



Universitas
Harkat Negeri

MODUL:

Early Clinical Exposure (ECE) II B

**SEKOLAH VOKASI
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
TAHUN AKADEMIK 2025/2026**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku ajar "**Early Clinical Exposure (ECE) II B: Integrasi Keterampilan Anamnesis, Pemeriksaan Fisik, Penalaran Klinis, dan Komunikasi Profesional Kebidanan**" ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ajar ini disusun secara khusus untuk memenuhi kebutuhan proses pembelajaran mahasiswa Program Studi D4 Kebidanan, Sekolah Vokasi Universitas Harkat Negeri, sesuai dengan kurikulum berbasis *Outcome-Based Education* (OBE).

Mata kuliah Early Clinical Exposure II B merupakan jembatan yang sangat krusial dalam menghubungkan teori akademis kedokteran dasar dan kebidanan dengan realitas praktik klinis di fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam buku ajar ini, mahasiswa diajak untuk menguasai kompetensi dasar hingga komprehensif, meliputi teknik anamnesis umum dan spesifik reproduksi, pemeriksaan fisik generalis dan obstetri (termasuk palpasi Leopold dan evaluasi panggul), interpretasi data klinis, perumusan penalaran klinis awal, komunikasi terapeutik, etika profesi, serta refleksi keterbatasan diri.

Buku ini disusun dengan struktur yang teratur, dilengkapi dengan studi kasus nyata, tabel panduan tindakan klinis, rubrik penilaian analitik, serta latihan mandiri di setiap akhir bab guna memastikan ketercapaian Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK) secara optimal.

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh civitas akademika Universitas Harkat Negeri, tim penyusun RPS, serta para praktisi klinis yang telah memberikan masukan berharga. Penulis menyadari bahwa buku ajar ini masih jauh dari sempurna, sehingga saran dan kritik membangun sangat diharapkan demi penyempurnaan di masa mendatang.

Semoga buku ajar ini dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi perkembangan pengetahuan, keterampilan, dan profesionalisme para calon bidan masa depan.

Slawi, September 2026

Dosen Pengampu ECE II B

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB 1: PENGANTAR EARLY CLINICAL EXPOSURE (ECE) II B & TEKNIK ANAMNESIS UMUM

BAB 2: ANAMNESIS SPESIFIK SISTEM REPRODUKSI DAN KEBIDANAN

BAB 3: PEMERIKSAAN FISIK UMUM DAN TANDA-TANDA VITAL (VITAL SIGNS)

BAB 4: PEMERIKSAAN FISIK OBSTETRI: ABDOMEN, LEOPOLD, DAN PELVIMETRI

BAB 5: INTERPRETASI DATA ANAMNESIS DALAM ASUHAN KEBIDANAN

BAB 6: INTERPRETASI DATA PEMERIKSAAN FISIK DAN EVALUASI KLINIS

BAB 7: PENALARAN KLINIS AWAL (CLINICAL REASONING) DAN DIAGNOSIS BANDING

BAB 8: PRINSIP KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN PASIEN DAN KELUARGA

BAB 9: KOMUNIKASI EFEKTIF DAN KOLABORASI INTERPROFESI DENGAN TIM KESEHATAN

BAB 10: TANGGUNG JAWAB PROFESI DAN KEMITRAAN DALAM PRAKTIK KLINIS

BAB 11: ETIKA PROFESI DAN PROFESIONALISME PELAYANAN KEBIDANAN

BAB 12: EVALUASI KETERBATASAN DIRI DAN REFLEKSI PRAKTIK KLINIS

BAB 13: PERENCANAAN PENGEMBANGAN KOMPETENSI BERKELANJUTAN (CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT)

BAB 14: INTEGRASI KOMPREHENSIF DAN STUDI KASUS KLINIS ECE II B

DAFTAR PUSTAKA

BAB 1

PENGANTAR EARLY CLINICAL EXPOSURE (ECE) II B & TEKNIK ANAMNESIS UMUM

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-1.1):

- Mahasiswa mampu menjelaskan filosofi dan tujuan Early Clinical Exposure (ECE) II B dalam kurikulum kebidanan berbasis OBE.
- Mahasiswa mampu mengaplikasikan teknik anamnesis umum secara berurutan, terstruktur, dan rasional.
- Mahasiswa mampu membangun hubungan awal (rapport) yang empati dan profesional dengan pasien.

1.1 Pendahuluan dan Pembelajaran ECE II B

Early Clinical Exposure (ECE) II B merupakan komponen esensial dalam pendidikan kebidanan modern berbasis kurikulum Outcome-Based Education (OBE). Program ini dirancang untuk memberikan pengalaman klinis awal secara terstruktur kepada mahasiswa di tingkat vokasi kebidanan. Melalui ECE II B, mahasiswa tidak hanya mempelajari teori medis di dalam ruang kuliah, melainkan langsung diajak memahami konteks nyata pelayanan kesehatan di puskesmas, rumah sakit, maupun praktik mandiri bidan.

Fokus utama ECE II B adalah penyempurnaan integrasi antara pengetahuan teoretis dasar dengan keterampilan klinis awal (early clinical skills). Pembelajaran ini menjadi batu pijakan penting sebelum mahasiswa menerjunkan diri secara penuh dalam Praktik Klinik Kebidanan (PKK). Mahasiswa dituntut untuk mampu melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, sintesis data, perumusan penalaran klinis awal, hingga menunjukkan komitmen etis dan profesionalitas yang tinggi saat berinteraksi dengan pasien maupun tim medis interprofesi.

1.2 Prinsip Dasar dan Komponen Anamnesis Umum

Anamnesis merupakan wawancara medis terstruktur yang bertujuan mengumpulkan data subjektif dari pasien atau keluarganya. Sebanyak 70-80% diagnosis klinis yang akurat berawal dari anamnesis yang berkualitas dan terarah. Dalam praktik kebidanan, anamnesis bukan sekadar pengumpulan data statistik, melainkan sebuah proses komunikasi dua arah yang menuntut rasa empati, kepercayaan, dan kepekaan budaya.

