. Filosofi kebidanan mendorong bidan untuk terus belajar dan beradaptasi dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kesehatan.

Filosofi kebidanan juga mendorong pendekatan kolaboratif dengan tenaga kesehatan lainnya. Dalam lingkungan kerja yang interdisipliner, bidan perlu bekerja sama dengan dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan terpadu. Kolaborasi ini penting untuk memastikan bahwa setiap aspek dari perawatan pasien ditangani dengan baik, dan bahwa pasien menerima perawatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Filosofi kebidanan memastikan bahwa setiap anggota tim kesehatan memahami perannya dalam mendukung kesehatan dan kesejahteraan pasien.

Dengan demikian, filosofi kebidanan bukan hanya sekadar teori, tetapi merupakan panduan praktis yang menuntun bidan dalam setiap aspek pekerjaannya. Dari perencanaan perawatan hingga pelaksanaan tindakan, filosofi ini memastikan bahwa setiap wanita mendapatkan perawatan yang terbaik, sesuai dengan standar profesionalisme dan etika. Filosofi kebidanan yang kuat akan membantu bidan untuk tetap setia pada nilai-nilai inti profesinya, sekaligus beradaptasi dengan perubahan dan tantangan yang ada di lapangan.

1.3.2 Aspek Filosofis dalam Praktik Kebidanan

Pendekatan holistik dalam kebidanan merupakan salah satu penerapan dari filosofi kebidanan. Pendekatan ini

menekankan pentingnya melihat pasien sebagai individu yang utuh, yang kebutuhan kesehatannya tidak hanya terbatas pada aspek fisik tetapi juga mencakup aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Dalam praktiknya, bidan harus mampu mengidentifikasi dan merespons kebutuhan-kebutuhan ini dengan memberikan perawatan yang sesuai dan mendukung kesejahteraan pasien secara keseluruhan. Pendekatan holistik ini juga mengakui bahwa setiap pasien memiliki latar belakang dan pengalaman yang unik, yang harus dihormati dan dipertimbangkan dalam penyusunan rencana perawatan.

Etika dan nilai-nilai moral memainkan peran penting dalam filosofi kebidanan. Dalam menjalankan tugasnya, bidan harus selalu mengedepankan integritas, kejujuran, dan penghormatan terhadap hak-hak pasien. Etika kebidanan menuntut bidan untuk selalu bertindak demi kepentingan terbaik pasien, tanpa mengesampingkan standar profesionalisme dan aturan hukum yang berlaku. Nilai-nilai moral ini juga menuntut bidan untuk menjaga kerahasiaan informasi pasien, serta memastikan bahwa setiap tindakan yang diambil berdasarkan persetujuan yang diinformasikan (*informed consent*). Dengan demikian, etika dan nilai-nilai moral menjadi fondasi dalam membangun kepercayaan antara bidan dan pasien.

Hubungan antara filosofi kebidanan dan kesehatan reproduksi sangat erat. Filosofi kebidanan yang menekankan pentingnya otonomi pasien dan pendekatan holistik mendukung upaya peningkatan kesehatan reproduksi wanita. Dalam konteks ini, bidan memiliki peran sentral dalam memberikan edukasi dan layanan yang berkualitas, mulai dari perencanaan kehamilan, pemantauan kehamilan, persalinan, hingga perawatan pascapersalinan. Filosofi ini juga menekankan pentingnya pencegahan dan deteksi dini terhadap masalah kesehatan reproduksi, serta pemberdayaan wanita untuk mengambil keputusan yang tepat terkait dengan kesehatannya. Dengan pendekatan yang berbasis filosofi ini, bidan dapat membantu mengurangi angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan kualitas hidup wanita.

Penerapan filosofi kebidanan dalam praktik sehari-hari tidak terlepas dari tantangan. Salah satu tantangan yang sering dihadapi adalah perbedaan pandangan antara bidan dan pasien atau keluarga pasien, terutama terkait dengan nilai-nilai budaya dan tradisi yang mungkin berbeda. Dalam situasi ini, bidan dituntut untuk bersikap bijaksana dan sensitif, dengan tetap berpegang pada prinsip-prinsip filosofi kebidanan. Tantangan lainnya adalah keterbatasan sumber daya, baik dalam hal waktu, tenaga, maupun fasilitas, yang dapat mempengaruhi kualitas perawatan. Namun, dengan komitmen yang kuat terhadap filosofi kebidanan, bidan dapat mencari solusi kreatif dan adaptif untuk memberikan perawatan yang optimal.

Dengan demikian, aspek filosofis dalam praktik kebidanan merupakan elemen penting yang harus selalu diintegrasikan dalam setiap langkah perawatan. Filosofi ini tidak hanya membantu bidan untuk memberikan perawatan yang bermakna dan berpusat pada pasien, tetapi juga membentuk identitas profesional bidan sebagai pelaku utama dalam menjaga kesehatan reproduksi wanita. Dengan mengedepankan nilai-nilai filosofi kebidanan, bidan dapat menghadapi berbagai tantangan dalam praktiknya dengan tetap berpegang pada prinsip-prinsip yang mendasari profesinya.

1.3.3 Profesionalisme dalam Kebidanan

Profesionalisme dalam kebidanan merupakan salah satu pilar utama yang mendukung kualitas pelayanan kesehatan. Profesionalisme mengacu pada sikap, perilaku, dan kompetensi yang harus dimiliki oleh bidan dalam menjalankan tugasnya. Seorang bidan yang profesional tidak hanya terampil dalam aspek teknis perawatan, tetapi juga memiliki integritas, etika, dan tanggung jawab yang tinggi terhadap pasien dan profesinya. Profesionalisme juga mencakup komitmen untuk terus belajar dan mengembangkan diri, serta beradaptasi dengan perubahan dan perkembangan dalam ilmu kebidanan. Dengan menjaga standar profesionalisme yang tinggi, bidan dapat memberikan pelayanan yang aman, efektif, dan bermartabat.

Kompetensi inti yang harus dimiliki oleh bidan mencakup berbagai aspek, mulai dari keterampilan klinis hingga

kemampuan komunikasi dan manajemen. Keterampilan klinis meliputi kemampuan untuk melakukan pemeriksaan, diagnosis, dan intervensi yang tepat dalam berbagai situasi kebidanan. Selain itu, bidan juga harus mampu berkomunikasi dengan baik, baik dengan pasien maupun dengan rekan kerja lainnya, untuk memastikan bahwa semua pihak terlibat dalam proses perawatan. Kompetensi manajemen juga penting, terutama dalam mengelola waktu, sumber daya, dan tenaga kerja dalam lingkungan kerja yang sering kali penuh tekanan. Semua kompetensi ini harus terus diasah dan diperbarui melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan.

Standar profesionalisme dan kode etik kebidanan menjadi panduan bagi bidan dalam menjalankan tugasnya. Kode etik kebidanan mencakup prinsip-prinsip moral dan etika yang harus diikuti oleh setiap bidan, termasuk penghormatan terhadap hak-hak pasien, kerahasiaan, dan keadilan dalam pelayanan. Standar profesionalisme, di sisi lain, menetapkan ekspektasi terhadap kinerja dan perilaku bidan dalam berbagai situasi. Kedua elemen ini saling melengkapi dan memastikan bahwa bidan selalu bertindak sesuai dengan nilai-nilai yang dijunjung tinggi dalam profesinya. Dengan mengikuti standar dan kode etik ini, bidan dapat membangun kepercayaan dan rasa hormat dari pasien dan rekan kerja.

Implementasi profesionalisme dalam praktik kebidanan memerlukan dukungan dari berbagai pihak, termasuk institusi pendidikan, organisasi profesi, dan pemerintah. Institusi pendidikan memainkan peran penting dalam membentuk profesionalisme bidan melalui kurikulum yang berfokus pada pengembangan kompetensi dan etika. Organisasi profesi, seperti Ikatan Bidan Indonesia (IBI), juga memiliki peran dalam menetapkan standar profesionalisme dan memberikan dukungan bagi bidan dalam menjalankan tugasnya. Sementara itu, pemerintah memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa regulasi dan kebijakan yang mendukung profesionalisme dalam kebidanan diterapkan dengan baik. Kolaborasi antara semua pihak ini sangat penting untuk memastikan bahwa profesionalisme tetap menjadi prioritas dalam pelayanan kebidanan.

Dengan demikian, profesionalisme dalam kebidanan bukanlah sekadar konsep, tetapi merupakan praktik nyata yang harus dijalankan setiap hari. Bidan yang profesional tidak hanya memberikan perawatan yang berkualitas, tetapi juga menjadi teladan bagi generasi bidan berikutnya. Profesionalisme yang kuat akan membantu bidan untuk menghadapi tantangan dalam pekerjaannya dengan percaya diri dan integritas, serta memberikan kontribusi yang berarti bagi kesehatan masyarakat, khususnya dalam bidang kesehatan reproduksi dan kebidanan.

1.3.4 Implementasi Filosofi dan Profesionalisme dalam Pendidikan D3 Kebidanan

Pendidikan D3 Kebidanan memiliki peran krusial dalam membentuk filosofi dan profesionalisme bidan masa depan. Kurikulum pendidikan kebidanan dirancang untuk mengintegrasikan filosofi kebidanan ke dalam setiap aspek pembelajaran, mulai dari teori hingga praktik. Mahasiswa dibimbing untuk memahami pentingnya filosofi kebidanan dalam memberikan perawatan yang holistik dan berpusat pada pasien. Mereka diajarkan untuk menghormati hak-hak pasien, mendengarkan dengan empati, dan memberikan perawatan yang sesuai dengan nilai-nilai budaya dan sosial pasien. Melalui pendekatan ini, pendidikan D3 Kebidanan tidak hanya berfokus pada pengembangan keterampilan teknis, tetapi juga pada pembentukan karakter dan sikap profesional.

Peran pendidikan dalam membentuk profesionalisme bidan juga sangat penting. Dalam program D3 Kebidanan, mahasiswa dilatih untuk memahami dan menginternalisasi standar profesionalisme yang berlaku dalam praktik kebidanan. Ini termasuk pemahaman tentang kode etik kebidanan, pentingnya kerahasiaan, dan tanggung jawab moral yang harus dijalankan dalam setiap tindakan. Mahasiswa juga diajarkan tentang pentingnya komunikasi yang efektif dan kolaborasi dengan rekan kerja dalam lingkungan kerja yang sering kali penuh tekanan. Dengan demikian, pendidikan D3 Kebidanan tidak hanya mempersiapkan mahasiswa untuk menjadi bidan

yang kompeten, tetapi juga profesional yang etis dan bertanggung jawab.

Evaluasi kinerja merupakan komponen penting dalam implementasi filosofi dan profesionalisme dalam pendidikan D3 Kebidanan. Melalui evaluasi yang terus-menerus, mahasiswa dapat menilai sejauh mana mereka telah menguasai kompetensi yang diperlukan dan memahami filosofi kebidanan. Evaluasi ini melibatkan penilaian dari dosen, supervisor klinik, dan pasien, yang semuanya memberikan umpan balik yang berharga bagi mahasiswa. Selain itu, evaluasi juga mendorong mahasiswa untuk terus belajar dan berkembang, dengan fokus pada peningkatan kualitas perawatan yang mereka berikan. Dengan adanya evaluasi yang komprehensif, pendidikan D3 Kebidanan memastikan bahwa setiap lulusan siap untuk menjalankan tugasnya sebagai bidan profesional yang kompeten dan bermoral.

Pengembangan profesional berkelanjutan juga merupakan bagian penting dari pendidikan D3 Kebidanan. Setelah lulus, bidan diharapkan untuk terus mengembangkan diri melalui pendidikan lanjutan, pelatihan, dan partisipasi dalam kegiatan-kegiatan yang mendukung peningkatan kompetensi dan profesionalisme. Pendidikan D3 Kebidanan memberikan dasar yang kuat untuk pengembangan ini, dengan mendorong mahasiswa untuk berkomitmen pada pembelajaran seumur hidup. Ini penting karena dunia kebidanan terus berkembang, dengan adanya penemuan-penemuan baru dalam ilmu pengetahuan dan teknologi yang mempengaruhi praktik kebidanan. Dengan berkomitmen pada pengembangan profesional berkelanjutan, bidan dapat terus memberikan perawatan yang sesuai dengan standar tertinggi.

Dengan demikian, implementasi filosofi dan profesionalisme dalam pendidikan D3 Kebidanan merupakan proses yang berkelanjutan dan menyeluruh. Pendidikan ini tidak hanya berfokus pada pembentukan kompetensi teknis, tetapi juga pada pembentukan karakter dan sikap profesional yang diperlukan dalam praktik kebidanan. Dengan pendekatan yang komprehensif ini, pendidikan D3 Kebidanan berperan penting dalam mencetak bidan-bidan yang siap menghadapi

tantangan di lapangan dengan integritas, kompetensi, dan komitmen yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas.

1.3.5 Tantangan dalam Menerapkan Filosofi dan Profesionalisme Kebidanan

Penerapan filosofi dan profesionalisme kebidanan dalam praktik sehari-hari tidak terlepas dari berbagai tantangan. Salah satu tantangan utama adalah perbedaan pandangan dan nilai antara bidan dan pasien atau keluarganya, yang sering kali dipengaruhi oleh faktor budaya, agama, dan tradisi. Dalam situasi ini, bidan dituntut untuk memiliki keterampilan komunikasi yang baik serta kemampuan untuk memahami dan menghormati perspektif yang berbeda, tanpa mengorbankan standar profesionalisme dan filosofi kebidanan yang dianut. Tantangan ini semakin kompleks ketika dihadapkan pada kondisi sosial ekonomi yang mempengaruhi akses pasien terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.

Keterbatasan sumber daya juga menjadi tantangan yang signifikan dalam penerapan filosofi dan profesionalisme kebidanan. Keterbatasan ini dapat berupa kurangnya tenaga kerja, fasilitas yang tidak memadai, atau kurangnya waktu untuk memberikan perawatan yang optimal. Dalam kondisi seperti ini, bidan dituntut untuk menjadi kreatif dan adaptif, mencari cara untuk memberikan perawatan yang tetap bermutu meskipun dengan sumber daya yang terbatas. Selain itu, bidan juga perlu bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang komprehensif dan terpadu, sesuai dengan filosofi kebidanan yang holistik.

Tantangan lainnya adalah perubahan teknologi dan ilmu pengetahuan yang cepat, yang mempengaruhi praktik kebidanan. Bidan harus selalu memperbarui pengetahuan dan keterampilannya agar dapat mengikuti perkembangan terbaru dalam bidang kesehatan reproduksi. Namun, ini bukan tugas yang mudah, terutama bagi bidan yang bekerja di daerah dengan akses terbatas terhadap pendidikan dan pelatihan lanjutan. Dalam menghadapi tantangan ini, penting bagi bidan untuk tetap berkomitmen pada pembelajaran seumur hidup dan

memanfaatkan setiap kesempatan untuk mengembangkan diri. Dukungan dari institusi pendidikan, organisasi profesi, dan pemerintah sangat diperlukan untuk menyediakan akses terhadap pendidikan dan pelatihan yang berkualitas.

Selain itu, tekanan kerja yang tinggi juga dapat mempengaruhi kemampuan bidan untuk menerapkan filosofi dan profesionalisme dalam praktiknya. Beban kerja yang berat, waktu kerja yang panjang, dan tekanan dari lingkungan kerja dapat menyebabkan kelelahan fisik dan mental, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan. Untuk mengatasi tantangan ini, penting bagi bidan untuk memiliki mekanisme coping yang baik serta dukungan dari rekan kerja dan atasan. Organisasi profesi juga memiliki peran dalam memberikan dukungan dan sumber daya yang diperlukan bagi bidan untuk menjaga kesejahteraan mental dan fisik mereka.

Meskipun banyak tantangan yang dihadapi, bidan tetap harus berpegang pada filosofi dan profesionalisme yang menjadi landasan dalam praktik kebidanan. Dengan komitmen yang kuat terhadap nilai-nilai ini, bidan dapat mengatasi berbagai hambatan dan tetap memberikan perawatan yang berkualitas dan bermartabat. Dukungan dari berbagai pihak, termasuk institusi pendidikan, organisasi profesi, dan pemerintah, sangat penting untuk memastikan bahwa bidan dapat menjalankan tugasnya dengan baik dan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Tantangan ini bukanlah halangan, melainkan kesempatan bagi bidan untuk terus berkembang dan memberikan kontribusi yang lebih besar dalam bidang kesehatan reproduksi.