Anamnesis secara umum dibedakan menjadi dua modalitas utama berdasarkan sumber informasinya:

- **Autoanamnesis:** Wawancara yang dilakukan secara langsung dengan pasien yang bersangkutan. Ini merupakan modalitas utama jika pasien dalam kondisi sadar penuh, mampu berkomunikasi, dan kooperatif.

- **Alloanamnesis:** Wawancara yang dilakukan dengan pihak ketiga (keluarga, suami, orang tua, atau pendamping) karena pasien tidak mampu memberikan informasi secara langsung, misalnya pada kondisi penurunan kesadaran, pasien balita, atau pasien dengan gangguan komunikasi berat.

Struktur Sistematis Anamnesis Umum (The Sacred Seven & Four Cardial Symptoms)

Untuk memastikan tidak ada informasi penting yang terlewatkan, anamnesis umum dirancang mengikuti struktur logis yang dikenal dengan sebutan *The Sacred Seven* (Tujuh Dimensi Keluhan Utama):

Dimensi Anamnesis	Penjelasan dan Contoh Pertanyaan Klinis
1. Lokasi (Location)	Menentukan area spesifik tubuh yang mengalami keluhan serta penyebarannya. <i>"Di mana persisnya rasa nyeri tersebut dirasakan? Apakah menjalar ke punggung?"</i>
2. Kualitas (Quality)	Sifat atau sensasi dari keluhan yang dirasakan. <i>"Bagaimana rasa nyerinya, apakah seperti tertusuk, mules melilit, atau rasa panas terbakar?"</i>
3. Kuantitas / Keparahan (Severity)	Tingkat keparahan keluhan yang diukur menggunakan skala (misal VAS 1-10) atau dampaknya pada aktivitas harian. <i>"Seberapa mengganggu nyeri ini bagi aktivitas Ibu?"</i>
4. Waktu Ongset (Chronology/Onset)	Kapan pertama kali keluhan muncul dan bagaimana awitannya (mendadak vs perlahan). <i>"Kapan pertama kali rasa pusing ini muncul?"</i>
5. Setting / Lingkungan (Setting)	Situasi atau konteks saat keluhan muncul. <i>"Apakah nyeri terasa saat Ibu sedang beraktivitas berat atau saat beristirahat?"</i>
6. Faktor Meringankan/ MEMBERATKAN (Modifying Factors)	Hal-hal yang membuat keluhan berkurang atau bertambah parah. <i>"Apakah nyerinya berkurang jika Ibu berbaring miring ke kiri?"</i>
7. Gejala Penyerta (Associated Symptoms)	Keluhan tambahan yang menyertai keluhan utama. <i>"Selain mual, apakah disertai demam, pusing, atau pandangan kabur?"</i>

1.3 Tahapan Pelaksanaan Anamnesis Klinis

Pelaksanaan anamnesis yang profesional terdiri dari empat fase utama:

- Fase Pembuka (Initiating the Session):** Menyapa pasien dengan ramah, memperkenalkan diri sebagai mahasiswa kebidanan, mengonfirmasi identitas pasien (nama, usia, alamat), dan menjelaskan tujuan wawancara serta menjaga kerahasiaan informasi.
- Fase Pengumpulan Informasi (Gathering Information):** Memulai dengan pertanyaan terbuka (open-ended questions) untuk mengeksplorasi keluhan utama, diikuti dengan pertanyaan tertutup (closed-ended questions) untuk rincian spesifik.

3. **Fase Penjajakan Riwayat Kesehatan:** Menggali riwayat penyakit dahulu, riwayat pengobatan, riwayat alergi, serta riwayat kesehatan keluarga.
4. **Fase Penutup (Closing the Session):** Membuat rangkuman singkat dari hasil wawancara, mengonfirmasi kembali ketepatan data kepada pasien, dan memberikan kesempatan bagi pasien untuk bertanya.

PENTING UNTUK DIPERHATIKAN DALAM PRAKTIK KLINIS

Hindari penggunaan jargon medis yang rumit saat bertanya kepada pasien. Gunakan bahasa awam yang santun dan mudah dipahami. Sebagai contoh, gunakan kata "*perdarahan dari jalan lahir*" ketimbang istilah "*metrorragia*".

1.4 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 1

Rangkuman Bab 1

Anamnesis umum merupakan modalitas dasar utama dalam pengumpulan data subjektif pasien. Keberhasilan anamnesis sangat ditentukan oleh kemampuan bidan dalam membangun rapport, menerapkan struktur *Sacred Seven*, serta menjaga etika empati selama proses komunikasi klinis.

Soal Latihan Mandiri Bab 1:

1. Jelaskan perbedaan mendasar antara autoanamnesis dan alloanamnesis beserta indikasi klinis masing-masing!
2. Seorang ibu hamil datang dengan keluhan pusing berat. Susunlah urutan pertanyaan anamnesis berdasarkan prinsip *The Sacred Seven*!
3. Mengapa tahap bina hubungan saling percaya (rapport) sangat krusial dilakukan sebelum mengajukan pertanyaan inti anamnesis? Jelaskan dari sudut pandang etika kebidanan!

BAB 2

ANAMNESIS SPESIFIK SISTEM REPRODUKSI DAN KEBIDANAN

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-1.1):

- Mahasiswa mampu mengumpulkan data riwayat obstetri dan ginekologi secara lengkap dan akurat.
- Mahasiswa mampu menghitung Hari Perkiraan Lahir (HPL) dan Usia Kehamilan menggunakan rumus Naegele.
- Mahasiswa mampu mendokumentasikan status Paritas (GPA - Gravida, Partus, Abortus) secara tepat.

2.1 Pengkajian Riwayat Menstruasi (Menstrual History)

Pengkajian sistem reproduksi wanita dimulai dengan anamnesis riwayat menstruasi secara mendalam. Informasi ini memberikan gambaran fundamental mengenai status fungsional aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium serta kesehatan organ reproduksi secara keseluruhan.

Poin-poin vital yang harus digali dalam riwayat menstruasi meliputi:

- **Menarke:** Usia pertama kali mengalami menstruasi (normalnya berkisar antara 10–16 tahun). Menarke dini atau lambat dapat mengindikasikan gangguan hormonal atau nutrisi.
- **Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT):** Hari pertama dari siklus menstruasi normal yang paling terakhir dialami pasien. HPHT menjadi penentu utama dalam kalkulasi usia kehamilan dan taksiran persalinan.
- **Siklus Haid:** Jarak antara hari pertama haid bulan ini dengan hari pertama haid bulan berikutnya (normalnya 21–35 hari, rata-rata 28 hari).
- **Lama dan Volume Perdarahan:** Durasi perdarahan normal berkisar 3–7 hari dengan penggantian pembalut 2–4 kali per hari (sekitar 30–80 ml).
- **Dismenorea:** Evaluasi keberadaan rasa nyeri haid, sifat nyeri (primer atau sekunder), serta derajat keterbatasan aktivitas yang ditimbulkan.

2.2 Pengkajian Riwayat Obstetri dan Paritas (Status GPA)

Riwayat obstetri masa lalu memberikan petunjuk penting mengenai potensi komplikasi pada kehamilan saat ini. Penulisan status obstetri standar menggunakan format **G-P-A (Gravida, Partus, Abortus)** atau sistem yang lebih rinci **TPAL (Term, Preterm, Abortus, Living)**.

DEFINISI NOMENKLATUR OBSTETRI

- **Gravida (G):** Jumlah total kehamilan yang pernah dialami, termasuk kehamilan saat ini, kehamilan ektopik, dan molahidatidosa.
- **Partus (P):** Jumlah persalinan yang pernah dialami pada usia kehamilan viable (biasanya >20-22 minggu).
- **Abortus (A):** Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin mencapai viabilitas (usia kehamilan <20-22 minggu atau berat lahir <500 gram).

Kalkulasi Hari Perkiraan Lahir (HPL) dengan Rumus Naegele

Perhitungan HPL yang akurat didasarkan pada HPHT dengan syarat siklus haid pasien teratur (28 hari). Rumus Naegele dihitung sebagai berikut:

- **Jika HPHT jatuh pada bulan Januari – Maret (Bulan 1–3):**

Tanggal + 7 | Bulan + 9 | Tahun Tetap

- **Jika HPHT jatuh pada bulan April – Desember (Bulan 4–12):**

Tanggal + 7 | Bulan - 3 | Tahun + 1

Contoh Kasus: Seorang ibu hamil menyatakan HPHT-nya adalah 15 Mei 2026. Maka perhitungan HPL-nya adalah: Tanggal ($15 + 7 = 22$), Bulan ($5 - 3 = 2$ / Februari), Tahun ($2026 + 1 = 2027$). Taksiran persalinannya adalah **22 Februari 2027**.

2.3 Riwayat Kontrasepsi dan Kesehatan Ginekologi

Selain riwayat kehamilan, anamnesis reproduksi harus mengkaji riwayat penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), hormonal (suntik, pil, implan), atau metode kontrasepsi mantap. Catat durasi penggunaan, efek samping yang pernah dirasakan, serta alasan penghentian kontrasepsi.

Riwayat ginekologi mencakup riwayat penyakit menular seksual (PMS), keputihan patologis, infeksi panggul (PID), riwayat operasi ginekologi (seperti miomektomi atau kistektomi), serta skrining kanker serviks (tes IVA atau Pap Smear).

2.4 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 2

Rangkuman Bab 2

Anamnesis spesifik reproduksi dan obstetri memerlukan akurasi dalam pencatatan HPHT, status paritas (GPA), serta kalkulasi HPL. Informasi riwayat kehamilan dan kontrasepsi masa lalu menjadi fondasi penting dalam menentukan penatalaksanaan klinis kebidanan selanjutnya.

Soal Latihan Mandiri Bab 2:

1. Ny. A hamil ke-3, persalinan pertama lahir aterm hidup, kehamilan kedua mengalami keguguran pada usia 10 minggu. Tuliskan status GPA dan TPAL pasien tersebut!
2. Hitung HPL untuk pasien dengan HPHT tanggal 10 Februari 2026 dan HPHT tanggal 28 Agustus 2026!
3. Mengapa penelusuran riwayat keputihan dan PMS sangat penting ditanyakan pada ibu hamil saat kunjungan awal ANC?

BAB 3

PEMERIKSAAN FISIK UMUM DAN TANDA-TANDA VITAL (VITAL SIGNS)

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-1.2):

- Mahasiswa mampu mendemonstrasikan teknik pemeriksaan fisik umum (head-to-toe) secara sistematis.
- Mahasiswa mampu mengukur dan menginterpretasikan tanda-tanda vital (TTV) dengan akurasi tinggi.
- Mahasiswa mampu mengidentifikasi nilai rujukan normal serta tanda bahaya fisiologis pada wanita sepanjang siklus reproduksi.

3.1 Prinsip Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi

Pemeriksaan fisik generalis dilakukan dengan menerapkan empat teknik dasar diagnostik secara berurutan: Inspeksi (pengamatan visual), Palpasi (rabaan dan penekanan halus), Perkusi (ketukan untuk menilai sonoritas organ), dan Auskultasi (pendengaran bunyi tubuh menggunakan stetoskop).

Pemeriksaan diawali dengan penilaian keadaan umum (tampak sakit ringan/sedang/berat) dan tingkat kesadaran pasien yang diukur menggunakan skala GCS (Glasgow Coma Scale) atau penilaian kualitatif (Compos Mentis, Apatis, Somnolen, Sopor, Koma).