DAFTAR PUSTAKA

- Bryar, R (1995) Theory of Midwifery Practice Edisi 1. Maemillan, Houndmillo
- Varney.H (1997) Varney's Midwifery Jones and Bartlett Publishers, Sudbury.
- Pyne, RH (1992) Profesionaldisiplin in Nurshing, Midwifery and Health Visiting, Edisi 2, Balackl well Scienetifik. London
- Sweet, BR (1997). Mayes Midwifery A Text Book for Midwives, Twelfth Edition, Bailliere Tindal, London
- Konsep KebidananDepKes RI 51 Tahun IBI, Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia, Jakarta

BAB 2

ANATOMI DAN FAIOLOGI REPRODUKSI

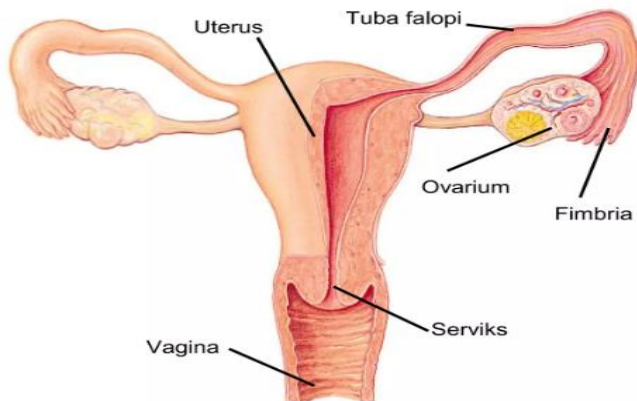
2.1 Pendahuluan

Alat kandungan merupakan bagian dari tubuh digunakan untuk proses reproduksi. Proses pembentukan sel ovum dan atau sperma.

Organ reproduksi wanita merupakan bagian penting yang perlu mendapatkan perhatian. Alat kandungan jika tidak dijaga dengan baik, terdapat potensi untuk terjadinya beragam infeksi. Bila tidak dijaga dengan baik dapat mengakibatkan berbagai komplikasi. Sistem reproduksi wanita terdiri dari organ internal dan eksternal yang berperan dalam fungsi seksual dan produksi keturunan (Farming dkk, 2024).

2.2 Anatomi Sistem Reproduksi Wanita

Organ reproduksi wanita lebih banyak terletak padabagian dalam yang meliputi: (Fajrian dkk, 2024).

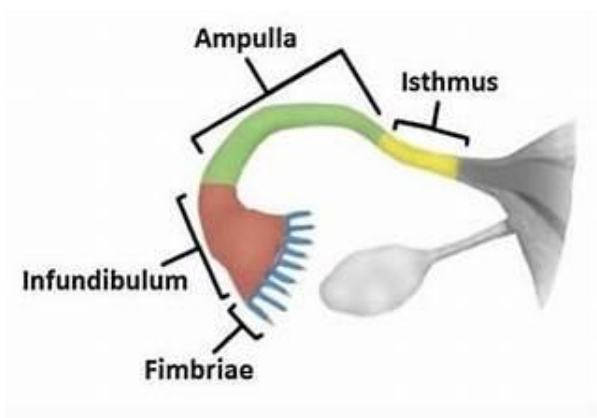


Gambar 2.1. Sistem Reproduksi Wanita

Sumber:https://www.slideshare.net/slideshow/11reproduksi/41334702?from_search=0

2.2.1 Tuba Falopi

Jalur penghubung antara ovarium dan uterus yang memiliki fungsi untuk pergerakan sel telur. Bentuk dari tuba falopi lebih menyerupai tabung kecil yang menempel di bagian atas uterus. Sel telur yang dihasilkan oleh ovarium akan diteruskan ke dalam uterus melalui saluran uterin dan sering juga disebut saluran telur. Saluran ini memiliki panjang kira-kira 10 cm terletak antara lipatan ligamen lebar uterus. Di bagian ujung distal memiliki saluran terdapat suatu bagian terbuka yang berbentuk corong dan disebut infundibulum, letaknya yang dekat dengan ovarium tetapi tidak menempel. Infundibulum dikelilingi rumbai dari tonjolan yang menyerupai jari yang disebut fimbriae. Dari infundibulum saluran ovum diteruskan ke uterus dan menempel dibagian lateral sudut atas uterus. Pada saluran ovum terdapat bagian paling lebar dan panjang yang disebut ampula, sedangkan bagian yang sempit, pendek dan berdinding rapat bersatu dengan uterus disebut istmus.



Gambar 2.2. Tuba Falopi

Sumber: <https://www.ruangbiologi.co.id/bagian-tuba-fallop>

Saluran telur terdiri atas tiga lapisan yaitu nurkosa yang disusun oleh sel kolumnar bersilia yang berfungsi membantu pergerakan dan nutrisi sel telur. Lapisan muskularis, disusun oleh otot polos yang rapat melingkar di sebelah dalam dan otot polos memanjang di sebelah luar. Kontraksi peristaltic dari otot

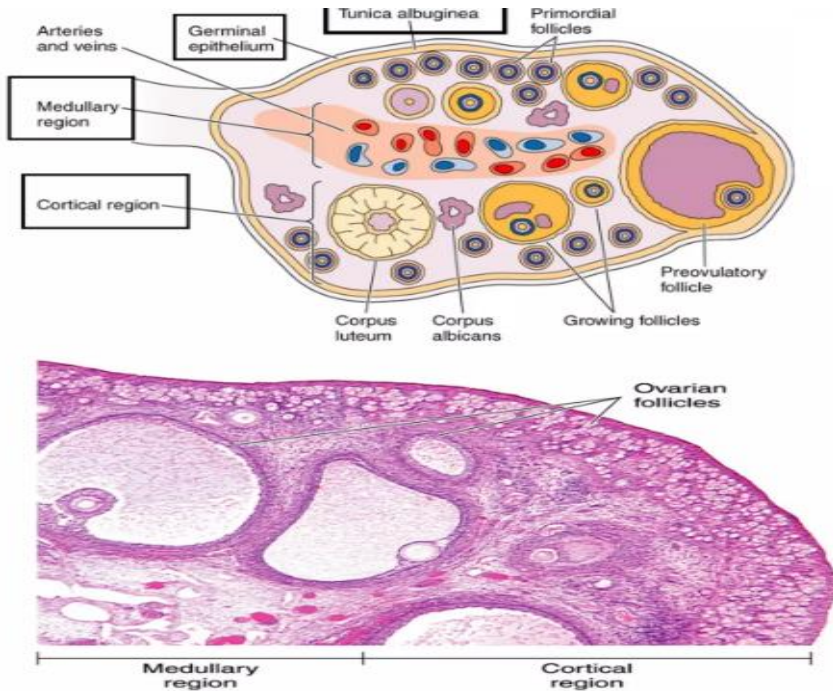
akan membantu gerakan sel telur ke uterus. Lapisan yang paling luar dinamakan serosa.

Tuba Falopi memiliki peran dalam reproduksi. Beberapa fisiologi Tuba Falopi yaitu:

1. Menangkap ovum saat terjadi ovulasi. Selama ovulasi fimbriae melebar membantu pergerakan oosit yang dilepaskan oleh ovarium ke tuba Falopi.
2. Tempat terjadinya fertilisasi.
3. Tempat perkembangan hasil konsepsi sampai dengan tahap blastula
4. Membantu pergerakan hasil konsepsi sampai dengan ke cavum uteri dengan gerakan peristaltic otot tuba falopi serta gerakan silia

2.2.2 Ovarium

Yakni sebuah kelenjar yang memiliki fungsi menghasilkan sel telur, hormon progesteron, serta hormon estrogen. Ovarium berbentuk bulat atau obaldengan ukuran kecil dan letaknya di ke dua sisi uterus. Organ ini adalah sepasang kelenjar berbentuk bulat atau oval yang letaknya berada di atas rongga pelvis yang masing - masing di sisi uterus. Ovarium akan selalu berada di posisinya itu karena ovarium di ikat oleh ligamenligamen dan menempel pada ligamen lebar uterus oleh dua lapisan peritoneum yang melipat di sebut mesovarium. Mesovarium ini mengelilingi ovarium dan ligamen ovarium. Ovarium bersatudi bagian uterus ligamen ovarium dan dilengketkan ke dinding pelvis oleh ligamen suspensoris. Di setiap ovarium mempunyai hilus tempat masuknya pembuluh darah dan syaraf.



Gambar 2.3. Ovarium

Sumber: <https://www.slideshare.net/slideshow/histologic-structure-of-female-genital-system-1630453/1630453#3>

Bagian yang terdapat di ovarium adalah :

1. Epithelium germinatum lapisan epitel kuboiald sederhana yang menutupi permukaan ovarium dan berfungsi sebagai sumber folikel ovarium.
2. Tunica albugenia, merupakan pembungkus yang terbuat dari jaringan ikat kolagen, terletak di sebelah bawah epitel germinatum.
3. Stroma, jaringan ikat terletak di bawah tunica albugenia. Terdiri atas 2 lapisan yakni korteks dan medula. Pada bagian kortektes terdapat berbagai folikel ovarium.
4. Folikel ovarium, adalah ovum dan jaringan-jaringan di sekitarnya yang terdapat dalam bermacam-macam tingkat perkembangan

5. Folikel graf, suatu kelenjar endokrin yang berasal dari ovum yang telah matang. Bagian ini menghasilkan hormon estrogen.
6. Corpus luteum kelenjar berkembang dari folikel graff setelah terjadi ovulasi.

Ovarium mempunyai 2 fungsi penting yakni:

1. Memproduksi oosit atau ovum. Ovarium adalah organ yang didalamnya gamet disimpan serta dikembangkan sebelum terjadi ovulasi. Proses maturasi dikontrol hipotalamus dan hipofisis anterior untuk mengeluarkan gonadotropin (FSH dan LH). Folikel yang ada di dalam keadaan istirahat terdapat oosit primordial yang dikelilingi sel granulosa dan disekitarnya terdapat sekelompok sel yang disebut sel teka yang menghasilkan androgen dan kemudian dikonversi menjadi estrogen oleh sel - sel granulosa.
2. Menghasilkan hormone steroid seks
3. Sebagai wadah terjadinya konsepsi dan iasanya terjadi di ampulla tuba.
4. Sebagai wadah berkembangnya hasil konsepsi sampai dengan tahap blastula
5. Membantu pergerakan hasil konsepsi sampai ke cavum uteri dengan gerakan peristaltic otot tuba dan gerakan silia.

2.2.3 Vagina

Vagina adalah wadah keluarnya haid serta wadah penerima penis selama terjadinya koitus. Vagina juga merupakan organ yang berotot yang berbentuk seperti tabung dan yang dibatasi oleh selaput mukosa. Panjangnya kemungkinan 10 cm dan memanjang dari cervix hingga vestibula serta bagian atas langsung terhubung dengan uterus.

Vagina di kelilingi vornix yang menepel di servix. Bagian posterior terletak lebih dalam dari pada fornix ventral serta dua buah fornix lateral. Fornix memungkinkan agar penggunaan atau pemasangan kontraseptik. Mukosa vagina mengandung glikogen dengan melalui proses dekomposisi untuk menghasilkan asam organik. Asam organik mengakibatkan pH di vagina menjadi asam sehingga menghambat pertumbuhan

mikroorganisme. Keadaan ini merupakan sesuatu yang tidak memberikan keuntungan pada sperma, karena cairan sperma memiliki peranan untuk menetralkan keadaan asam.

Vagina berfungsi sebagai jalur penghubung antara serviks dan Bagian luar tubuh. Selain itu, vagina juga berfungsi Sebagai jalan keluar bayi saat proses melahirkan. Pada saat berhubungan intim organ ini berguna untuk jalur penetrasi penis sehingga sel sperma dapat masuk dan bertemu dengan sel telur.

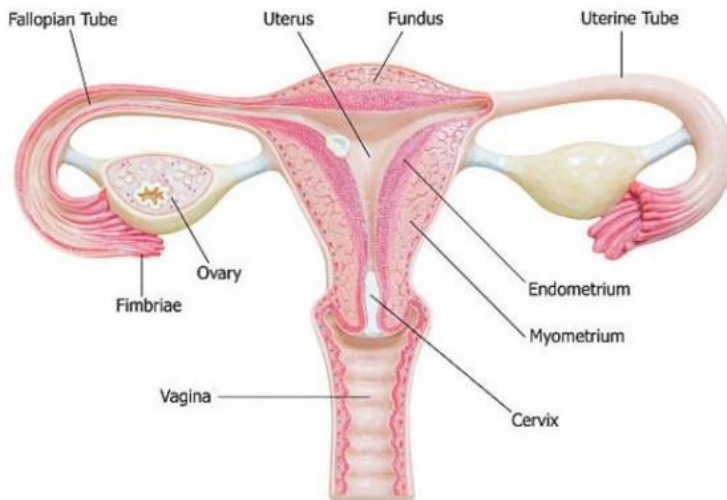
2.2.4 Uterus

Uterus memiliki fungsi sebagai wadah janin berkembang ketika terjadi kehamilan. Bentuknya menyerupai buah Pir yang berongga. Uterus terbagi atas 3 bagian :

1. Fundus, yang merupakan bagian yang paling atas.
2. Badan, yang merupakan bagian utama dari uterus.
3. Cervix, yang merupakan bagian paling bawah yang langsung berhubungan dengan vagina.

Uterus memiliki 3 lapisan jaringan diantaranya :

1. Perimetrium (serosa), lapisan yang paling luar. Ke arah lateral menjadi ligamen lebar dan ke anterior setelah melalui kantung kemih dan akan membentuk kantung dangkal yang disebut kantung vesicouterine.
2. Myometrium, lapisan tengah membentuk dinding uterus menjadi lebar.
3. Endometrium, lapisan paling dalam berupa membran mukosa yang tersusun dua lapisan dasar yakni stratum functionalis dan stratum basalis. Endometrium mempunyai beberapa kelenjar. Darah akan disuplai uterus oleh cabang arteri iliaca yang disebut arteri verus. Cabang arteri iliaca sendiri disebut arteri uterina yang tersusun di myometrium. Darah yang dari uterus akan dikembalikan melewati vena uterus.



Gambar 2.4. Uterus

Sumber: <https://newstempo.github.io/news/post/gambar-alat-reproduksi-wanita>

Wanita juga memiliki beberapa organ tambahan, seperti Labium mayor, Labium Minore, kelenjar Bartholini, Serta Klitoris. Organ organ tersebut berfungsi untuk:

1. Melindungi bagian dalam wanita dari bermacam jenis infeksi
2. Memicu hasrat seksual pada wanita
3. Sebagai jalur yang memungkinkan sperma untuk masuk ke dalam tubuh wanita dan mencapai sel telur setiap wanita memiliki empat hormon utama yaitu FSH dan LH Yang membantu proses produksi sel telur di ovarium. Yang lainnya adalah hormon yang berperan penting untuk kehamilan yaitu hormon estrogen dan progesterone.

2.2.5 Vulva

Secara kolektif genetalia eksterna disebut vulva yang berbentuk lonjong vulva juga melindungi organ - organ genetalia eksterna. Vulva di bagian anterior dibatasi oleh klitoris, lateral labia minora dan dorsal oleh perineum. Bagian vestibulum dikelilingi oleh introitus vagina dan meatus urethra.

Vulva adalah kumpulan beberapa organ, genitalia baik itu genetalia maupun genetalian internal. Bagian-bagian tersebut meliputi :

1. Veneris (mons pubis), suatu daerah yang ditumbuhi oleh rambut kemaluan yang kasar.
2. Labium mayor, terdapat dua buah merupakan lipatan longitudinal kulit yang meluas ke arah bawah dan ke arah belakang.
3. Klitoris, suatu masa kecil berbentuk silindris dari jaringan epitel dan syaraf. Terletak sebelah anterior, bersatu dengan labium minor. Lapisan kulit prepuce dibentuk di titik pertemuan labium minor serta menutupi klitoris.
4. Vestibula, celah yang terdapat di labium minor. Vestibula terdapat himen, lubang vaginal uretra, serta lubang dari beberapa saluran. Lubang vagina adalah bagian yang paling besar pada vestibula dan dibatasi oleh himen.

Vulva terdiri beberapa muara yaitu:

1. Ada 2 muara kelenjar Bartholin yang berdekatan Fourchette. Saat terjadi rangsangan, kelenjar Bartholins mengeluarkan cairan kental yang sebagai bahan pelumas saat melakukan hubungan seksual.
2. Dan ada 2 kelenjar Skene yang berdekatan meatus uretra. Kelenjar Skene sama dengan kelenjar prostat pada pria. Fungsi kelenjar Skene yaitu untuk mengeluarkan cairan untuk lubrikasi lubang uretra serta berperan dalam fungsi anti mikroba melindungi infeksi saluran kemih.

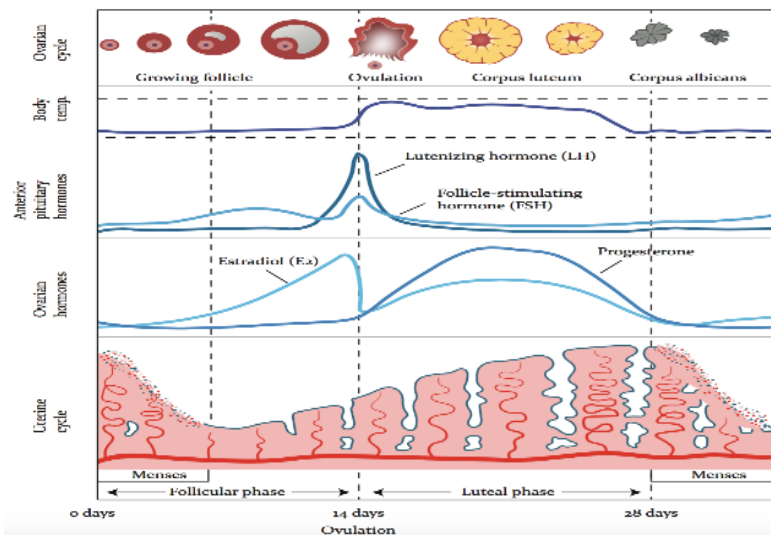
2.2.6 Kelenjar Payudara

Kelenjar payudara memiliki satu pasang serta merupakan modifikasi dari kelenjar keringat yang letaknya di atas otot dada menempel pada otot tersebut oleh jaringan ikat. Masing - masing kelenjar payudara memiliki kisaran 15 – 20 lobus yang dipisahkan oleh jaringan lemak. Jumlah jaringan lemak ditentukan besar payudara, namun besar payudara tidak memiliki hubungan dengan jumlah produksi air susu. Lobus mempunyai beberapa lobulus dan disusun oleh jaringan - jaringan ikat dengan kelenjar- kelenjar yang memiliki bentuk

menyerupai buah anggur. Kelenjar - kelenjar ini mengeluarkan air susu disebut alveoli.