3.2 Pengukuran dan Interpretasi Tanda-Tanda Vital (TTV)

Tanda-tanda vital merupakan indikator fisiologis utama yang mencerminkan fungsi organ vital tubuh. Perubahan parameter TTV sering kali menjadi tanda awal adanya kegawatdaruratan klinis.

Parameter TTV	Nilai Normal Dewasa/Maternal	Implikasi Klinis & Kelainan
Tekanan Darah (TD)	100/60 – 120/80 mmHg	TD $\geq$ 140/90 mmHg mengindikasikan Hipertensi dalam Kehamilan/ Preeklamsia. TD < 90/60 mmHg menandakan Hipotensi/Syok.
Denyut Nadi (HR)	60 – 100 x/menit (Reguler)	Takikardia (>100 x/m) menunjukkan infeksi, syok, atau ansietas. Bradikardia (<60 x/m) dapat terjadi pada blok jantung.
Laju Napas (RR)	12 – 20 x/menit	Takupnea (>24 x/m) menandakan distres pernapasan, asidosis, atau emboli paru. Bradipnea (<12 x/m) terjadi pada depresi sistem saraf.
Suhu Tubuh (T)	36.5°C – 37.5°C (Aksila)	Hipertermia (>37.5°C) mengindikasikan infeksi/sepsis maternal (korioamnionitis). Hipotermia (<36.0°C) berbahaya pada neonatus.

3.3 Pemeriksaan Fisik Head-to-Toe pada Ibu dan Anak

Pemeriksaan head-to-toe dilakukan secara teratur dari kepala hingga kaki untuk menemukan kelainan sistemik:

- **Kepala & Wajah:** Evaluasi simetrisitas, edema wajah (tanda preeklamsia), serta cloasma gravidarum.
- **Mata:** Inspeksi konjungtiva (pucat menandakan anemia) dan sklera (ikterik menandakan gangguan hepatis/hemolisis).
- **Leher:** Palpasi kelenjar tiroid (pembesaran fisiologis vs patologis) dan pemeriksaan Tekanan Vena Jugularis (JVP).
- **Dada & Payudara:** Auskultasi bunyi jantung (S1/S2 tunggal) dan paru (vesikuler, ronki, wheezing). Inspeksi payudara: puting susu (menonjol/datar/masuk), kebersihan, pembentukan kolostrum, dan benjolan abnormal.
- **Ekstremitas:** Pemeriksaan edema pretibial dan pitting edema, varises, capillary refill time (CRT < 2 detik), serta refleks patella (reflex hammer).

PENTINGNYA REFLEKS PATELLA DALAM KEBIDANAN

Pemeriksaan refleks patella bilateral sangat penting dilakukan sebelum pemberian terapi Magnesium Sulfat (MgSO₄) pada kasus preeklamsia berat/eklamsia. Refleks patella yang negatif merupakan tanda awal intoksikasi MgSO₄.

3.4 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 3

Rangkuman Bab 3

Pemeriksaan fisik umum dan pemantauan tanda-tanda vital merupakan dasar evaluasi kesehatan pasien secara menyeluruh. Deteksi dini perubahan TTV dan tanda anemis pada konjungtiva sangat vital untuk mencegah komplikasi maternal.

Soal Latihan Mandiri Bab 3:

1. Sebutkan langkah-langkah pemeriksaan refleks patella yang benar dan jelaskan ambang batas interpretasi reaksinya!
2. Bagaimana gambaran klinis perbedaan edema fisiologis kehamilan dengan edema patologis akibat Preeklamsia?
3. Seorang ibu hamil trimester III memiliki TD 150/100 mmHg dan edema anasarka. Apa tindakan pemeriksaan TTV dan konfirmasi laboratorium awal yang harus segera disiapkan?

BAB 4

PEMERIKSAAN FISIK OBSTETRI: ABDOMEN, LEOPOLD, DAN PELVIMETRI

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-1.2):

- Mahasiswa mampu melakukan palpasi abdominal Leopold I hingga IV secara tepat dan benar.
- Mahasiswa mampu mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) menggunakan pita ukur (metline) dan mengkalkulasi Taksiran Berat Janin (TBJ) dengan rumus Johnson-Toshach.
- Mahasiswa mampu mendengarkan dan menghitung Denyut Jantung Janin (DJJ) serta melakukan penilaian pelvimetri klinis dasar.

4.1 Palpasi Abdominal Leopold I–IV

Palpasi abdominal Leopold merupakan teknik pemeriksaan palpasi khusus pada ibu hamil (usia kehamilan >28 minggu) untuk menentukan usia kehamilan, posisi, presentasi, dan sejauh mana bagian janin telah masuk ke dalam Pintu Atas Panggul (PAP).

Langkah Leopold	Tujuan Pemeriksaan	Teknik dan Prosedur Kerja
Leopold I	Menentukan TFU dan bagian janin yang berada di fundus uteri.	Pemeriksa menghadap wajah ibu. Kedua tangan menahan fundus. Rasakan apakah bagian fundus teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting (Bokong) atau keras, bulat, melenting (Kepala).
Leopold II	Menentukan batas samping rahim dan posisi punggung janin.	Kedua tangan berpindah ke samping abdomen. Satu tangan menahan, tangan lain meraba. Punggung teraba rata, keras seperti papan (Punggung/Puki/Puka). Bagian kecil teraba berbenjol-benjol (Ekstremitas).
Leopold III	Menentukan bagian terendah janin (presentasi) dan apakah sudah masuk PAP.	Satu tangan memegang bagian bawah abdomen di atas simfisis dengan ibu jari dan jari lainnya. Goyangkan perlahan. Jika masih goyang = Belum masuk PAP. Jika terfiksasi = Sudah masuk PAP.
Leopold IV	Menentukan seberapa jauh bagian terendah masuk PAP (Konvergen vs Divergen).	Pemeriksa mengubah posisi menghadap ke arah kaki ibu. Dirapatkan kedua telapak tangan pada bagian bawah uterus. Konvergen (ujung jari bertemu) = Sebagian kecil masuk PAP. Divergen (ujung jari berpisah) = Sebagian besar masuk PAP.

4.2 Pengukuran TFU dan Taksiran Berat Janin (TBJ)

Pengukuran TFU dengan metline dilakukan dari tepi atas simfisis pubis hingga puncak fundus uteri mengikuti kurvatur uterus. Hasil pengukuran TFU dalam sentimeter dapat digunakan untuk menghitung TBJ menggunakan **Rumus Johnson-Toshach**:

RUMUS JOHNSON-TOSHACH UNTUK TBJ

$$\text{TBJ (gram)} = (\text{TFU} - N) \times 155$$

- **N = 12** jika kepala janin belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP / Konvergen).
- **N = 11** jika kepala janin sudah masuk PAP (Divergen / H-II+).
- **N = 13** jika kepala janin masih tinggi di atas pap / belum terfiksasi (floating).

4.3 Auskultasi Denyut Jantung Janin (DJJ)

Auskultasi DJJ dilakukan menggunakan Doppler atau Stetoskop Leanec pada punctum maksimum (area punggung janin). Hitung frekuensi DJJ selama 1 menit penuh.

- **Frekuensi Normal DJJ:** 120 – 160 kali per menit, teratur.
- **Brakikardia Janin:** < 110 kali per menit (menandakan hipoksia janin / fetal distress).
- **Takikardia Janin:** > 160 kali per menit (menandakan infeksi intrauterin atau maternal hipertiroid).

4.4 Pelvimetri Klinis Dasar (Evaluasi Panggul)

Pelvimetri klinis bertujuan menilai kecukupan ukuran panggul ibu untuk persalinan pervaginam. Komponen yang dievaluasi meliputi Konjugata Diagonalis (normal > 11.5 cm), Konjugata Vera (KD - 1.5 cm = normal > 10 cm), kesempurnaan lengkung sakrum, ketajaman spina ischiadica, dan sudut arkus pubis (normal > 90°).

4.5 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 4

Rangkuman Bab 4

Pemeriksaan Leopold, pengukuran TFU, penghitungan TBJ, dan pemantauan DJJ merupakan pilar pemeriksaan obstetri abdominal. Penguasaan keterampilan palpasi dan pelvimetri klinis secara akurat sangat penting untuk menentukan keselamatan proses persalinan.

Soal Latihan Mandiri Bab 4:

1. Seorang ibu hamil memiliki TFU 32 cm. Pada palpasi Leopold IV ditemukan hasil Divergen. Hitung taksiran berat janin (TBJ) pasien tersebut!
2. Bagaimana cara membedakan hasil palpasi antara bokong dan kepala janin pada fundus uteri?
3. Jelaskan langkah-langkah penentuan punctum maksimum untuk mendengarkan DJJ pada presentasi kepala posisi Punggung Kiri (Puki)!

BAB 5

INTERPRETASI DATA ANAMNESIS DALAM ASUHAN KEBIDANAN

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-2.1):

- Mahasiswa mampu mengelompokkan data subjektif hasil anamnesis secara sistematis.
- Mahasiswa mampu menganalisis hubungan sebab-akibat antara faktor risiko maternal dengan gejala klinis yang dialami.
- Mahasiswa mampu menyusun rumusan masalah kebidanan awal berbasis data subjektif.

5.1 Mengolah Data Subjektif Menjadi Informasi Klinis

Data subjektif yang diperoleh dari anamnesis harus ditelaah secara kritis. Pengolahan data melibatkan tahapan Triangulasi Informasi, yaitu mencocokkan keluhan utama pasien dengan riwayat kehamilan lalu, riwayat medis keluarga, dan gaya hidup.

Sebagai contoh, keluhan "sering pusing dan cepat lelah" pada ibu hamil usia kehamilan 28 minggu tidak boleh langsung dianggap sebagai keluhan fisiologis biasa. Bidan harus mengeksplorasi riwayat asupan zat besi, adanya riwayat perdarahan, atau riwayat penyakit hipertensi keluarga.

5.2 Identifikasi Red Flags (Tanda Bahaya) Kebidanan

Dalam menginterpretasi data anamnesis, bidan harus memiliki tingkat kewaspadaan tinggi (high index of suspicion) terhadap tanda-tanda bahaya kebidanan yang membutuhkan penanganan darurat segera:

Gejala / Keluhan Subjektif	Potensi Kondisi Patologis / Kegawatdaruratan
Perdarahan pervaginam merah segar / bercak darah	Plasenta previa, solusio plasenta, atau keguguran (abortus).
Nyeri kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati	Tanda gejala Trias Preeklamsia Berat / Imminent Eclampsia.
Keluar cairan jernih berbau khas secara tiba-tiba dari jalan lahir	Ketuban Pecah Dini (KPD) / Premature Rupture of Membranes.
Gerakan janin berkurang atau tidak dirasakan (<10x/12 jam)	Gawat janin (fetal distress) atau kematian janin dalam rahim (IUFD).
Demam tinggi disertai menggigil dan keputihan berbau	Infeksi intrauterin, amnionitis, atau Sepsis Maternal.

5.3 Studi Kasus Interpretasi Data Subjektif

Kasus 1: Ny. R, 24 tahun, G1P0A0 hamil 12 minggu, mengeluhkan mual dan muntah setiap kali makan dan minum (>10 kali sehari), badan terasa sangat lemas, dan lidah terasa kering.

Interpretasi Analitis: Data subjektif mengarah pada diagnosis **Hyperemesis Gravidarum Grade I-II**. Keluhan ini berisiko tinggi menyebabkan dehidrasi, gangguan keseimbangan elektrolit, dan defisiensi nutrisi berat jika tidak segera ditangani secara medis.