2.3 Siklus Menstruasi

Proses yang terjadi di ovarium di kelompokkan terdiri atas 3 fase yaitu Fase pertama disebut folikuler, diikuti fase ovulasi dan terakhir fase luteal.



Gambar 2.5. Siklus Menstruasi

Sumber: <https://tambahpinter.com/sistem-reproduksi-manusia/>

Fase folikuler adalah fase perkembangan ovum yang dimulai dari folikel. Fase ini dimulai pada hari pertama saat menstruasi dan kemudian berlangsung hingga hari ke - 10. Pada saat hormon estrogen dan progesterone dalam darah rendah maka otak menghasilkan hormon GnRH, FSH, dan LH. Adanya hormon - hormon tersebut merangsang 20 folikel primordial yang mulai tumbuh menjadi folikel primer. Dan selanjutnya menjadi folikel sekunder. 20 folikel primordial hanya 1 yang tumbuh menjadi folikel yang matang, sedangkan lainnya mengalami degradasi. Folikel yang matang berada dalam kantong yang disebut folikel graff. Adanya hormon FSH dan LH,

sehingga sel – sel granulosa yang ada di dalam folikel Graff menghasilkan hormon estrogen. Adanya hormon estrogen dalam darah memberi efek balik negatif ke pituitary bagian depan hipotalamus sehingga ada reaksi mengeluarkan hormon FSH dan LH akan turun. Disamping itu folikel Graff juga sensitive terhadap keberadaan hormon FSH dan LH, dan meningkatkan pengeluaran hormon estrogen. Jika folikel terus mengeluarkan estrogen, itu akan memberikan reaksi positif terhadap pengeluaran hormon LH. Pengeluaran hormon LH mempengaruhi proses ovulasi. Proses ovulasi adalah keluarnya oosit dari ovarium masuk ke dalam rongga pelvis dan kemudian bergerak menuju saluran tuba falopi. Setelah ovulasi fase selanjutnya muncul yakni fase luteal dan setelah ovum keluar dari ovarium folikel graff akan tetap di permukaan ovarium serta berubah menjadi corpus luteum di karenakan adanya hormon LH. Selanjutnya corpus luteum menghasilkan hormon estrogen dan progesteron dalam darah yang menghambat keluarnya hormon LH dan FSH, hingga menghambat pertumbuhan folikel baru. Pada hari ke 22 corpus luteum memulai kemunduran yang berubah menjadi corpus albicans dan pengeluaran hormon estrogen dan progesterone juga menurun. Hal ini menyebabkan proses menstruasi dan di dalam ovarium mulai terbentuk folikel baru sebagai persiapan siklus menstruasi berikutnya. Peristiwa yang terjadi di dalam uterus sejalan dengan peristiwa yang terjadi di dalam ovarium dan saluran telur, yang dapat di bagi dalam tiga fase pula. Fase awal adalah fase menstruasi yang kemudian fase proliferasi dan yang terakhir adalah fase sekretori.

Menstruasi merupakan peluruhan endometrium yang terdapat di dalam uterus, yang terdiri dari jaringan dan darah. Fase proliferasi pada uterus bersamaan dengan fase proliferasi pada ovarium. Pada saat ini dinding dalam uterus (stratum fungsionalis dan endometrium) menebal. Fase sekretori uterus bersama dengan keadaan ovulasi yang di mana dinding uterus menebal serta diperlengkapi oleh jaringan yang memungkinkan tumbuh dan berkembangnya janin jika terjadi pembuahan (fertilisasi). Namun jika tidak terjadi pembuahan maka jaringan akan meluruh yang di sebut menstruasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Fajrian Aulia Putra, dkk. 2024. Pengantar Anatomi Fisiologi Manusia dan Penyakit. Jogjakarta: Karya Bakti Makmur (KBM) Indonesia.
- Farming, dkk. 2024. Obstetri dan Ginekologi. Jawa Tengah: Eureka Media Aksara.
- Widyarti. 2021. Seri Women Health: Anatomi Fisiologi Reproduksi Wanita. Guepedia The First On Publisher in Indonesia.
- Evi Rinata dan Hesty Widowati. 2020. Genetika dan Biologi Reproduksi. Jawa Timur: UMSIDA Press.

BAB 3

ASUHAN KEHAMILAN

3.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan tahap yang sangat dinantikan oleh pasangan suami istri untuk mendapatkan keturunan. Tahap ini mencakup serangkaian peristiwa yang berlangsung sejak sel telur dibuahi oleh sperma hingga berubah menjadi janin di dalam rahim. Kehamilan adalah durasi yang berlangsung sejak saat pembuahan hingga kelahiran embrio atau janin yang sedang berkembang. Kehamilan biasanya berlangsung selama 280 hari, yang setara dengan 40 minggu atau 9 bulan dan 7 hari. Kehamilan dibagi menjadi tiga periode trimester. Trimester pertama berlangsung selama 12 minggu, trimester kedua berlangsung selama 15 minggu (dari minggu ke-13 hingga minggu ke-27), dan trimester ketiga berlangsung selama 13 minggu (dari minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Prawirohardjo, 2020).

Cakupan perawatan dalam prosedur ini berada di bawah yurisdiksi profesional perawatan kesehatan, khususnya bidan. Perawatan kebidanan memiliki sejarah panjang dan telah membuat kemajuan signifikan dalam menemukan dan menciptakan beragam teknologi untuk meningkatkan perawatan prenatal. Tantangan dan komplikasi terkait kehamilan yang dihadapi petugas kesehatan memberikan kesempatan untuk memperluas keahlian mereka dan membangun model perawatan berbasis bukti. Hal ini dapat dilakukan dengan menyesuaikan perawatan dengan berbagai jenis layanan dan mengikuti kemajuan teknologi terkini (Marbun *et al.*, 2023).

Asuhan kebidanan secara berkesinambungan adalah yang kontinu (continuity of care). Perawatan berkelanjutan merupakan praktik kesehatan primer yang sangat efektif yang melibatkan partisipasi aktif perempuan dalam proses pengambilan keputusan untuk kesehatan mereka sendiri. Memberikan bantuan kepada ibu, meningkatkan kondisi fisik

dan mental ibu dan keluarga mereka (Yulizawati, Henni and Chairani, 2018).

3.2 Filosofi Asuhan Kehamilan

Filosofi perawatan prenatal mencakup prinsip dan nilai yang dijunjung tinggi oleh bidan, yang berfungsi sebagai panduan tepercaya untuk memberikan perawatan komprehensif kepada ibu hamil sebagai pasiennya. Filosofi mengacu pada serangkaian nilai atau keyakinan yang menjadi dasar perilaku individu, yang pada akhirnya memengaruhi cara hidup mereka. (Suryani *et al.*, 2023)

Kehamilan merupakan proses biologis yang wajar dan seringkali tidak memerlukan campur tangan dari luar. Akan tetapi, perlu diperhatikan bahwa beberapa keadaan dapat menyebabkan perkembangan kehamilan yang normal menyimpang dari keadaan yang diharapkan atau sehat. Saat memberikan perawatan, intervensi yang tidak perlu harus dihindari kecuali ada tanda-tanda yang jelas untuk hal tersebut. Dalam hal ini, dijelaskan berbagai keyakinan yang akan memengaruhi pendekatan pemberian perawatan, yaitu:

1. Kehamilan merupakan proses fisiologis alami. Selama kehamilan normal, wanita mengalami perubahan fisiologis, bukan patologis. Akibatnya, perawatan yang diberikan juga difokuskan pada kehamilan. Secara khusus, layanan diprioritaskan selama trimester pertama, kedua, dan ketiga.
2. Layanan difokuskan pada wanita dan keluarga. Wanita memainkan peran utama dalam perawatan kehamilan, yang berarti bahwa perawatan yang diberikan kepada mereka harus disesuaikan dengan kebutuhan mereka sendiri, dan tidak dipengaruhi oleh preferensi bidan atau profesional perawatan kesehatan lainnya.
3. Wanita hamil memiliki hak untuk terlibat, memperoleh pengetahuan, dan mendapatkan pengalaman dalam perawatan kehamilan, dan hak ini harus dihormati.
4. Membangun kolaborasi dengan profesi lain untuk meningkatkan pemberdayaan wanita.

5. Setiap wanita memiliki kepribadian yang berbeda, yang terdiri dari banyak faktor biologis, psikologis, dan sosial. Oleh karena itu, ketika memberikan perawatan kepada pasien atau klien, sangat penting untuk mengakui dan menghormati perbedaan individu ini, menghindari segala upaya untuk menggeneralisasi atau membandingkannya.

3.3 Sejarah Asuhan Kehamilan

Sejarah perawatan kehamilan sangat terkait erat dengan sejarah kebidanan. Istilah "bidan" berasal dari kata Latin "OBSTO," yang berarti "menemani." Dalam bahasa Prancis, istilah ini disebut sebagai "OBSTETRICUS," sedangkan dalam bahasa Belanda, istilah ini dikenal sebagai "OBSTETRIE."

Sejarah perawatan kehamilan sangat erat kaitannya dengan kemajuan bidang kebidanan secara keseluruhan. Pengakuan global akan pentingnya layanan *Antenatal Care* (ANC) dalam memastikan proses persalinan yang lancar. (Suryani *et al.*, 2023)

Gerakan ibu aman mulai dikenal pada tahun 1980-an, yang bertujuan untuk memastikan kesejahteraan dan keselamatan ibu hamil selama persalinan, serta kelahiran anak yang sehat. Tujuannya adalah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu hamil selama persalinan, setelah melahirkan, dan membatasi kejadian kesakitan dan kematian pada bayi baru lahir (BBL).

Ada 4 pilar Safe Motherhood meliputi :

1. Keluarga berencana
2. Asuhan Antenatal care
3. Persalinan yang bersih dan aman
4. Pelayanan obstetri yang esensial

Lebih jauh, ada peningkatan *Making Pregnancy Safer* (MPS), sebuah strategi sektor kesehatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah kesehatan yang terkait dengan kematian ibu dan bayi serta kesehatan. Strategi ini menempatkan penekanan kuat pada aktivitas keibuan yang aman dengan tujuan menurunkan morbiditas dan mortalitas di antara ibu dan bayi

baru lahir. Tiga prinsip utama MPS adalah bahwa setiap persalinan didukung oleh tenaga kesehatan yang kompeten, setiap masalah obstetrik dan neonatal ditangani dengan tepat, dan setiap wanita usia subur memiliki akses ke kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan perawatan yang tepat untuk komplikasi keguguran yang tidak aman (Susanti and Ulpawati, 2022).

3.4 Tujuan Asuhan Kehamilan

Tujuan dilakukan asuhan asalah untuk memantau kesejahteraan ibu dan janin sejak dalam kandungan hingga persalinan tiba, serta mendeteksi secara dini anaknya kelainan atau komplikasi saat terjadi kehamilan atau setelah pasca persalinan, sehingga petugas Kesehatan dapat memberikan asuhan sesuai dengan ketentuan yakni Standar Operasional Prosedur (SOP) pada Ibu hamil, bersalin, pasca bersalin serta BBL. Berikut tujuan asuhan kehamilan :

1. Untuk mendukung pengalaman kehamilan yang baik dan bermanfaat bagi ibu dan bayi melalui pembentukan hubungan saling percaya dengan ibu.
2. Mengawasi kehamilan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan ibu dan bayi yang optimal.
3. Mengidentifikasi masalah yang berpotensi fatal yang dapat timbul selama kehamilan hingga melahirkan.
4. Mempersiapkan kelahiran cukup bulan atau cukup bulan dengan aman bagi ibu dan bayi, dengan trauma minimal.
5. Memastikan persiapan yang memadai untuk periode pascapersalinan guna mendukung pemulihan yang lancar dan memungkinkan kemampuan untuk menyusui secara eksklusif minimal selama 6 bulan, dengan kemungkinan untuk dilanjutkan hingga 2 tahun.
6. Memastikan bahwa ibu, suami, dan keluarga siap menerima kedatangan bayi, untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan yang normal dan sehat.
7. Membantu ibu beserta suami mengambil keputusan klinik dengan tepat tanpa paksaan sesuai dengan indikasi yang diberi oleh petugas kesehatan. (Suryani *et al.*, 2023)

3.5 Lingkup Asuhan Kehamilan

1. Mengumpulkan informasi riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisis setiap kunjungan pemeriksaan ibu hamil dengan menggunakan buku pemeriksaan kehamilan.
2. Melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh dan metodelis, meliputi seluruh bagian tubuh dari kepala hingga kaki.
3. Melakukan pemeriksaan abdomen untuk menilai Tinggi Fundus Uterus (UFTH), lokasi, presentasi, dan penurunan kepala janin secara metodelis.
4. Melakukan evaluasi diseksi pelvis dan anatomi pelvis.
5. Mengevaluasi keadaan fetus dengan memantau Denyut Jantung Janin (DJJ) selama pemeriksaan prenatal.
6. Menentukan usia kehamilan dan perkiraan tanggal lahir secara akurat.
7. Mengevaluasi kondisi gizi ibu hamil dan korelasinya dengan perkembangan fetus.
8. Mengevaluasi pertambahan berat badan ibu dan korelasinya dengan potensi masalah.
9. Memberikan layanan konseling, khususnya mengenai indikator komplikasi kehamilan, dan menyarankan individu untuk segera mencari bantuan dari bidan setempat atau mengunjungi pusat layanan kesehatan terdekat jika tanda-tanda ini muncul.
10. Melakukan pemeriksaan kehamilan jika terjadi anemia ringan.
11. Memberikan panduan untuk mengurangi ketidaknyamanan selama setiap trimester kehamilan berdasarkan usia kehamilan saat ini.
12. Memberikan vaksinasi sesuai kebutuhan.
13. Mendeteksi dan menangani kehamilan atipikal.
14. Memberikan bantuan dan persiapan untuk persalinan, melahirkan, dan mengasuh anak bagi suami dan wanita selama trimester ketiga.
15. Memberikan panduan dan konseling mengenai perilaku kesehatan selama kehamilan untuk memastikan kesejahteraan dan keselamatan bayi dan ibu.

16. Penggunaan obat-obatan yang diresepkan oleh dokter secara tepat.

3.6 Prinsip Pokok Asuhan Kehamilan

Ada 5 (lima) prinsip-prinsip utama dalam asuhan kehamilan, antara lain :

1. Kelahiran
Kehamilan dan persalinan merupakan proses yang alami, alami, dan menyehatkan. Sebagai bidan, peran kami meliputi pendampingan dan pengamanan jalannya kehamilan hingga saat persalinan.
2. Pemberdayaan
Ibu, suami, dan keluarga memiliki kebijaksanaan dan menyadari saat yang tepat untuk memulai persalinan.
3. Otonomi
Para ibu, suami, dan keluarga memerlukan informasi yang akurat agar dapat mengambil keputusan yang tepat. Bidan bertanggung jawab untuk memiliki dan menyampaikan pengetahuan tentang cara memperoleh informasi yang dapat diandalkan dan terperinci mengenai potensi bahaya dan manfaat berbagai perawatan, pengobatan, tes laboratorium, dan hal-hal relevan lainnya.
4. Jangan membahayakan
Intervensi hanya boleh dilakukan bila ada tanda-tanda yang jelas dan tidak boleh dilakukan sebagai prosedur rutin.
5. Tanggung jawab
Setiap penolong persalinan yakni seorang bidan atau dokter harus bertanggung jawab terhadap asuhan yang diberikan sehingga terciptanya persalinan yang aman. (Yulizawati *et al.*, 2017)

3.7 Standar Asuhan Kehamilan

1. Pengertian Antenatal Care
2. Perawatan Antenatal mencakup penyediaan layanan kesehatan oleh tenaga medis selama masa kehamilan, mulai dari pembuahan hingga persalinan. Perawatan kebidanan sangat penting untuk memastikan kesejahteraan ibu dan

janin selama kehamilan dan selama persalinan. Perawatan antenatal adalah pendekatan perawatan kesehatan yang dipersonalisasi yang berfokus pada memastikan keandalan dan keakuratan layanan medis yang diberikan, dengan tujuan mencapai persalinan yang sehat dan aman. Perawatan ini melibatkan persiapan ibu secara fisik dan mental untuk memastikan kesehatannya optimal (Ariendha, 2023)

Pemeriksaan antenatal merupakan tindakan awal yang penting untuk mengidentifikasi dan menangani faktor risiko potensial selama kehamilan dan persalinan. Pemeriksaan ini juga dapat membantu mengurangi angka kematian ibu dan memantau kesehatan janin. Kegagalan ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan kehamilan dapat mengakibatkan ketidakpastian mengenai perkembangan kehamilannya, yang berujung pada peningkatan kemungkinan mengalami kondisi berisiko tinggi dan masalah obstetrik yang mengancam ibu dan janin (Hariyanti, 2020)

3. Standar Asuhan Kehamilan

- a. Standar 1 : Identifikasi ibu hamil melalui kunjungan rumah dan keterlibatan masyarakat.
- b. Standard 2 : Pemeriksaan antenatal (ANC) meliputi pemeriksaan dan pemantauan minimal empat kali selama kehamilan. Pemeriksaan ini secara khusus dilakukan satu kali selama trimester pertama (usia kehamilan 0-13 minggu). 2) Selama trimester kedua kehamilan, yaitu antara usia kehamilan 14 dan 27 minggu. 3) Dua kali selama trimester ketiga kehamilan (antara usia kehamilan 28 dan 40 minggu). Pemeriksaan meliputi beberapa komponen, termasuk pengumpulan dan pemantauan riwayat kesehatan ibu dan janin, mengidentifikasi kehamilan yang berisiko lebih tinggi mengalami komplikasi jika tidak dilakukan pemeriksaan, pemberian imunisasi, pemberian konseling dan edukasi, pendokumentasian riwayat kesehatan secara akurat pada setiap kunjungan, dan mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk membuat rujukan bila diperlukan.