5.4 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 5

Rangkuman Bab 5

Interpretasi data anamnesis memerlukan ketajaman berpikir kritis untuk menyaring informasi subjektif, mengidentifikasi faktor risiko, dan mendeteksi secara dini tanda bahaya (red flags) kebidanan.

Soal Latihan Mandiri Bab 5:

1. Sebutkan 5 tanda bahaya pada kehamilan trimester III yang harus segera dikenali saat melakukan anamnesis!
2. Seorang pasien mengaku mengalami perdarahan tanpa rasa nyeri pada usia kehamilan 32 minggu. Kecurigaan diagnosis patologis apa yang paling dominan dan mengapa?

BAB 6

INTERPRETASI DATA PEMERIKSAAN FISIK DAN EVALUASI KLINIS

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-2.2):

- Mahasiswa mampu mengorelasikan hasil pemeriksaan fisik objektif dengan kondisi fisiologis dan patologis kebidanan.
- Mahasiswa mampu menilai hasil laboratorium dasar (Hb, Protein Urine, Glukosa Urine).
- Mahasiswa mampu menyintesis data objektif untuk menunjang penegakan diagnosis kebidanan.

6.1 Integrasi Data Objektif Pemeriksaan Fisik

Data objektif merupakan bukti matematis dan fisik yang didapatkan dari pemeriksaan langsung. Interpretasi data objektif menuntut pemahaman mendalam tentang penyesuaian anatomi dan fisiologi selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas.

Sebagai contoh, peningkatan volume plasma darah hingga 45-50% pada kehamilan trimester II secara alami dapat menyebabkan hemodilusi (anemia fisiologis). Namun, jika kadar Hemoglobin (Hb) turun di bawah 11 g/dL pada trimester I & III, atau < 10.5 g/dL pada trimester II, kondisi tersebut diinterpretasikan sebagai **Anemia Patologis Kehamilan**.

6.2 Analisis Data Laboratorium Sederhana Kebidanan

Pemeriksaan Lab	Nilai Normal	Interpretasi Temuan Abnormal
Kadar Hemoglobin (Hb)	≥ 11.0 g/dL	< 11.0 g/dL = Anemia Ringan (9-10.9), Sedang (7-8.9), Berat (<7.0). Berisiko Atonia Uteri & PPH.
Protein Urine	Negatif / Traces	Positif (+1 hingga +4) menandakan kerusakan filtrasi glomerulus renal → Indikator Utama Preeklamsia.
Glukosa Urine	Negatif	Positif (+1 hingga +4) menandakan ambang ginjal terlampaui → Waspada Diabetes Melitus Gestasional (DMG).

6.3 Sintesis Data Subjektif dan Objektif

Proses integrasi dilakukan dengan memasang data subjektif (S) dan data objektif (O) dalam format SOAP. Keselarasan antara keluhan pasien dan hasil laboratorium atau pemeriksaan fisik merupakan kunci utama dalam menegakkan diagnosis kebidanan yang valid (Evidence-Based Clinical Judgment).

6.4 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 6

Rangkuman Bab 6

Data pemeriksaan fisik objektif dan uji laboratorium dasar mengonfirmasi kondisi fisiologis atau patologis pasien. Keahlian menginterpretasikan protein urine dan kadar Hb sangat penting dalam skrining komplikasi maternal.

Soal Latihan Mandiri Bab 6:

1. Jelaskan mekanisme terjadinya hemodilusi pada ibu hamil dan batas kadar Hb untuk mendiagnosis anemia kehamilan!
2. Seorang ibu hamil memiliki TD 140/90 mmHg, protein urine (+2), dan edema kaki. Bagaimana Anda menyintesis temuan fisik ini?

BAB 7

PENALARAN KLINIS AWAL (CLINICAL REASONING) DAN DIAGNOSIS BANDING

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-2.3):

- Mahasiswa mampu menerapkan alur berpikir kritis dan penalaran klinis (clinical reasoning) dalam kebidanan.
- Mahasiswa mampu menyusun diagnosis kerja dan diagnosis banding yang relevan.
- Mahasiswa mampu merumuskan keputusan penatalaksanaan awal yang aman bagi ibu dan janin.

7.1 Alur Penalaran Klinis (Clinical Reasoning Framework)

Penalaran klinis (clinical reasoning) adalah proses kognitif kompleks tempat bidan menganalisis informasi klinis, menyaring hipotesis, dan menentukan langkah perujukan atau tindakan medis selanjutnya. Proses ini melibatkan pemikiran hipotetis-deduktif yang terstruktur.

Langkah-Langkah Penalaran Klinis:

1. **Pengumpulan Data (Data Gathering):** Anamnesis & pemeriksaan fisik komprehensif.
2. **Pengelompokan Masalah (Problem Aggregation):** Mengelompokkan tanda dan gejala ke dalam sindrom klinis spesifik.
3. **Penyusunan Diagnosis Kerja (Working Diagnosis):** Penentuan diagnosis yang paling mungkin berdasarkan bukti terkuat.
4. **Penyusunan Diagnosis Banding (Differential Diagnosis):** Mempertimbangkan kondisi patologis lain yang memiliki kemiripan gejala.

7.2 Penyusunan Diagnosis Kerja dan Diagnosis Banding

Kondisi Klinis Utama	Diagnosis Kerja yang Mungkin	Diagnosis Banding Utamadan Pembeda
Perdarahan Kehamilan Muda (<20 minggu)	Abortus Imminens	Kehamilan Ektopik Terganggu (KET) (nyeri goyang porsio (+)) / Molahidatidosa (gelembung mola).
Hipertensi Kehamilan (>20 minggu)	Preeklamsia Tanpa Gejala Berat	Hipertensi Kronis (hipertensi terjadi sebelum hamil / <20 minggu).
Perdarahan Trimester III (>28 minggu)	Plasenta Previa	Solusio Plasenta (nyeri perut hebat, uterus teraba seperti papan).

7.3 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 7

Rangkuman Bab 7

Penalaran klinis merupakan kemampuan inti bidan profesional untuk menganalisis temuan klinis secara terstruktur guna merumuskan diagnosis kerja dan diagnosis banding yang akurat serta rasional.

Soal Latihan Mandiri Bab 7:

1. Jelaskan perbedaan mendasar antara plasenta previa dan solusio plasenta ditinjau dari keluhan subjektif dan hasil pemeriksaan fisik abdomen!
2. Buatlah alur penalaran klinis untuk pasien hamil trimester I yang mengeluhkan nyeri perut bawah mendadak disertai flek darah dan syok hipovolemik!

BAB 8

PRINSIP KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN PASIEN DAN KELUARGA

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-3.1):

- Mahasiswa mampu menerapkan prinsip-prinsip dasar komunikasi terapeutik dalam pelayanan kebidanan.
- Mahasiswa mampu menunjukkan empati, active listening, dan kesadaran budaya saat berinteraksi dengan pasien.
- Mahasiswa mampu memberikan konseling kesehatan reproduksi yang efektif dan tidak menghakimi (non-judgmental).

8.1 Konsep dan Komponen Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi terencana secara sadar yang bertujuan membantu kesembuhan pasien, mengurangi kecemasan, serta memfasilitasi pengambilan keputusan secara mandiri (empowerment). Kebidanan berpusat pada wanita (Woman-Centered Care) menjadikan komunikasi terapeutik sebagai ruh utama pelayanan.

Empat fase utama komunikasi terapeutik meliputi: Fase Prapemeriksaan (Persiapan diri bidan), Fase Orientasi (Membangun hubungan saling percaya), Fase Kerja (Eksplorasi masalah dan edukasi), serta Fase Terminasi (Evaluasi dan penyimpulan).

8.2 Teknik Active Listening dan Sikap Empati

- **Mendengarkan Aktif (Active Listening):** Memberikan perhatian penuh tanpa memotong pembicaraan, menggunakan kontak mata yang sopan, mengangguk tanda paham, serta memberikan respon verbal singkat (seperti "ya", "saya memahami").
- **Refleksi Isi dan Perasaan:** Mengulang kembali pernyataan pasien dengan kalimat sendiri untuk mengonfirmasi pemahaman (paraphrasing).
- **Sikap Non-Verbal SOLER:** **S**it squarely (duduk menghadap pasien), **O**pen posture (postur terbuka), **L**ean forward (agak membungkuk ke arah pasien), **E**ye contact (kontak mata), **R**elax (sikap rileks dan tenang).

8.3 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 8

Rangkuman Bab 8

Komunikasi terapeutik dan sikap empati merupakan fondasi utama asuhan kebidanan yang berorientasi pada kepuasan serta keselamatan pasien (Woman-Centered Care).

Soal Latihan Mandiri Bab 8:

1. Jelaskan penerapan akronim SOLER dalam komunikasi non-verbal saat menghadapi pasien yang mengalami kecemasan jelang persalinan!
2. Bagaimana strategi komunikasi terapeutik yang tepat jika pasien menolak tindakan medis akibat kebiasaan budaya tertentu?

BAB 9

KOMUNIKASI EFEKTIF DAN KOLABORASI INTERPROFESI DENGAN TIM KESEHATAN

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-3.2):

- Mahasiswa mampu memahami prinsip Interprofessional Education (IPE) dan Interprofessional Collaboration (IPC).
- Mahasiswa mampu menyampaikan laporan kondisi pasien menggunakan teknik SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation).
- Mahasiswa mampu berkolaborasi secara efektif dengan dokter, perawat, ahli gizi, dan tenaga medis lainnya.

9.1 Kolaborasi Interprofesi (IPC) dalam Pelayanan Kebidanan

Dalam fasilitas pelayanan kesehatan modern, keselamatan pasien bergantung pada kerja sama yang solid antara berbagai disiplin ilmu. Bidan harus mampu berkomunikasi secara asertif, menghormati peran profesional lain, serta berkolaborasi aktif dengan dokter spesialis obstetri-ginekologi, dokter anak, perawat, apoteker, dan ahli gizi.

9.2 Teknik Komunikasi Standar SBAR

Metode **SBAR** merupakan standar komunikasi internasional untuk pelaporan kondisi pasien darurat atau saat serah terima (handover) guna mencegah kesalahan medis (medical error):

Komponen SBAR	Penjelasan dan Contoh Komunikasi Laporan
S - Situation	Menjelaskan situasi mendesak saat ini. <i>"Selamat malam Dokter, saya Bidan X dari VK. Melaporkan Ny. Y, 28 tahun, G1P0A0 hamil 38 minggu dengan perdarahan pervaginam banyak."</i>
B - Background	Latar belakang klinis pasien yang relevan. <i>"Pasien masuk jam 20.00 WIB. HPHT 12 Des 2025. Riwayat USG trimester III menunjukkan plasenta previa marginalis."</i>
A - Assessment	Hasil penilaian atau analisis kondisi pasien saat ini. <i>"TTV saat ini: TD 90/60 mmHg, Nadi 110x/m, DJJ 170x/m (takikardia). Terjadi perdarahan aktif ±300 cc, pasien tampak pucat dan gelisah."</i>
R - Recommendation	Rekomendasi tindakan atau permintaan instruksi medis dari dokter. <i>"Kami sudah memasang infus RL 2 jalur drip oxytocin. Apakah Dokter merekomendasikan persiapan operasi Seksio Sesarea segera?"</i>

9.3 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 9

Rangkuman Bab 9

Penguasaan komunikasi SBAR memastikan alur informasi antar-tenaga kesehatan berlangsung cepat, akurat, dan terstruktur demi mencegah kesalahan penanganan pasien.