- c. Standar 3 : Palpasi bagian abdominal
- d. Standar 4 : Pengelolaan anemia pada kehamilan
- e. Standar 5 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan TM 1,2 dan 3
- f. Standar 6 : Persiapan persalinan
Memberikan panduan kepada ibu hamil, pasangan, dan keluarga tentang cara merencanakan persalinan yang higienis dan aman secara efektif, termasuk pengaturan transportasi, pertimbangan keuangan, dan mendapatkan rujukan yang tepat. Bidan harus melakukan kunjungan rumah untuk memberikan perawatan dan layanan yang komprehensif, termasuk mengukur berat dan tinggi badan, memantau tekanan darah, menilai tinggi fundus uterus, memberikan tablet Fe 90 selama kehamilan, memberikan imunisasi TT, melakukan pemeriksaan Hb, pemeriksaan protein urin, pemeriksaan VDRL, pemeriksaan reduksi urin, memberikan panduan perawatan payudara, merekomendasikan latihan kehamilan, meresepkan obat malaria, mendistribusikan kapsul minyak yodium, dan melakukan sesi konseling. (Susanti and Ulpawati, 2022)

3.8 Tipe Pelayanan Asuhan Kehamilan

Pelayanan perawatan kehamilan meliputi tiga bidang utama: pelayanan kebidanan primer atau mandiri, kerjasama, dan rujukan.

1. Pelayanan kebidanan primer mengacu pada pelayanan yang diberikan oleh bidan dan menjadi tanggung jawab bidan sepenuhnya.
2. Pelayanan kebidanan kolaboratif mengacu pada pemberian pelayanan oleh bidan yang bekerja sebagai bagian dari sebuah tim, terlibat dalam kegiatan kolaboratif dan melaksanakan tugas bersama-sama atau sebagai bagian dari serangkaian kegiatan pelayanan.
3. Layanan kebidanan rujukan melibatkan penyediaan layanan bidan dengan tujuan melakukan rujukan ke tingkat layanan

kesehatan yang lebih tinggi, seperti rumah sakit. Sebaliknya, bidan juga dapat menerima rujukan dari dukun yang menawarkan layanan horizontal dan vertikal kepada profesional layanan kesehatan lainnya.

3.8.1 Hak-hak wanita hamil

Hak-hak seorang wanita hamil sebagai berikut:

1. Perempuan memiliki hak untuk mendapatkan layanan medis yang menyeluruh, yang diberikan dengan cara yang menjunjung tinggi martabat mereka dan menuntut penghormatan tertinggi.
2. Perawatan bersalin harus tersedia dengan mudah, menyenangkan, dan terjangkau bagi setiap perempuan dan keluarga.
3. Perempuan memiliki otonomi untuk menggunakan hak mereka dalam hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan mereka.

3.8.2 Peran bidan pada asuhan kehamilan

Pengertian Peran Bidan

1. Penjelasan Peran mengacu pada perilaku yang diharapkan dari seorang individu berdasarkan posisi atau pekerjaan mereka. Peran adalah serangkaian perilaku dan sikap yang ditentukan yang diharapkan untuk ditunjukkan oleh seorang individu dalam situasi tertentu (Prawirohardjo, 2020). Bidan berperan sebagai komunikator, motivator, fasilitator, dan konselor bagi seluruh masyarakat dalam kapasitasnya sebagai tenaga kesehatan. Tanggung jawab yang berbeda-beda meliputi:
 - a. Komunikator
Komunikator adalah seseorang yang memberikan seluruh pengetahuan kepada penerima. Komunikator adalah individu atau entitas kolektif yang bertanggung jawab untuk menyampaikan informasi atau rangsangan kepada orang lain. Diharapkan bahwa penerima pesan, yang dikenal sebagai komunikan, akan memberikan tanggapan sebagai balasannya (Marbun *et al.*, 2023). Komunikasi adalah proses interaksi antara komunikator

dan komunikasi. Dalam proses komunikasi tersebut, tenaga kesehatan, khususnya bidan atau dokter, harus hadir secara ideal baik secara fisik maupun psikologis. Hal ini tidak hanya berarti memiliki pengetahuan tentang teknik komunikasi dan hakikat komunikasi, tetapi juga memahami pentingnya sikap dan penampilan dalam komunikasi yang efektif. Sebagai komunikator, tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam menyampaikan informasi yang akurat dan ringkas kepada pasien. Hal ini penting karena komunikasi yang efektif dapat membantu mengatasi kurangnya pemahaman dan kesalahpahaman masyarakat tentang kesehatan dan penyakit. Komunikasi yang efektif ditandai dengan tenaga kesehatan yang memberikan informasi yang jelas dan akurat kepada pasien. Oleh karena itu, selama kehamilan, diharapkan tenaga kesehatan bersikap hangat dan sopan saat berinteraksi dengan ibu hamil pada setiap kunjungan. (Suryani *et al.*, 2023)

b. Sebagai motivator

Motivator adalah seseorang yang memberikan motivasi kepada orang lain. Motivasi adalah tindakan yang mendorong seseorang untuk bertindak guna mencapai tujuan tertentu, dan hasil dorongan tersebut tercermin dalam perilaku yang dilakukan. Menurut (Suryani *et al.*, 2023) Motivasi mengacu pada kapasitas individu untuk berhasil melaksanakan suatu tugas atau aktivitas.

c. Sebagai Fasilitator

Fasilitator adalah orang yang membantu menyediakan fasilitas bagi mereka yang membutuhkan. Petugas kesehatan diberikan buku KIA untuk memberikan layanan konseling tentang kesehatan ibu dan anak. Agar tujuan yang diharapkan tercapai, petugas kesehatan juga harus membantu pasien mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Setiap tenaga kesehatan harus memiliki fungsi sebagai fasilitator dalam pemanfaatan buku KIA bagi ibu hamil pada setiap kunjungan ke puskesmas. Fasilitator harus memiliki keahlian dalam

memadukan tiga unsur utama secara efektif, yaitu: memaksimalkan pemanfaatan fasilitas, memanfaatkan alokasi waktu secara maksimal, dan mengoptimalkan partisipasi dalam setiap kegiatan. Hal ini memastikan bahwa ibu hamil diberikan waktu yang cukup untuk mempersiapkan diri dan keluarga agar dapat menjaga kesehatan secara mandiri selama masa kehamilan, sesuai dengan tenggat waktu yang ditetapkan.

d. Sebagai konselor

Konselor adalah individu yang menawarkan dukungan kepada orang lain dengan memahami realitas, fakta, harapan, keinginan, dan emosi klien, untuk membantu mereka dalam pengambilan keputusan atau pemecahan masalah (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Konseling adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan tindakan memberikan bantuan. Tujuan utama dari pelaksanaan konseling adalah untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan yang optimal pada ibu hamil dengan membantu mereka mengidentifikasi dan mengeksplorasi batasan kemampuan mereka. Lebih khusus lagi, konseling mencoba untuk mengarahkan perilaku yang merugikan ke arah mengadopsi kebiasaan atau perilaku yang bermanfaat.

Terjadinya komplikasi selama fase kehamilan hingga melahirkan. Sesi konseling antara penyedia layanan kesehatan dan ibu hamil terdiri dari beberapa komponen. Proses konseling mencakup empat kegiatan utama: membangun hubungan positif antara tenaga kesehatan dan ibu hamil, mengidentifikasi masalah, kebutuhan, emosi, dan ketahanan pribadi, serta menyebarkan informasi yang berkaitan dengan kesejahteraan ibu dan anak.

3.9 Refocusing Asuhan Kehamilan

Setiap calon ibu menghadapi kemungkinan masalah yang tidak terduga selama kehamilan, sehingga penting bagi setiap ibu hamil untuk memiliki pilihan menerima layanan kesehatan

berkualitas tinggi dan dapat diandalkan untuk kehamilan dan persalinan. Oleh karena itu, sangat penting untuk mengalihkan perhatian ANC guna meningkatkan kualitas perawatan prenatal dan memastikan aksesibilitasnya bagi semua calon ibu.

Isi *Refocusing* ANC :

1. Membantu semua calon ibu, pasangannya, dan keluarganya dalam membuat rencana persalinan yang komprehensif sejak dini.
2. Membantu setiap calon ibu, pasangannya, dan keluarganya dalam mempersiapkan diri menghadapi kesulitan yang mungkin timbul selama kehamilan.
3. Melakukan evaluasi masalah medis yang mengharuskan persalinan di rumah sakit, seperti operasi caesar sebelumnya, kematian janin dalam kandungan, hambatan pertumbuhan intrauterin, dan faktor-faktor terkait lainnya.
4. Mengidentifikasi dan menangani masalah yang timbul, termasuk preeklamsia, perdarahan vagina, anemia, dan kondisi terkait lainnya.
5. Mengidentifikasi kehamilan kembar yang terjadi setelah 28 minggu kehamilan dan mengidentifikasi posisi janin abnormal yang terjadi setelah 36 minggu kehamilan.
6. Memberikan vaksinasi tetanus toksoid (TT)
7. Memberikan suplemen zat besi dan asam folat

DAFTAR PUSTAKA

- Ariendha, D. S. R. (2023) *Adaptasi Anatomi dan Fisiologi dalam Kehamilan*. 1st edn. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Hariyanti (ed.) (2020) *Pengenalan Perubahan Fisiologi dan Tanda Bahaya pada Ibu Hamil dan Ibu Nifas*. 1st edn. Semarang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.
- Kementerian Kesehatan RI (2016) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta.
- Marbun, U. *et al.* (2023) *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Edited by L. P. Sari. Bandung: Widina Media Utama.
- Prawirohardjo, S. (2020) *Ilmu Kebidanan*. Edisi ke 4. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Suryani, I. S. *et al.* (2023) *ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN*. Bandung: Widina Media Utama.
- Susanti and Ulpawati (2022) *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Yulizawati *et al.* (2017) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Edited by Yulizawati. Padang: Erka.
- Yulizawati, Henni, F. and Chairani, Y. (2018) *CONTINUITY OF CARE*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.
- Ariendha, D. S. R. (2023) *Adaptasi Anatomi dan Fisiologi dalam Kehamilan*. 1st edn. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Hariyanti (ed.) (2020) *Pengenalan Perubahan Fisiologi dan Tanda Bahaya pada Ibu Hamil dan Ibu Nifas*. 1st edn. Semarang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.
- Kementerian Kesehatan RI (2016) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta.
- Marbun, U. *et al.* (2023) *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Edited by L. P. Sari. Bandung: Widina Media Utama.
- Prawirohardjo, S. (2020) *Ilmu Kebidanan*. Edisi ke 4. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Suryani, I. S. *et al.* (2023) *ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN*.

Bandung: Widina Media Utama.

Susanti and Ulpawati (2022) *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*.

Purbalingga: Eureka Media Aksara.

Yulizawati *et al.* (2017) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Edited by Yulizawati. Padang: Erka.

Yulizawati, Henni, F. and Chairani, Y. (2018) *CONTINUITY OF CARE*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

BAB 4

PERUBAHAN FISIOLOGIS SELAMA KEHAMILAN

4.1 Pendahuluan

Perubahan besar terjadi pada karakteristik fisik, mental, dan sosial wanita selama kehamilan. Semua elemen fisik, psikologis, lingkungan, sosial, budaya, dan ekonomi yang memengaruhi perubahan ini saling terkait. Karena saling ketergantungan dan potensi penyebabnya, semua faktor tersebut saling memengaruhi (Gultom and Hutabarat, 2020).

Merupakan hal yang alamiah bagi wanita hamil untuk mengalami perubahan fisiologis dan menyesuaikan diri dengan keadaan normal barunya. Ketika suatu organisme menjalani adaptasi semacam ini, ia memodifikasi struktur internal dan mekanisme reproduksinya untuk meningkatkan peluangnya untuk bertahan hidup dan peluang keturunannya (Wulandari *et al.*, 2023).

Perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan, bersama dengan tekanan mekanis yang disebabkan oleh rahim yang membesar dan jaringan lainnya, menyebabkan sejumlah perubahan fisiologis pada wanita hamil. Perubahan ini menawarkan ruang yang aman bagi bayi yang sedang berkembang, mendukung proses fisiologis ibu yang teratur, dan memenuhi kebutuhan metabolisme kehamilan (Ariendha, 2023).

4.2 Adaptasi Sistem Reproduksi selama Kehamilan

4.2.1 Uterus

Selama trimester pertama kehamilan, rahim berbentuk seperti alpukat dan beratnya sekitar 30 gram, yang sebanding dengan telur ayam. Rahim yang berbentuk bulat memasuki trimester kedua dan berubah menjadi oval saat kehamilan berakhir. Peningkatan hipertrofi dan hiperplasia otot polos,

serat kolagen higroskopis, dan desidua endometrium semuanya berkontribusi terhadap ukuran rahim yang terus bertambah. Antara 30 minggu pertama kehamilan dan 40 minggu terakhir, rahim mengalami pertambahan berat yang dramatis, meningkat dari 30 hingga 1000 gram. Rahim dapat menampung lebih dari 4000 cc cairan ketuban (Gultom and Hutabarat, 2020).

Tabel 4.1. Taksiran Pembesaran Uterus pada Perabaan Fundus

Usia Kehamilan	Taksiran Pembesaran Uterus
8 minggu	Uterus sebesar telur bebek
12 minggu	Fundus teraba 1-2 jari di atas simfisis
16 minggu	Fundus teraba di pertengahan simfisis dan pusat
20 minggu	Fundus teraba 3 jari di bawah pusat
24 minggu	Fundus teraba tepat di pusat
28 minggu	Fundus teraba 3 jari di atas pusat
32 minggu	Fundus teraba di pertengahan antara prosesus xiphoideus dan pusat
36 minggu	Fundus teraba 3 jari di bawah prosesus xiphoideus
40 minggu	Fundus teraba di pertengahan antara prosesus xiphoideus dan pusat

Sumber: (Septiasari and Mayasari, 2023)

Meskipun produksi miosit baru sedikit, terjadi peregangan dan hipertrofi sel otot yang signifikan yang menyebabkan rahim tumbuh selama kehamilan. Jaringan fibril kolagen, yang tersusun dalam pola yang tidak rata, membungkus sel otot polos miometrium. Menurut (Ariendha, 2023), retikulum kolagen bertanggung jawab untuk menyalurkan kekuatan kontraksi dari protein kontraktil miosit ke jaringan ikat di sekitarnya.

Pada bulan-bulan awal kehamilan, estrogen dan mungkin progesteron merupakan hormon utama yang mendorong pembesaran rahim. Perubahan rahim yang serupa juga terjadi pada kehamilan ektopik, yang menunjukkan bahwa hipertrofi dini bukan

hanya reaksi terhadap distensi mekanis oleh hasil konsepsi. Namun, pada sekitar 12 minggu, rahim yang membesar terkait dengan dampak tekanan dari hasil konsepsi yang membesar dalam beberapa cara. Adanya jaringan fibrosa, terutama di lapisan otot luar, dan peningkatan jaringan elastis selama kehamilan memengaruhi ukuran sel otot rahim. Dinding rahim menjadi jauh lebih kuat sebagai akibat dari pembentukan jaringan. Jumlah dan diameter pembuluh darah dan limfatik keduanya melebar pada saat yang bersamaan. Ganglion servikal Frankenhduer yang membesar menunjukkan hipertrofi saraf, dan vena sisi plasenta yang mengalirkan darah berubah menjadi sinus uterus yang besar (Gangakhedkar and Kulkarni, 2021).

4.2.2 Serviks Uteri

Batas fisik, termasuk isthmus uterus dan sebagian serviks, menjadi lebih panjang dan kuat sepanjang trimester pertama kehamilan, sehingga lebih sulit untuk dibedakan. Ketika kehamilan mencapai 16 minggu, ia bergabung dengan korpus, dan ketika bayi berusia lebih dari 32 minggu, ia berkembang menjadi segmen uterus bawah. Estrogen menyebabkan serviks menjadi lebih berisi darah, sedangkan progesteron menyebabkannya menjadi lebih lunak, suatu kondisi yang dikenal sebagai tanda Goodell. Gejala keputihan disebabkan oleh peningkatan produksi lendir serviks selama kehamilan. Hipertrofi, pemanjangan dan pelunakan isthmus uterus berikutnya, dikenal sebagai tanda Hegar. (Ulya, Ariendha and Zulfiana, 2020) menemukan bahwa uterus wanita berbobot 30 gram saat dia tidak hamil dan tumbuh hingga 1000 gram (1 kg) pada akhir minggu ke-40 kehamilan.

4.2.3 Ovarium

Selama enam belas minggu pertama kehamilan, plasenta mengambil alih sebagian besar tanggung jawab, termasuk produksi progesteron dan estrogen. Ovarium dalam keadaan istirahat dan tenang saat seorang wanita hamil. Folikel baru tidak berkembang atau matang, ovulasi tidak terjadi, dan siklus hormonal bulanan tidak terjadi (Ulya, Ariendha and Zulfiana, 2020).

4.2.4 Vagina dan Vulva

Hipervaskularisasi di vagina menyebabkan tanda Chadwick, warna merah kebiruan-ungu, pada wanita hamil. Infeksi jamur, khususnya, lebih umum terjadi pada wanita hamil karena vagina mereka menjadi lebih asam, dengan perubahan pH dari 4 menjadi 6,5. Libido, hasrat, atau gairah seksual seorang wanita dapat meningkat selama trimester kedua kehamilan karena hipersensitivitas yang disebabkan oleh hipervaskularisasi vagina (Ulya, Ariendha and Zulfiana, 2020).

4.3 Adaptasi Sistem Kardiovaskuler pada Kehamilan

Akibat peningkatan tekanan, otot jantung, terutama ventrikel kiri, yang mengendalikan ekspansi jantung, mengalami hipertrofi. Jantung terdorong ke kiri dan ke atas oleh rahim yang membesar. Arteri jantung membawa darah keluar dari jantung dan ke seluruh tubuh, menghasilkan perubahan radiografi dan elektrokardiografi yang mirip dengan yang terlihat pada penyakit jantung iskemik. Septiasari and Mayasari (2023) menyatakan bahwa murmur dan bunyi jantung sistolik biasanya berubah.

Peningkatan curah jantung menyebabkan laju aliran darah, yaitu volume darah yang dipompa oleh jantung pada setiap denyut, meningkat sepanjang kehamilan pada usia kehamilan ke-5. Pada minggu kesepuluh dan kedua belas kehamilan, hal ini memungkinkan volume darah dan kadar oksigen ibu meningkat, yang bermanfaat bagi perkembangan dan pertumbuhan janin. Denyut jantung meningkat drastis dari 15 denyut per menit menjadi 70-85 denyut per menit setelah 4 minggu kehamilan. Antara 64 dan 71 mililiter darah dipompa keluar. Sementara tekanan darah sistolik tetap relatif stabil selama trimester pertama kehamilan, tekanan diastolik turun secara signifikan, mencapai titik terendah antara 16 dan 20 minggu kehamilan, sebelum naik kembali ke tingkat trimester pertama di kemudian hari. Resistensi vaskular sistemik menurun dan aliran pulsatif arteri berubah selama kehamilan, keduanya berdampak pada fungsi ventrikel. Sementara ukuran

dan diameter ventrikel kiri akan berubah untuk mengakomodasi variasi dalam curah jantung, kontraktilitas ventrikel tetap konstan. Saat berbaring, rahim yang lebih besar menekan aorta bagian bawah dan vena cava inferior, yang mengurangi aliran darah kembali ke jantung, seperti yang terjadi sejak sekitar pertengahan kehamilan. Hal ini menyebabkan penurunan curah jantung dan preload, yang pada gilirannya menyebabkan hipotensi arteri (juga disebut sindrom hipotensi terlentang) dan, dalam keadaan ekstrem, ibu pingsan. Meskipun eritropoietin ginjal dapat meningkatkan jumlah sel darah merah hingga 20-30%, peningkatan kadar plasma menyebabkan hemodilusi dan menurunkan kadar hemoglobin hingga 11 g/dL (Yulizawati *et al.*, 2017).

4.4 Adaptasi Sistem Hematologi pada Kehamilan

Selama kehamilan, volume darah wanita meningkat sekitar 1500 ml, dengan 1000 ml plasma dan 450 ml sel darah merah bertambah. Dari minggu kesepuluh hingga kedua belas, terjadi peningkatan volume. Mekanisme pertahanan tubuh, termasuk mencegah hipertrofi vaskular dari rahim yang membesar, menghidrasi jaringan ibu dan bayi baik saat ibu berdiri atau berbaring, dan mengisi kembali cairan yang hilang selama persalinan dan periode pascapersalinan semuanya bergantung pada peningkatan volume darah ini. Untuk menjaga tekanan darah tetap normal meskipun volume darah meningkat selama kehamilan, terjadi vasodilatasi perifer. Ketersediaan zat besi menentukan laju pertumbuhan pembentukan sel darah merah selama kehamilan. Kondisi ini dikenal sebagai anemia fisiologis, dan hal itu terwujud ketika produksi sel darah merah meningkat sementara hemoglobin dan hematokrit turun. Karena peningkatan volume darah yang cepat selama trimester kedua kehamilan, kadar hemoglobin dan hematokrit turun drastis pada wanita hamil. Setelah sedikit meningkat hingga cukup bulan, Hb menurun ke titik terendah sekitar 20 minggu selama kehamilan. Wanita hamil tergolong anemia jika kadar hemoglobinnya kurang dari 11% pada trimester pertama dan ketiga, dan kurang dari 10,5% pada trimester kedua. Peningkatan fibrinogen dan

protein pembekuan darah lainnya membuat pembekuan darah lebih mungkin terjadi selama kehamilan (Ulya, Ariendha and Zulfiana, 2020).

4.5 Adaptasi Sistem Respirasi pada Kehamilan

Menurut Umaroh, Musdalifah and Oktaviani (2020), sistem pernapasan mungkin mengalami perubahan untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Diafragma mulai merasakan tekanan akibat rahim yang membesar sekitar minggu ke-32 kehamilan. Pernapasan wanita hamil menjadi 20-25% lebih dalam dari biasanya.

Ibu hamil mengalami peningkatan volume tidal dan konsumsi oksigen sebesar 30-40% sedangkan kapasitas inspirasi dan ekspirasi fluktuatif antara meningkat dan naik. Hal ini menyebabkan ibu hamil dapat merasakan sesak napas secara subjektif tanpa adanya tanda-tanda objektif hipoksia karena peningkatan tekanan pada paru-paru yang disebabkan oleh pertumbuhan rahim selama kehamilannya (Zakiyah *et al.*, 2021).

4.6 Adaptasi Sistem Urinari pada Kehamilan

Rahim yang membesar menekan kandung kemih pada trimester pertama kehamilan, menyebabkan sering buang air kecil. Masalah ini akan hilang seiring dengan pertumbuhan bayi di dalam tubuh Anda, tetapi Anda mungkin masih merasakan nyeri yang sama menjelang akhir kehamilan karena kepala janin mulai menekan kandung kemih Anda dari bawah pintu atas panggul. Meningkatnya sensitivitas kandung kemih pada trimester pertama menyebabkan peningkatan frekuensi buang air kecil, saat kehamilan hampir berakhir, tekanan rahim pada kandung kemih menjadi penyebabnya. Pada trimester kedua, Anda dapat mengalami hiperemia kandung kemih dan uretra, yang dapat membuat mukosa kandung kemih lebih sensitif terhadap kerusakan dan lebih rentan terhadap pendarahan. Karena tonus kandung kemih mengendur selama kehamilan, kapasitas kandung kemih meningkat hingga 1500 ml; namun, rahim yang membesar menekan kandung kemih, meningkatkan kebutuhan untuk buang air kecil meskipun jumlah urin di kandung kemih sedikit. Menurut Zakiyah *et al.* (2021),

perubahan keseimbangan elektrolit dan cairan juga diperlukan agar sistem kemih dapat beradaptasi.

4.7 Adaptasi Sistem Gastrointestinal pada Kehamilan

Hormon estrogen meningkatkan produksi asam lambung dalam sistem gastroinsestinal, yang dapat menyebabkan hipersalivasi, sensasi terbakar di daerah perut, mual, dan hiperemesis gravidarum, suatu kondisi yang ditandai dengan rasa tidak nyaman dan disorientasi, terutama di pagi hari. Meningkatnya hormon progesteron menyebabkan lebih sedikit buang air besar pada trimester kedua dan ketiga, yang menyebabkan sembelit. Ini berarti bahwa makanan berada di perut lebih lama, yang mungkin tidak nyaman. Hormon progesteron kehamilan merelaksasi otot polos, yang dapat menyebabkan sejumlah efek samping yang tidak menyenangkan bagi wanita hamil, seperti mual, muntah, kembung, mulas, dan sembelit. Sistem gastrointestinal mengalami modifikasi ini selama kehamilan (Zakiah *et al.*, 2021).

4.8 Adaptasi Sistem Endokrin pada Kehamilan

Kelemahan jaringan ikat dan ketidakseimbangan sendi merupakan gejala kehamilan, yang memburuk pada minggu terakhir kehamilan karena peningkatan hormon estrogen dan progesteron. Karena pertumbuhan anak di dalam perut menyebabkan tulang ibu melengkung ke depan dan bahunya tertarik ke belakang, postur tubuh wanita berubah selama kehamilannya, termasuk fleksibilitas sendi tulang belakangnya—yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan punggung. Hormon estrogen dan progesteron memainkan beberapa fungsi selama kehamilan. Agar kehamilan tetap berjalan, progesteron sangat penting karena dapat merelaksasi otot polos, yang mengurangi kontraksi rahim dan mencegah keguguran. Jaringan subkutan ibu di atas perut, punggung, dan paha atasnya diperkaya dengan lemak karena efek progesteron dan estrogen. Kehamilan dan menyusui menggunakan lemak ini sebagai sumber energi. Selain itu, estrogen menyebabkan vasodilatasi melalui peningkatan vaskularisasi dan pertumbuhan vagina, rahim, dan payudara. Ketika kadar estrogen

tinggi, ligamen dan sendi panggul mengendur. Selain meningkatkan kadar protein tubuh total dan memengaruhi retensi garam dan air tubulus ginjal, estrogen mengubah metabolisme nutrisi melalui gangguan metabolisme folat. Saat Anda mengonsumsi estrogen, tubuh Anda memproduksi lebih sedikit enzim pencernaan asam klorida dan pepsin, yang membantu meredakan gejala seperti mual. Selain oksitosin dan *human chorionic gonadotropin* (hCG), hormon lain yang terlibat dalam kehamilan meliputi prolaktin dan *human chorionic somatomammotropin* (hCS). Kehamilan juga menyebabkan adaptasi pada kelenjar adrenal, pankreas, paratiroid, dan tiroid (Zakiyah *et al.*, 2021).

4.9 Adaptasi Sistem Muskuloskeletal pada Kehamilan

Sistem muskuloskeletal memfasilitasi mobilitas dan membantu menjaga bentuk tubuh. Hormon kehamilan, yang meliputi estrogen, progesteron, dan elastin, melemahkan jaringan ikat dan mengganggu pasokannya. Selama kehamilan, ada beberapa perubahan tubuh yang mungkin memiliki konsekuensi berikut:

1. Peregangan otot-otot
2. Pelunakan ligamen-ligamen

Area yang paling dipengaruhi perubahan-perubahan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Tulang belakang (curva lumbar yang berlebihan)
2. Otot-otot abdominal (meregang keatas uterus hamil)
3. Otot dasar panggul (menahan berat badan dan tekanan uterus)

Menurut Gultom and Hutabarat (2020), bagian ini secara struktural lemah dan dapat menimbulkan masalah bagi wanita hamil karena tekanan kehamilan. Oleh karena itu, masalah dengan portus sering terjadi selama kehamilan:

1. Bertambahnya beban dan perubahan struktur dalam kehamilan mengubah dimensi tubuh dan pusat gravitasi.

2. Ibu hamil mempunyai kecenderungan besar dalam membentur benda-benda (menghasilkan memar biru) dan kehilangan keseimbangan (lalu jatuh).

4.10 Perubahan Payudara selama Kehamilan

Saat seorang wanita hamil pertama kali, ia mungkin menyadari bahwa payudaranya lebih lunak dari biasanya. Payudara membengkak, mengencang, dan terasa berat setelah bulan kedua. Hormon estrogen memiliki kemampuan untuk mendorong pematangan saluran susu, yang merupakan saluran di payudara. Selama masa tersebut, progesteron, suatu hormon, meningkatkan jumlah sel asinus yang ditemukan di jaringan payudara. Sintesis kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, sel lemak, dan kolostrum ditingkatkan oleh hormon laktogenik plasenta (seperti somatomammotropin), yang juga mendorong hipertrofi dan peningkatan sel asinus payudara. Selama kehamilan, payudara wanita membengkak dan mengencang, kulitnya menjadi lebih berpigmen, dan kelenjar Montgomery-nya tumbuh, terutama di daerah areola dan papila, sebagai akibat dari efek melanofor. Putingnya juga membengkak dan menonjol. Hipertrofi kelenjar sebasea (lemak) bermanifestasi sebagai kelenjar yang membesar pada areola kelenjar susu, terutama yang terlihat di sekitar puting. Kelenjar sebasea ini memproduksi pelumas pada puting susu. Mencuci puting susu dengan sabun dapat menghilangkan lemak pelindung ini, yang membuat puting susu tidak lagi lembut. Ketika ibu hamil memasuki trimester ketiga, puting susu akan mengubah cairan putih kekuningan yang dihasilkannya menjadi susu (Ulya, Ariendha and Zulfiana, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Ariendha, D. S. R. (2023) *Adaptasi Anatomi dan Fisiologi dalam Kehamilan*. 1st edn. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Gangakhedkar, G. R. and Kulkarni, A. P. (2021) 'Physiological Changes in Pregnancy', *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 25(S3), pp. S189–S192.
- Gultom, L. and Hutabarat, J. (2020) *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Sidoarjo: Zifatama Jawaara.
- Septiasari, R. M. and Mayasari, D. (2023) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Edited by E. D. Widyawaty. Malang: Rena Cipta Mandiri.
- Ulya, Y., Ariendha, D. S. R. and Zulfiana, Y. (2020) *Fisiologi Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir*. Edited by Y. Ulya. Mataram: STIKES Yarsi Mataram.
- Umaroh, Musdalifah, U. and Oktaviani, D. A. (2020) *Pengenalan Perubahan Fisiologi dan Tanda Bahaya pada Ibu Hamil dan Ibu Nifas*. 1st edn. Edited by Hariyanti. Semarang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.
- Wulandari, S. *et al.* (2023) *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*. Padang: Get Press Indonesia.
- Yulizawati *et al.* (2017) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Edited by Yulizawati. Padang: Erka.
- Zakiyah, Z. *et al.* (2021) *Buku Petunjuk Praktikum Fisiologi Kehamilan, Persalinan, Nifas & Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Respati Press.

BAB 5

PROSES PERSALINAN DAN KELAHIRAN

5.1 Pendahuluan

Pada bab 5 ini menjelaskan secara komprehensif bagaimana terjadinya proses persalinan fisiologis atau persalinan normal. Bab ini akan membahas teori dasar persalinan yang mencakup ruang lingkup persalinan fisiologis, proses persalinan normal, faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, asuhan *respectful maternity care* dalam persalinan, dan *evidence-based practice* dalam persalinan. Dengan memahami konsep dasar persalinan ini, diharapkan bidan mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin sesuai dengan kebutuhan ibu dengan prinsip *woman-centered care* untuk mengoptimalkan proses kelahiran fisiologis agar terjadi persalinan normal dan mencegah persalinan dengan intervensi medis atau *medicalized childbirth*.

5.2 Ruang Lingkup Persalinan Fisiologis

5.2.1 Definisi Persalinan Normal

1. Menurut WHO (*World Health Organization*), definisi persalinan normal telah ditetapkan sejak tahun 1996 yakni onset kelahiran yang terjadi secara spontan pada usia kehamilan 37 hingga 42 minggu dan bayi dilahirkan pada posisi vertex. Definisi dari WHO berkembang, tujuan dari persalinan normal adalah bayi dan ibu yang sehat dan proses persalinan dengan intervensi minimal, jika ada intervensi dalam proses fisiologis persalinan maka perlu ada alasan yang valid (Papoutsis and Antonakou, 2023).
2. *International Confederation of Midwives* (ICM) mendefinisikan persalinan normal sebagai proses yang unik dan dinamis dimana terjadi interaksi antara ibu dan janin dengan aspek psikososial perempuan. Persalinan normal

merupakan suatu proses yang dialami perempuan untuk memulai, melanjutkan dan menyelesaikan kelahiran dimana bayi dilahirkan secara spontan dalam kondisi aterm, posisi vertex, dan tanpa adanya intervensi pembedahan (*surgical*), medis (*medical*), atau obat-obatan (*pharmaceutical*) (ICM, 2023).

3. Persalinan adalah proses pengeluaran fetus dari uterus yang membutuhkan kontraksi regular dan efektif untuk membuka jalan lahir atau dilatasi servik (Kilpatrick and Garrison, 2012).

5.2.2 Tanda-tanda Persalinan

Sebelum onset persalinan normal dimulai, uterus akan mengalami pengencangan intermiten, irregular dan tanpa rasa nyeri atau disebut dengan kontraksi *Braxton-Hicks* atau kontraksi (his) palsu yang biasa muncul di akhir fase kehamilan. His palsu tidak menimbulkan penipisan servik. Kontraksi akan semakin sering terjadi dan menyebabkan nyeri saat onset kelahiran. Penyebab pasti onset persalinan belum diketahui, namun terdapat teori yang menyatakan bahwa persalinan terjadi karena faktor mekanik yaitu merenggangnya uterus serta berperannya sitokin dan hormon prostaglandin. Selama kehamilan ibu dan janin saling berkomunikasi melalui plasenta untuk memproduksi dan mematangkan plasenta, memproses metabolisme dan mendistribusikan hormon.

Menuju berakhirnya fase kehamilan, kelenjar adrenal yang dimiliki oleh janin memproduksi kortisol dalam jumlah besar yang bertujuan untuk mematangkan system organ janin, khususnya organ paru-paru. Selain itu, kelenjar adrenal juga akan memproduksi hormon steroid bernama *dehydroepiandrosterone* (DHRA) yang berperan penting untuk produksi estrogen dalam plasenta. Hormon estrogen akan meningkat dalam sirkulasi darah ibu untuk memicu aktivasi uterus dan persiapan kelahiran (Hundley et al., 2020). Diagnosis persalinan dimulai ketika muncul kontraksi regular yang nyeri, penipisan servik yang menimbulkan dilatasi 4 cm atau lebih, dengan atau tanpa adanya rupture pada membrane plasenta. Tanda dan gejala umum dimulainya onset persalinan yaitu

timbulnya kontraksi (his), dilatasi serviks dan *effacement*, *bloody show*, dan pecahnya ketuban. Masing-masing gejala persalinan dideskripsikan sebagai berikut:

1. Kontraksi (his)

Kontraksi yang dirasakan oleh ibu disebabkan oleh pengaruh dari prostaglandin dan hormon oksitosin yang membuat otot uterus kejang (*spasme*). Ibu akan sering merasakan kenceng-kenceng yang teratur, konsisten dan timbul nyeri pada sacral atau perut bagian bawah, pinggang hingga menjalar ke paha. Nyeri, respon dan ekspektasi yang dialami oleh setiap ibu akan berbeda-beda sehingga bidan perlu menyesuaikan asuhan manajemen nyeri pada ibu yang memiliki sensitivitas nyeri tinggi. Kemajuan persalinan ditandai dengan meningkatnya frekuensi, durasi, intensitas, dan interval kontraksi sehingga terjadi penipisan servik yang progresif. Frekuensi kontraksi his yang adekuat yaitu 3 hingga 5 kali kontraksi dalam 10 menit dengan durasi 40 sampai 60 detik pada setiap kontraksi. Penilaian kekuatan his dilakukan dengan palpasi pada bagian fundus (perut bagian atas atau tengah) atau uterus bagian atas. Ketika intensitas his menguat, bagian fetus tidak akan teraba karena dinding uterus sangat tegang dan sangat nyeri. Berikut ini tabel tentang frekuensi dan durasi kontraksi uterus yang normal pada proses persalinan:

Tabel 5.1. Kontraksi Uterus Normal Pada Fase Persalinan

Fase Persalinan	Frekuensi Kontraksi (menit)	Durasi Kontraksi (detik)
Kala 1 Fase laten	5 – 10 menit	20-35 detik
Kala 1 Fase aktif	3 – 5 menit	40-55 detik
Kala 2	2-3 menit	55-65 detik

Sumber: *Book "Caring for PNG women and their newborns (2018)"*

2. Dilatasi serviks dan *effacement*

Dilatasi servik disebut pembukaan jalan lahir yang diukur dengan melakukan pemeriksaan dalam (vaginal toucher/VT). Hasil penilaian yaitu dari 0 (tidak ada dilatasi) hingga 10 cm (pembukaan/dilatasi lengkap). *Effacement* servik yaitu penilaian penipisan dan peregangan servik yang dilaporkan dengan presentase, contohnya 0% *effacement* yang berarti tebal leher rahim sekitar 2 cm, sedangkan 100% *effacement* menunjukkan tidak ada panjang servik yang tersisa atau uterus sudah tipis. Secara umum, untuk memulai persalinan fase aktif membutuhkan $\geq 80\%$ *effacement*. Proses dilatasi membutuhkan kontraksi uterus yang adekuat dan hormon oksitosin. Pada ibu multipara, dilatasi terjadi sekitar 1,5 cm per jam sedangkan pada ibu nullipara akan mengalami dilatasi sekitar 1,2 cm per jam pada fase aktif (Kilpatrick and Garrison, 2012). Teori lain mengungkapkan rata-rata waktu dilatasi untuk nullipara 1cm/jam dan 1-2cm/jam untuk multipara. Waktu yang dibutuhkan untuk kemajuan dilatasi/pembukaan servik tergantung pada beberapa faktor seperti paritas, riwayat medis, anatomi panggul, ukuran janin, dan posisi janin saat persalinan. Panggul ibu yang sempit dan posisi janin sungsang dapat mencegah servik untuk berdilatasi secara penuh. Umumnya, ibu yang pernah melahirkan (multigravida) lebih cepat mencapai dilatasi lengkap dibandingkan ibu primigravida. Pembukaan lengkap ditandai dengan servix tidak teraba di depan bagian janin (kepala). Kegagalan dalam proses dilatasi servik dapat menyebabkan partus macet (Evbuomwan and Chowdhury, 2024).

3. Lender bercampur darah (*Bloody show*)

Lender bercampur darah merupakan salah satu karakteristik terjadinya onset persalinan. Saat proses persalinan dimulai maka servik mengalami pelunakan, penipisan, dan pelebaran untuk membuat jalan kelahiran. Servix mengandung pembuluh darah kapiler yang mudah pecah sehingga saat servix berdilatasi maka akan timbul

darah yang kemudian bercampur dengan mucus yang membungkus uterus dan keluar melalui vagina. Lender darah biasanya terlihat putih, jernih, berwarna pink, coklat atau merah dengan tekstur kental atau *spotting*. Jumlah lender darah pada awal proses kelahiran berjumlah sedikit atau sekitar satu sendok dan akan semakin banyak seiring dengan kemajuan persalinan (Hanley et al., 2016).

4. Ketuban pecah

Ketuban memiliki selaput yang disebut korioamnion yang berfungsi sebagai pembungkus janin. Di dalam ketuban terdapat cairan amnion untuk melindungi janin dan membuat janin bebas bergerak serta mencegah trauma dari luar. Cairan ketuban yang normal berwarna bening atau putih keruh, tidak bercampur darah dan tidak berbau. Ibu hamil yang mengalami pecah ketuban terkadang tidak menyadari bahwa cairan tersebut berasal dari ketuban dan dianggap air kencing atau urin. Untuk memastikan cairan tersebut adalah air ketuban maka perlu dilakukan pemeriksaan sederhana dengan kertas lakmus. Jika kertas lakmus berubah warna dari merah menjadi biru maka cairan yang keluar adalah air ketuban. Biasanya selaput ketuban akan pecah jika usia kehamilan sudah melewati 37 minggu dan saat proses persalinan karena selaput ketuban mulai melemah secara fisiologis dan adanya tekanan kontraksi uterus.

Keluarnya cairan bisa dianggap normal atau abnormal. Kondisi abnormal terjadi karena adanya infeksi atau trauma. Ketuban yang pecah sebelum waktunya akan meningkatkan risiko infeksi akibat masuknya kuman atau bakteri, sehingga bayi harus lahir dalam waktu 24 jam setelah ketuban pecah untuk mencegah infeksi intrauterin. Jika ketuban pecah sebelum usia kehamilan 37 minggu maka disebut dengan istilah KPD (Ketuban Pecah Dini) atau PROM (*Premature Rupture of Membranes*). Terdapat beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan ketuban pecah dini yaitu status sosial dan ekonomi rendah, perokok, riwayat infeksi menular seksual (IMS), riwayat partus

premature, riwayat KPD, riwayat perdarahan pervaginam, kehamilan kembar, dan polihidramnion (POGI, 2016).

5.2.3 Teori Penyebab persalinan

1. Teori Mekanik

Persalinan dapat terjadi ketika kontraksi uterus, sumbu engagement, penurunan janin, dan diameter panggul saling bertemu. Pada proses mekanik persalinan melibatkan tiga komponen yaitu faktor *power*, *passage*, dan *passenger*. Peningkatan vaskularisasi dan perubahan pada jaringan extra seluler memicu pematangan servik. Proses inflamasi terus berlangsung saat persalinan. Produksi prostaglandin dan leukotriene menstimulasi dilatasi pembuluh darah servik agar servik berdilatasi. Myometrium menghasilkan aktivitas elektrik untuk menimbulkan kontraksi agar persalinan terjadi, proses ini dikontrol oleh hormon, metabolisme dan faktor mekanik. Perineum dan vagina juga mengalami hipertropi agar merenggang (*distensi*) saat persalinan.

2. Teori Perubahan Hormon

Menjelang persalinan pada beberapa minggu saat trimester III, hormon estrogen dan CRH (*corticotropin-releasing hormone*) mengalami peningkatan dan hormon progesterone menurun. Penurunan progesterone merupakan indikator dimulainya persalinan. Pada saat kehamilan, progesterone bertugas untuk mempertahankan dinding uterus dan mencegah kontraksi. Estrogen berperan dalam memicu pengeluaran reseptor oksitosin dimana oksitosin akan mengaktivasi otot halus myometrium agar uterus berkontraksi regular dan efektif (*direct action*). Secara tidak langsung (*indirect action*), oksitosin meningkatkan produksi prostaglandin. Prostaglandin juga berperan penting diantaranya menginduksi pematangan servik, rupture membran, dan melepaskan plasenta. Hormon relaksin yang diproduksi oleh korpus luteum, plasenta, dan desidua mencapai level tertinggi pada akhir trimester I, kemudian turun dan meningkat sebelum

persalinan untuk menekan kontraksi uterus dan melunakkan servik untuk mempersiapkan kelahiran.

5.2.4 Mekanisme Persalinan Normal

Proses mekanisme persalinan menggambarkan gerakan janin saat melakukan adaptasi ukuran dirinya terhadap anatomi panggul ibu, hal ini terjadi ketika kepala janin berusaha melewati organ panggul. Mekanisme ini akan menjelaskan bagaimana diameter janin yang lebih besar mampu berada di satu garis lurus dengan diameter panggul yang paling besar untuk memaksimalkan proses kelahiran normal.

1. Engagement

Engagement merupakan mekanisme dimana diameter biparetal (9.4 cm) telah berada atau melewati PAP (Pintu Atas Panggul), dengan posisi sutura sagitalis melintang dan sedikit fleksi di dalam jalan lahir serta presentasi kepala terletak pada stasion 0 saat pemeriksaan dalam. Engagement pada ibu multigravida terjadi saat proses persalinan sedangkan pada ibu nulipara terjadi ketika memasuki usia kehamilan 36 minggu atau satu minggu sebelum kelahiran (Dutta, 2021). Pada tahap ini ada kondisi yang disebut sinklitismus yaitu ketika kepala masuk ke PAP dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir dan tulang parietal kanan dan kiri memiliki tinggi yang sama. Sedangkan asinklitismus merupakan keadaan dimana saat kepala melewati PAP, sutura sagitalis berada lebih dekat dengan promontorium atau simfisis.

2. Penurunan kepala (*Descent*)

Penurunan kepala turun ke bawah melalui panggul, tingkat penurunan paling besar terjadi pada fase deselerasi kala 1 dan selama kala 2 persalinan.

3. Fleksi

Gerakan fleksi kepala janin terjadi secara pasif karena terhambat oleh servik dan dasar perlvik/dinding pelvik. Mekanisme fleksi mengubah diameter oksipito frontalis (12 cm) menjadi suboksipito-bregmatika (9 cm). Dag

berpindah posisi ke arah dada fetus sehingga saat pemeriksaan dalam (VT) teraba ubun-ubun kecil (UUK) lebih jelas dibandingkan ubun-ubun besar (UUB). Hasil fleksi yang sudah sempurna bertujuan untuk membuat diameter terkencil (suboksipito-bregmatik) yang berukuran 9.5 cm mampu melewati pintu bawah panggul dengan optimal.

4. Rotasi dalam (Putaran paksi dalam)

Mekanisme putaran paksi dalam melibatkan proses pemutaran bagian terendah janin untuk mengubah posisi sebelumnya menuju ke arah depan hingga di bawah simfisis. Jika presentasi terendah janin adalah UUK maka UUK akan berputar ke depan agar berada di bawah simfisis. Rotasi dalam ini berlangsung secara bersamaan dengan kemajuan kepala setelah kepala melalui bidang hodge III. Saat dilakukan pemeriksaan dalam maka UUK berada pada arah jam 12. Penyebab terjadinya rotasi dalam yaitu bagian belakang kepala letak fleksi dan mencari tahanan paling sedikit pada bagian depan yakni hiatus genitalis. Rotasi dalam ini membawa oksiput ke bawah lengkung kemaluan (*pubic arch*) sehingga bahu janin mampu masuk ke panggul dengan diameter melintang dan menyebabkan rotasi pada leher janin.

5. Ekstensi

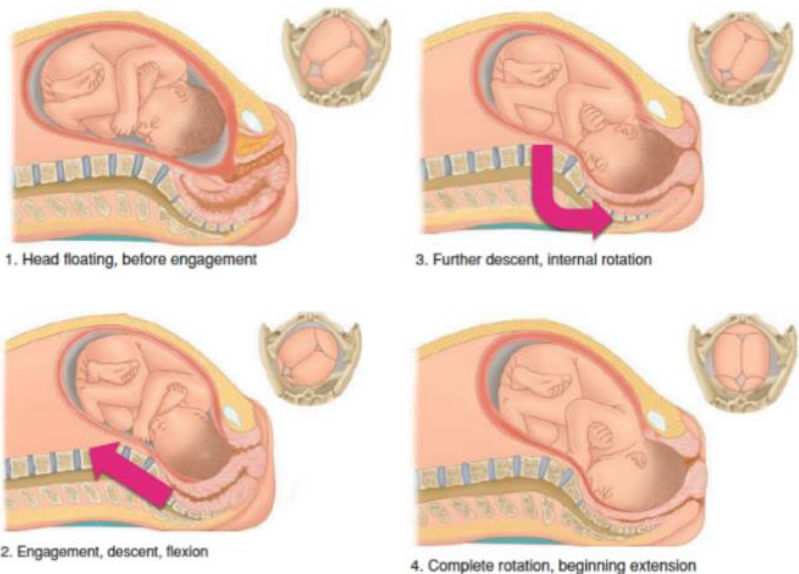
Ekstensi atau defleksi adalah gerakan dimana janin turun hingga ke bagian introitus. Penurunan ini membuat oksiput bersinggungan dengan bagian simfisis. Pada tahap ini jalan lahir melengkung ke atas. Kepala janin dilahirkan secara ekstensi dengan berputar mengelilingi simfisis, hal ini terjadi karena kontraksi uterus yang membawa kekuatan ke bawah pada janin dan kekuatan ke atas oleh otot dasar panggul. Bagian *vaginal outlet* merenggang dan terjadilah *crowning*. Perineum mengalami distensi maksimal dan menyebabkan oksiput, dahu, mulut dan dagu dapat lahir sempurna.

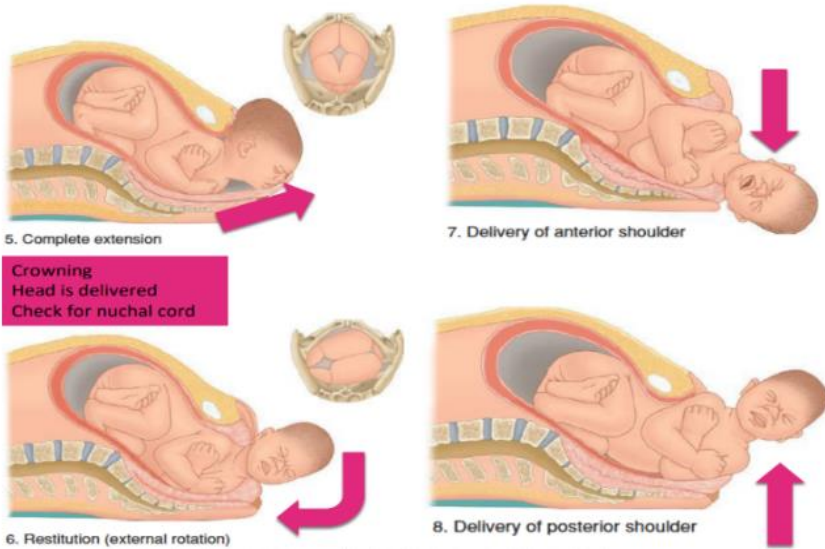
6. Rotasi luar (Putaran paksi luar)

Rotasi luar disebut juga restitusi yaitu kembalinya kepala janin ke posisi anatomi yang tepat yang dipengaruhi oleh panggul. Putaran paksi luar adalah gerakan yang memutar UUK ke arah punggung janin, jika UUK di sebelah kiri maka UUK akan berputar ke arah kiri, begitupun sebaliknya. Pada tahap ini, diameter biacromial janin menjadi sama arahnya dengan diameter anteroposterior yang menempatkan satu bahu pada anterior belakang simfisis dan bahu lain pada posterior di belakang perineum. Pada akhirnya, sutura sagitalis kembali pada posisi melintang.

7. Ekspulsi

Setelah kepala lahir dan mengalami rotasi luar, proses selanjutnya adalah keluarnya bahu anterior, bahu posterior hingga lahirnya seluruh anggota tubuh bayi keluar secara spontan.





Gambar 5.1. Mekanisme Persalinan Normal

Sumber: (Cunningham, F., Leveno, K., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., & Casey, B. (2018). Cardinal movements of labour and delivery from a left occiput anterior position [Digital image]. Retrieved from <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?legacysectionid=p9780071798938-ch022>)

5.3 Proses Persalinan

Dalam proses kelahiran secara normal pervaginam, seorang ibu bersalin harus melewati empat tahapan yaitu kala 1 hingga kala 4. Fase persalinan ini dimulai dari pembukaan jalan lahir hingga keluarnya plasenta.

5.3.1 Kala 1

Kala 1 adalah tahapan persalinan yang membutuhkan waktu paling lama. Kala 1 dimulai dengan adanya dilatasi servik untuk membuka jalan lahir dan berakhir ketika dilatasi servik sudah mencapai 10 cm atau pembukaan jalan lahir lengkap. Pada ibu nullipara durasi rata-rata kala 1 yaitu 8 hingga 18 jam dengan perkiraan pembukaan 1cm/jam sedangkan ibu multipara membutuhkan antara 5 sampai 12 jam dengan

estimasi pembukaan 1-2cm/jam. Ada dua fase pada kala 1 yaitu fase laten dan fase aktif.

1. Fase laten

Fase laten adalah tahapan pembukaan 0 hingga 3 cm. Durasi dilatasi servik pada fase ini berbeda-beda antar perempuan, ibu primipara biasanya membutuhkan waktu sehari-hari hingga seminggu lebih karena pembukaan pada fase ini berlangsung sangat lambat yaitu sekitar 8 jam. Rata-rata waktu yang diperlukan pada fase laten yaitu:

Tabel 5.2. Rata-Rata Durasi Kala 1 Fase Laten

	Normal	Prolonged (memanjang)
Nullipara	6.4 jam ($\pm$ 5.1 jam)	> 20 jam
Multipara	4.8 jam ($\pm$ 4.7 jam)	> 14 jam

Sumber: Friedman 1978 dalam buku *A Practical Manual to Labor and Delivery* (2018)

2. Fase aktif

Fase aktif dimulai ketika dilatasi servik sudah mencapai 4 cm sampai dilatasi lengkap (10 cm) dimana kontraksi yang dialami ibu akan semakin memanjang, kuat, semakin sering dan lebih nyeri. Fase aktif lebih cepat dari fase laten. Menurut WHO, fase aktif untuk nullipara tidak boleh lebih dari 12 jam, dan pada multipara tidak melebihi 10 jam. Fase aktif dibagi menjadi 3 tahapan yaitu:

a. Fase akselerasi

Dalam dua jam terjadi pembukaan 3 cm sampai 4 cm.

b. Fase dilatasi maksimal

Pada fase ini pembukaan berlangsung sangat cepat, dalam dua jam pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.

c. Fase deselerasi

Proses dilatasi kembali melambat, dari pembukaan 9 cm ke pembukaan lengkap memerlukan waktu dua jam.

5.3.2 Kala 2

Kala 2 adalah tahapan yang dimulai saat pembukaan lengkap hingga kelahiran bayi. Pada kala dua ibu terlibat secara aktif untuk mendorong janin keluar. *Crowning* terjadi ketika kepala bayi berdiameter 5-6 cm terlihat membuka vulva. Fase pengeluaran janin terjadi lebih cepat tergantung pada kekuatan ibu dan penggunaan epidural sebagai manajemen nyeri. Adapun faktor yang berdampak pada durasi kala 2 adalah ukuran janin, posisi oksiput, IMT (indeks masa tubuh) ibu dan bidang hodge ketika dilatasi lengkap. Terdapat beberapa perbedaan teori dalam mengklasifikasikan durasi kala 2. Berdasarkan Deering (2018), kala dua untuk ibu nullipara sekitar 35 menit dan 15 menit untuk ibu multipara (Deering, 2018). ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) mendefinisikan kala dua memanjang jika lebih dari 2 jam pada ibu nullipara dan lebih dari 1 jam pada multipara. Menurut WHO (2018), pada proses kelahiran bayi di kala dua ini harus selesai dalam 3 jam untuk nullipara dan dalam 2 jam untuk multipara (Wright et al., 2021).

5.3.3 Kala 3

Kala 3 persalinan dimulai setelah bayi lahir sampai keluarnya plasenta dan selaputnya. Rata-rata kala tiga berlangsung selama 5-6 menit dan sebagian besar proses kelahiran plasenta membutuhkan waktu 15 menit. Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit maka hal ini diklasifikasikan sebagai kala tiga memanjang dan membutuhkan tindakan manual plasenta. Tanda-tanda keluarnya plasenta yaitu uterus berbentuk globuler atau terasa lebih keras, tali pusat memanjang, dan adanya semburan darah tiba-tiba. Setelah bayi lahir, direkomendasikan untuk menunda pemotongan tali pusat (*delay cord clamping*) tidak kurang dari satu menit hal ini bertujuan untuk mengoptimalkan transfusi plasenta dan meningkatkan status sel darah merah hingga enam bulan setelah kelahiran bayi (WHO, 2023). Pada tahap kala tiga perlu dilakukan tindakan proaktif yang disebut manajemen aktif kala 3 yaitu memberikan oksitosin untuk memicu kontraksi dalam satu menit setelah lahirnya bayi, peregang tali pusat

terkendali, dan masase fundus uteri. Setelah plasenta berhasil dilahirkan, perlu dilakukan inspeksi terhadap kelengkapan plasenta untuk memastikan seluruh bagian plasenta tidak ada yang tertinggal di dalam uterus dan menilai tonus uterus, tindakan ini untuk mencegah terjadinya perdarahan.

5.3.4 Kala 4

Kala 4 persalinan merupakan periode dua jam pertama setelah plasenta lahir. Pada kala 4, secara fisiologis kontraksi uterus akan meningkat dan pembuluh darah akan menyempit untuk menghentikan perdarahan. Risiko perdarahan sering terjadi pada tahap ini. Pemantauan yang harus dilakukan pada dua jam yaitu memonitor kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, kandung kemih, jumlah perdarahan, tekanan darah setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua, serta pengukuran suhu tubuh ibu satu kali setiap 60 menit. Jika ibu mengalami lacerasi maka dilakukan penjahitan pada periode ini. Setelah pemantauan selama dua jam, jika kondisi ibu dalam keadaan stabil dan baik maka tindakan berikutnya memindahkan ibu ke ruang perawatan dengan bayinya dalam satu ruangan (*rooming in*) untuk mengoptimalkan ikatan atau hubungan kasih sayang ibu dengan bayinya (*bounding attachment*). Durasi persalinan normal untuk primipara rata-rata 12-18 jam, untuk multipara durasi persalinan lebih cepat yaitu sekitar 6-8 jam (Moldenhauer, 2024). Berdasarkan hasil riset, estimasi jumlah darah yang keluar saat proses persalinan normal pervaginam rata-rata 180ml sedangkan pada persalinan caesar darah yang keluar lebih banyak yaitu sebesar 557.9ml (Misme et al., 2016).

5.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi proses kemajuan persalinan yaitu *power*, *passages*, *passenger*, posisi ibu, dan psikologis ibu, masing-masing faktor dijelaskan sebagai berikut:

5.4.1 Power

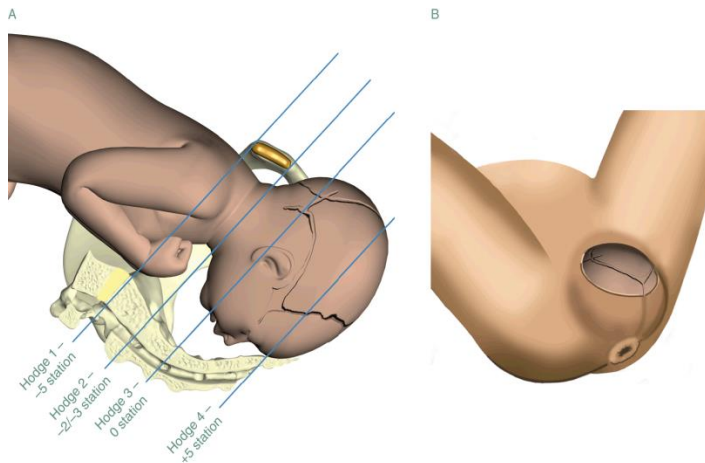
Power atau his adalah kekuatan dalam proses persalinan yang terdiri dari kontraksi involunter atau kekuatan primer dan volunter atau kekuatan sekunder dari kemampuan ibu untuk membuka servik dan membawa janin terdorong ke bawah. Dari awal kehamilan uterus mulai berkontraksi namun tidak menimbulkan rasa nyeri (Braxton Hicks), kontraksi ini akan terus meningkat setelah usia kehamilan memasuki 36 minggu hingga persalinan. Kontraksi pada proses kelahiran dimulai dari tuba falopi dan bagian sisi uterus hingga menjalar ke bawah bagian uterus dan akan membuat rasa nyeri terbesar pada bagian segmen atas uterus. Kontraksi yang adekuat untuk kemajuan proses persalinan yaitu kontraksi yang timbul 3 sampai 5 kali dalam 10 menit dengan durasi sekitar 60 detik, sehingga yang perlu dimonitor dalam kontraksi adalah intensitas, frekuensi, dan durasi. Pada saat persalinan kontraksi terjadi setiap 2 hingga 5 menit dan meningkat hingga 2 sampai 3 menit pada fase aktif dan kala dua. Otot miometrium memiliki kemampuan kontraksi, relaksasi, dan retraksi. Kontraksi mengubah tekanan intrauterin dan retraksi yang progresif akan menyebabkan segmen bawah uterus merenggang dan menipis sehingga memicu dilatasi dan penipisan servik. Kontraksi yang tidak adekuat akan menyebabkan persalinan macet. Studi melaporkan kejadian kontraksi tidak adekuat lebih banyak terjadi pada multipara dibandingkan primipara. Frekuensi his yang terlalu sering disebut *tachysystole* ditandai dengan his yang muncul lebih dari 5 kali per 10 menit rata-rata dalam waktu lebih dari 30 menit pengukuran. Jika hal ini terjadi maka perlu dokumentasi DJJ (detak jantung janin), selain itu kontraksi yang terlalu sering akan mengurangi pertukaran oksigen dan menyebabkan hypoxia pada janin (Young et al., 2023).

5.4.2 Passages

Passages atau jalan lahir adalah panggul ibu dimana organ ini memiliki peran penting dalam keberhasilan persalinan fisiologis. Jaringan keras terbentuk dari os.sacrum (promotorium), os coxae (ilium, ischium, dan pubis), dan os coccygis. Jaringan lunak terdiri atas uterus (segmen atas dan

segmen bawah), servik, dasar panggul, vagina dan perineum. Dasar panggul ibu harus mampu merenggang secara adekuat untuk mengakomodasi keluarnya janin. Ukuran dan bentuk panggul ibu harus dalam klasifikasi normal untuk kelahiran pervaginam. Umumnya bentuk klasik panggul perempuan adalah ginekoid. Malforasi uterus seperti adanya septum, mioma uteri, mioma servik juga dapat menghambat proses kelahiran. Kemajuan proses persalinan ditentukan menggunakan pedoman bidang hodge yaitu untuk menilai penurunan kepala. Bidang hodge terdiri dari empat yaitu:

1. Bidang Hodge I: bidang yang setinggi PAP (Pintu Atas Panggul), bagian atas terdapat symphysis dan promontorium
2. Bidang Hodge II: bidang yang setinggi pinggir bawah symphysis (sejajar Hodge I)
3. Bidang Hodge III: bidang yang setinggi spina ischiadika bagian kanan dan kiri (sejajar Hodge I)
4. Bidang Hodge IV: bidang yang setinggi ujung coccygis (sejajar Hodge I)



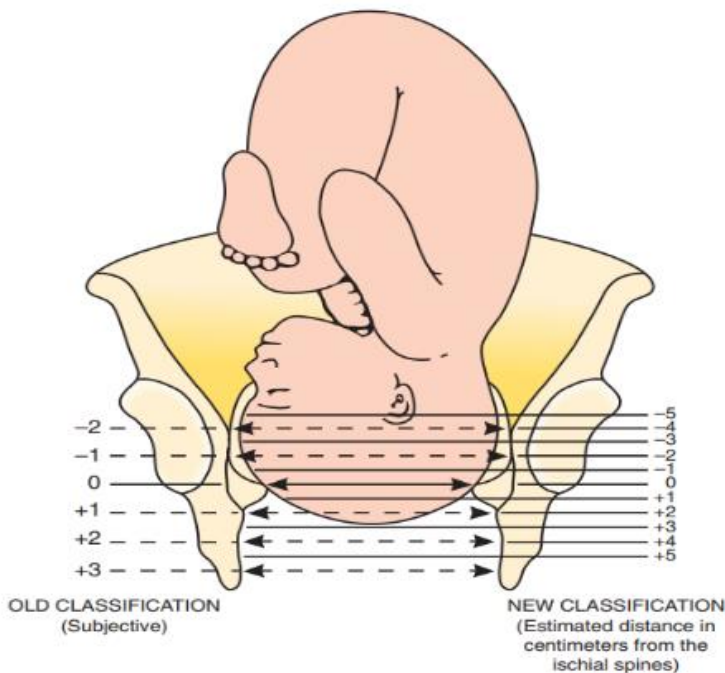
Gambar 5.2. Bidang Hodge 1 – 4

Sumber:

<https://www.cambridge.org/core/books/abs/obstetric-interventions/normal-labor-and-delivery/4F87CFFBDFE5FA7F09B6E23407502413>

Selain bidang hodge, untuk mengukur derajat penurunan presentasi kepala janin terdapat istilah stasion, klasifikasi yang digunakan saat ini adalah -5 sampai +5. Titik tengah atau stasion 0 berada pada *ischial spine* yang dapat dipalpasi saat pemeriksaan dalam yang menunjuk pada arah jam 8 atau jam 4.

1. Stasion 0 berada sejajar dengan spina ischiadica
2. Stasion 1 sampai 5 yaitu 1cm di atas spina ischiadica
3. Stasion -1cm sampai -5 yaitu -1cm di bawah spina ischiadica



Gambar 5.3. Stasion Penurunan Presentasi Janin
(sumber: <https://obgyn.azurewebsites.net/wp-content/uploads/2014/02/gabbe-normal-labor.pdf>)

5.4.3 Passenger

Passenger terdiri atas janin dan plasenta. Apabila terjadi abnormalitas maka persalinan pervaginam tidak bisa dilakukan karena kedua komponen tersebut melakukan pergerakan sepanjang proses kelahiran. Faktor *passenger* yang berpengaruh terhadap persalinan antara lain ukuran kepala janin, presentasi,

letak, sikap, dan posisi. Untuk memenuhi kriteria normal maka janin harus berada pada presentasi kepala, letak memanjang, sikap fleksi sempurna agar diamenter suboksipito-bregmatika dapat masuk ke panggul. Posisi janin menunjukkan letak oksiput, sutura, dan fontanelles. Faktor lain dari *passenger* yang menghambat kemajuan persalinan yaitu ukuran janin besar (macrosomia), malposisi (oksiput berada pada posisi posterior atau tranvesa, malpresentasi (sungsang), dan kelainan pada posisi plasenta (Thornton et al., 2020).

5.4.4 Posisi Ibu

Posisi ibu berpengaruh terhadap anatomi dan fisiologi kelahiran. Banyak pilihan posisi yang dapat ditawarkan kepada ibu agar ibu mampu bergerak bebas dan melahirkan dalam posisi nyaman. Posisi tegak dalam persalinan antara lain berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi *upright* atau tegak dikombinasikan dengan posisi mobile sesuai keinginan ibu memiliki keuntungan dibandingkan posisi berbaring di tempat tidur yaitu mengurangi risiko persalinan SC, mempercepat penurunan kepala janin, melebarkan ruangan pelvic, mempersingkat waktu persalinan, mengoptimalkan kontraksi, mengurangi kemungkinan episiotomi dan meringankan nyeri (Lawrence et al., 2013).

5.4.5 Psikologis Ibu

Persalinan merupakan kejadian yang penting bagi perempuan karena melibatkan tantangan fisiologis dan psikologis. Ketika ibu tidak mampu beradaptasi dengan emosi dan psikologisnya maka hal ini akan berdampak pada proses persalinan. Penelitian mengungkapkan kecemasan ibu berhubungan dengan tingkat hormon katekolamin yang menyebabkan durasi persalinan semakin lama. Kecemasan saat persalinan juga meningkatkan hormon epineprin sehingga berhubungan dengan aktivitas kontraksi uterus yang lambat. Depresi maternal berperan penting pada durasi kala II karena mempengaruhi kekuatan ibu saat meneran. Studi lain menyebutkan ibu dengan depresi dapat menyebabkan disregulasi pola pengeluaran hormon oksitosin (Gimovsky et al.,

2024). Ibu yang memiliki ketakutan persalinan akan meningkatkan risiko persalinan caesar dan komplikasi obstetrik (Rúger-Navarrete et al., 2023). Faktor psikologis ibu perlu dikaji bahkan dipersiapkan sejak kehamilan agar ibu semakin percaya diri dalam proses persalinan, sehingga faktor psikologis tidak menghambat kemajuan persalinan (Hishikawa et al., 2019).

5.5 Perubahan Fisik Dan Psikologis Ibu Bersalin

5.5.1 Perubahan Fisik Ibu Selama Persalinan Meliputi:

1. Sistem Hematologi: volume darah dan koagulasi meningkat karena kontraksi uterus memeras darah dari plasenta menuju ke sirkulasi sentral yang menyebabkan peningkatan haemoglobin sekitar 1,2/100 ml dan mengakibatkan autotranfusi sebanyak 300-500 ml, sirkulasi ini sebagai akibat dari respon nyeri ibu (Soma-Pillay et al., 2016).
2. Sistem Kardiovaskuler: curah jantung meningkat 15% saat kala satu hingga 50% pada kala dua. Setiap kali kontraksi uterus terjadi, sistolik dan diastolik mengalami kenaikan rata-rata 10-20 mmHg dan 5-10mmHg. Detak jantung juga mengalami kenaikan karena rasa nyeri saat kontraksi.
3. Sistem Respiratori: dorongan ibu saat meneran meningkatkan ventilasi, tekanan PCO₂ (tekanan parsial karbon dioksida) menurun pada 17mmHg.
4. Sistem Gastrointestinal: pola sistem pencernaan melambat sehingga volume gastric meningkat. Makanan padat tersimpan dalam lambung ibu bersalin bahkan setelah 18 jam berpuasa. Hal ini bisa menyebabkan ketidaknyamanan, namun ibu tetap harus makan dan minum agar kebutuhan energi dan hidrasi terpenuhi (Datta et al., 2010).
5. Sistem Renal: saat kehamilan filtrasi glomerulus meningkat dan saat persalinan terjadi poliuria sehingga kandung kemih harus dimonitor setiap dua jam agar penurunan kepala janin tidak terhambat serta mencegah retensi urin.
6. Sistem Metabolisme: peningkatan aktivitas metabolisme tubuh saat persalinan menyebabkan kenaikan pada nadi, temperatur, pernapasan, curah jantung, dan hilangnya cairan tubuh. Peningkatan suhu tubuh normal kurang dari

- 0,5-1 derajat celcius. Jika melebihi indikator tersebut, biasanya mengindikasikan dehidrasi.
7. Sistem Endokrin: hormon estrogen meningkat dan progesteron menurun untuk menstimulasi produksi uterotonika yaitu oksitosin dan prostaglandin. Hormon CRH (*corticotropin releasing hormone*) meningkat untuk membantu proses dilatasi pembuluh darah uterus dan kontraksi otot halus (Kota et al., 2013).

5.5.2 Perubahan Psikologis Saat Persalinan

Setiap perempuan mengalami perubahan psikologis yang berbeda-beda saat persalinan. Psikologis ibu primipara mungkin akan berbeda dengan ibu multipara karena ibu multipara memiliki pengalaman pada persalinan sebelumnya. Ketakutan dalam menghadapi persalinan berhubungan dengan meningkatnya usia kehamilan (trimester III), ibu primipara, adanya stress dan gejala depresi saat kehamilan, kemungkinan persalinan SC, kurangnya dukungan sosial termasuk kualitas hubungan dengan suami, keluarga, dan teman (Zhou et al., 2021). Kondisi psikologis ibu bersalin yang positif yaitu ibu merasa antusias, bahagia, tenang, percaya diri. Sedangkan perubahan psikologis yang negatif meliputi kelelahan yang luar biasa, cemas, takut, dan khawatir.

5.6 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

5.6.1 Kebutuhan fisik

Untuk memaksimalkan kontraksi uterus dan peredaran darah uterus saat proses kelahiran, ibu membutuhkan oksigen, nutrisi, dan hidrasi yang adekuat. Nutrisi yang dianjurkan adalah makanan ringan yang mengandung karbohidrat untuk menghasilkan energi contohnya kurma, probiotik, yogurt rendah lemak, sayuran, buah-buahan, sereal, roti, coklat, telur, jus buah. Untuk ibu yang memiliki riwayat diabetes atau dengan diabetes melitus gestasional, intake glukosa perlu dikontrol saat persalinan karena jika ibu mengalami hiperglikemi dapat mengakibatkan fetal hyperinsulinemia dan saat bayi lahir dapat menyebabkan hipoglikemi. Cairan yang direkomendasikan

adalah isotonik, terutama pada kala II diantara fase kontraksi contohnya air kelapa. Dehidrasi saat persalinan berpengaruh pada sinyal kalsium dan kekuatan kontraksi myometrium yang memperpanjang proses persalinan.

Eliminasi cairan juga perlu dimonitor karena kandung kemih penuh dapat menghambat turunya kepala janin, membuat rasa yeri dan tidak nyaman, mengganggu keluarnya plasenta, dan meningkatkan risiko perdarahan setelah kelahiran (Kearney et al., 2024). Agar ibu merasa lebih nyaman dan untuk mencegah infeksi, personal hygiene harus difasilitasi. Asuhan personal hygiene dapat dilakukan dengan menjaga kebersihan daerah genetalia, ibu dianjurkan mandi, mengganti underpad yang kotor, jika ada feses segera dibersihkan. Kebutuhan fisik lainnya yaitu istirahat dan mobilisasi posisi untuk memaksimalkan kemajuan persalinan.

5.6.2 Kebutuhan Psikologis

Ibu yang memiliki efikasi diri yang kuat dapat menurunkan tingkat nyeri saat persalinan. Asuhan yang dapat diberikan untuk mendukung psikologis ibu antara lain memfasilitasi dukungan fisik, emosional, dukungan sosial, meningkatkan kepercayaan diri ibu untuk bisa melahirkan normal (Olza et al., 2018). Ibu membutuhkan rasa aman, rasa disayangi, harga diri, dan aktualisasi diri (Yulizawati et al., 2019). Mindset ibu terkait persalinan dapat memprediksi *outcome* persalinan sehingga bidan harus mampu memberikan persepsi bahwa persalinan adalah proses yang normal dan alami.

5.6.3 Manajemen Nyeri

Nyeri yang dirasakan ibu saat persalinan merupakan pengalaman subyektif dan respon fisiologis terhadap his, dilatasi servik, dan penurunan bagian terendah janin. Manajemen nyeri terdiri dari farmakologis dan non-farmakologis. Pemberian intervensi untuk mengurangi nyeri merupakan bagian dari *respectful maternity care* (RMC). Untuk persalinan normal pervaginam, manajemen nyeri yang direkomendasikan adalah penggunaan non-farmakologis yang meliputi penggunaan

birthing ball, massage (effleurage, deep back massage, rubbing, firm counter, abdominal lifting), counter-pressure, aromaterapi, hypnobirthing, hidroterapi, akupuntur, kompres hangat dan dingin, music relaksasi, dan teknik pernafasan dalam. Tingkat nyeri dapat diukur secara obyektif dengan skala nyeri yaitu *numeric rating scale* (NRC) dimana ibu dapat menunjukkan rasa nyerinya pada indikator angka 0-10. Penggunaan NRC dapat membantu bidan dalam menentukan dan mengevaluasi intervensi manajemen nyeri sesuai kebutuhan ibu.

5.7 Evidence-Based Practice Dalam Persalinan

Berdasarkan WHO (2018), berikut beberapa intervensi berbasis bukti yang direkomendasikan untuk mewujudkan pengalaman persalinan yang positif (World Health Organization, 2018) diantaranya yaitu:

Direkomendasikan	Tidak direkomendasikan
Penerapan RMC (<i>Respectful Maternity Care</i>)	Mencukur rambut pubis sebelum persalinan pervaginam
Menghadirkan pendamping persalinan	Amniotomi dini induksi oksitosin untuk mencegah persalinan macet
Teknik relaksasi dan teknik manual untuk manajemen nyeri	Pemberian cairan intravena untuk mempercepat persalinan
Pijat perineum, kompres hangat untuk mencegah trauma perineum	Episiotomi rutin
Menunda pemotongan tali pusat tidak kurang dari 1 menit	Membersihkan vagina dengan chlorhexidine untuk mencegah infeksi
Mobilisasi dan posisi <i>upright</i> saat persalinan	Menekan/mendorong fundus saat kala 2

DAFTAR PUSTAKA

- Datta, S., Kodali, B.S., Segal, S., 2010. Maternal Physiological Changes During Pregnancy, Labor, and the Postpartum Period, in: *Obstetric Anesthesia Handbook*. Springer New York, New York, NY, pp. 1–14.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-88602-2_1
- Deering, S., 2018. *A Practical Manual to Labor and Delivery*, 2nd ed. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781108291323>
- Dutta, A., 2021. Presentation and Mechanism of Labour | Article | GLOWM [WWW Document]. The Global Library of Women's Medicine. URL <http://www.glowm.com/article/heading/vol-11--labor-and-delivery--presentation-and-mechanism-of-labor/id/414323> (accessed 7.11.24).
- Evbuomwan, O., Chowdhury, Y.S., 2024. Physiology, Cervical Dilation, in: *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
- Gimovsky, A.C., Rasiah, S.S., Vergara-Lopez, C., Has, P., Ayala, N.K., Stroud, L.R., 2024. Psyche: The 5th “P” and its Associated Impact on the Second Stage of Labor. *R I Med J* (2013) 107, 37–44.
- Hanley, G.E., Munro, S., Greyson, D., Gross, M.M., Hundley, V., Spiby, H., Janssen, P.A., 2016. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 71.
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0857-4>
- Hishikawa, K., Kusaka, T., Fukuda, T., Kohata, Y., Inoue, H., 2019. Anxiety or Nervousness Disturbs the Progress of Birth Based on Human Behavioral Evolutionary Biology. *The Journal of Perinatal Education* 28, 218.
<https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.4.218>
- Hundley, V., Downe, S., Buckley, S.J., 2020. The initiation of labour at term gestation: Physiology and practice implications. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics &*

- Gynaecology 67, 4–18.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.006>
- ICM, 2023. Keeping Birth Normal [WWW Document]. International Confederation of Midwives. URL <https://internationalmidwives.org/resources/keeping-birth-normal/> (accessed 7.10.24).
- Kearney, L., Craswell, A., Dick, N., Massey, D., Nugent, R., 2024. Evidence-based guidelines for intrapartum maternal hydration assessment and management: A scoping review. *Birth* 51, 253–263.
<https://doi.org/10.1111/birt.12773>
- Kilpatrick, S., Garrison, E., 2012. Normal Labor and Delivery, in: *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. Elsevier, pp. 267–286. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1935-2.00013-2>
- Kota, Sunil K., Gayatri, K., Jammula, S., Kota, Siva K., Krishna, S.V.S., Meher, L.K., Modi, K.D., 2013. Endocrinology of parturition. *Indian J Endocrinol Metab* 17, 50–59.
<https://doi.org/10.4103/2230-8210.107841>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., Styles, C., 2013. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd003934.pub4>
- Misme, H., Dupont, C., Cortet, M., Rudigoz, R.-C., Huissoud, C., 2016. [Distribution of blood loss during vaginal delivery and cesarean section]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 45, 71–79.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.01.004>
- Moldenhauer, J.S., 2024. Management of Normal Labor - Gynecology and Obstetrics [WWW Document]. MSD Manual Professional Edition. URL <https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/labor-and-delivery/management-of-normal-labor> (accessed 7.13.24).
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S.I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P.J., Murphy, M., Jonsdottir, S.S., Downe, S., Nieuwenhuijze, M.J., 2018. Women's psychological

- experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open* 8, e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Papoutsis, D., Antonakou, A., 2023. Normal childbirth: The natural, non-medical, alternative approaches to the most common medical interventions in labor. <https://doi.org/10.18332/ejm/174525>
- Rúger-Navarrete, A., Vázquez-Lara, J.M., Antúnez-Calvente, I., Rodríguez-Díaz, L., Riesco-González, F.J., Palomo-Gómez, R., Gómez-Salgado, J., Fernández-Carrasco, F.J., 2023. Antenatal Fear of Childbirth as a Risk Factor for a Bad Childbirth Experience. *Healthcare (Basel)* 11, 297. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030297>
- Sheikh, E., Deering, S., 2018. Management of the First Stage of Labor, in: Deering, S. (Ed.), *A Practical Manual to Labor and Delivery*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 60–76. <https://doi.org/10.1017/9781108291323.005>
- Soma-Pillay, P., Catherine, N.-P., Tolppanen, H., Mebazaa, A., Tolppanen, H., Mebazaa, A., 2016. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr* 27, 89–94. <https://doi.org/10.5830/CVJA-2016-021>
- Thornton, J.M., Browne, B., Ramphul, M., 2020. Mechanisms and management of normal labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 30, 84–90. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2019.12.002>
- WHO, 2023. Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anaemia in infants [WWW Document]. URL <https://www.who.int/tools/elena/interventions/cord-clamping> (accessed 7.12.24).
- World Health Organization, 2018. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization, Geneva.
- Wright, A., Nassar, A.H., Visser, G., Ramasauskaite, D., Theron, G., for the FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee, 2021. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *International*

- Journal of Gynecology & Obstetrics 152, 172–181.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.13552>
- Yulizawati., Insani, AA., Sinta, B LE., Andriani, F. 2019. Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan. Indomedia Pustaka. Sidoarjo
- Young, R.C., Marinescu, P.S., Seligman, N.S., 2023. Monitoring uterine contractions during labor: current challenges and future directions. American Journal of Obstetrics & Gynecology 228, S1192–S1208.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.10.039>
- Zhou, X., Liu, H., Li, X., Zhang, S., 2021. <p>Fear of Childbirth and Associated Risk Factors in Healthy Pregnant Women in Northwest of China: A Cross-Sectional Study</p>. PRBM 14, 731–741. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S309889>

BIODATA PENULIS



Dr. Ika Fitria Elmeida,S.SiT.,M.Keb

Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang

Penulis lahir di Pringsewu Tanggal 6 April 1978. Penulis adalah dosen tetap pada Program D3 Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan STIKIM Jakarta, S2 Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung lulus pada tahun 2011, dan melanjutkan S3 FKM Universitas Indonesia pada tahun 2017 dan selesai pada tahun 2021.

Penulis aktif mengajar, meneliti dan melakukan pengabdian pada Masyarakat dan penulis juga tercatat menjadi reviewer jurnal penelitian dan pengabdian Masyarakat Tingkat nasional.

BIODATA PENULIS



Rusni Safitry, S.Tr.Keb.,M.Keb

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
STIKES Bina Generasi Polewali Mandar

Penulis lahir di Kanang tanggal 21 Februari 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan, STIKES Bina Generasi Polewali Mandar. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Bidan Pendidik dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kebidanan. Saat ini menjabat sebagai Ketua Lembaga Penjaminan Mutu di STIKES Bina Generasi Polewali Mandar.

BIODATA PENULIS



Ayu Rimanda, SST.,M.K.M

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi
Bidan
STIKES Bhakti Pertiwi Indonesia

Penulis lahir di Tangerang tanggal 02 April 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan, STIKES Bhakti Pertiwi Indonesia. Menyelesaikan Pendidikan D4 Kebidanan di STIKES Bhakti Pertiwi Indonesia, S2 Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA.

Email : rimandaayu6@gmail.com

BIODATA PENULIS



Alifani Faiz Faradhila, S.Tr.Keb., M.K.M.

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Pertiwi Indonesia

Penulis lahir di Kediri tanggal 30 April 1994. Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Pertiwi Indonesia. Penulis menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Gadjah Mada tahun 2017 kemudian melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia tahun 2017-2019. Penulis aktif menerbitkan karya ilmiah baik nasional maupun internasional.

BIODATA PENULIS



Bdn. Perwitasari, S.Tr.Keb., M.Keb

Dosen Program Studi Diploma Tiga Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Singaperbangsa Karawang

Penulis lahir di Tulungagung pada tahun 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Singaperbangsa Karawang dengan latar pendidikan D3, D4, Profesi, dan S2 pada jurusan kebidanan. Penulis memiliki ketertarikan dalam pengembangan keilmuan kebidanan dan penulis juga aktif dalam melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dalam lingkup kesehatan ibu dan anak.