Soal Latihan Mandiri Bab 9:

1. Tuliskan naskah laporan SBAR untuk kasus ibu nifas 2 jam postpartum yang mengalami perdarahan akibat atonia uteri!
2. Mengapa ego sektoral antar-profesi kesehatan menjadi hambatan dalam penerapan IPC? Bagaimana solusinya?

BAB 10

TANGGUNG JAWAB PROFESI DAN KEMITRAAN DALAM PRAKTIK KLINIS

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-4.1):

- Mahasiswa mampu memahami akuntabilitas dan tanggung jawab hukum profesi bidan.
- Mahasiswa mampu membangun kemitraan yang memberdayakan masyarakat dan keluarga.
- Mahasiswa mampu menerapkan prinsip keselamatan pasien (patient safety) di klinis.

10.1 Akuntabilitas dan Tanggung Jawab Hukum Kebidanan

Sebagai tenaga kesehatan profesional, bidan bekerja di bawah payung hukum yang ketat (Undang-Undang Kebidanan). Setiap tindakan klinis yang dilakukan harus memiliki dasar hukum, sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP), dan dapat dipertanggungjawabkan secara etik maupun legal.

10.2 Kemitraan dengan Pasien dan Kader Kesehatan

Bidan tidak bekerja secara terisolasi. Kemitraan yang erat dengan suami, keluarga, kader kesehatan Posyandu, serta tokoh masyarakat merupakan kunci sukses dalam meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak di tingkat komunitas. Pelayanan yang bermutu menghargai hak otonomi pasien dalam menentukan nasib kesehatannya.

10.3 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 10

Rangkuman Bab 10

Tanggung jawab profesi mencakup kewajiban etik, legal, serta kemampuan menjalin kemitraan yang kuat dengan masyarakat untuk mewujudkan pelayanan kesehatan bermutu.

Soal Latihan Mandiri Bab 10:

1. Sebutkan 5 aspek keselamatan pasien (Patient Safety Goals) yang wajib diterapkan di ruang bersalin!
2. Bagaimana bentuk kemitraan strategis antara bidan desa dan kader Posyandu dalam upaya penurunan angka stunting?

BAB 11

ETIKA PROFESI DAN PROFESIONALISME PELAYANAN KEBIDANAN

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-4.2):

- Mahasiswa mampu menerapkan 4 prinsip dasar etika biomedis (Autonomy, Beneficence, Non-maleficence, Justice).
- Mahasiswa mampu mengelola dilema etis di fasilitas pelayanan kesehatan.
- Mahasiswa mampu melaksanakan informed consent dan menjaga kerahasiaan medis (confidentiality).

11.1 Empat Prinsip Utama Etika Biomedis

- **Autonomy (Otonomi):** Menghormati hak penuh pasien untuk mengambil keputusan atas tubuh dan kesehatannya sendiri setelah mendapatkan informasi memadai.
- **Beneficence (Berbuat Baik):** Setiap tindakan kebidanan yang dilakukan harus didasarkan pada niat untuk memberikan kebaikan dan manfaat maksimal bagi ibu dan janin.
- **Non-Maleficence (Tidak Merugikan):** Bidan wajib mencegah terjadinya bahaya, kelalaian (malpraktik), atau cedera pada pasien (*Primum non-nocere*).
- **Justice (Keadilan):** Memberikan pelayanan kesehatan secara adil, setara, tanpa membedakan suku, agama, ras, status sosial, atau ekonomi.

11.2 Informed Consent dan Informed Choice

Informed Consent bukan sekadar penandatanganan lembar formulir persetujuan, melainkan sebuah proses komunikasi eksplisit yang memberikan pemahaman penuh kepada pasien mengenai diagnosis, prosedur tindakan, risiko, komplikasi, serta alternatif terapi. Pasien berhak memilih (Informed Choice) dan berhak menolak tindakan medis setelah memahami dampaknya.

11.3 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 11

Rangkuman Bab 11

Etika profesi dan keahlian mengelola informed consent merupakan prasyarat mutlak untuk perlindungan hukum dan moral bagi bidan serta pasien.

Soal Latihan Mandiri Bab 11:

1. Seorang ibu hamil menolak dilakukan episiotomi meskipun janin mengalami gawat janin. Analisis dilema etika ini berdasarkan prinsip Autonomy dan Beneficence!
2. Sebutkan komponen-komponen utama yang harus ada dalam formulir persetujuan tindakan medis (informed consent)!

BAB 12

EVALUASI KETERBATASAN DIRI DAN REFLEKSI PRAKTIK KLINIS

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-5.1):

- Mahasiswa mampu mengidentifikasi keterbatasan kompetensi diri secara jujur dan objektif.
- Mahasiswa mampu menyusun jurnal refleksi klinis menggunakan model Gibbs Reflective Cycle.
- Mahasiswa mampu menentukan batas wewenang klinis sesuai regulasi yang berlaku.

12.1 Pentingnya Kesadaran Diri (Self-Awareness) dalam Kebidanan

Praktik klinis yang aman menuntut mahasiswa dan bidan untuk memiliki kesadaran tinggi akan batas pengetahuan dan keterampilannya. Mengakui ketidakmampuan atau keraguan dalam menangani suatu tindakan klinis bukan merupakan kelemahan, melainkan wujud profesionalisme tertinggi demi mencegah cedera pada pasien.

12.2 Model Refleksi Gibbs (Gibbs Reflective Cycle)

Penyusunan jurnal refleksi harian selama Early Clinical Exposure dianjurkan mengikuti 6 tahapan Gibbs:

Tahapan Gibbs	Pertanyaan Panduan Refleksi Diri
1. Description	Apa yang terjadi saat tindakan berlangsung? Kapan dan di mana kejadiannya?
2. Feelings	Apa yang Anda rasakan dan pikirkan saat kejadian tersebut terjadi?
3. Evaluation	Apa hal yang berjalan baik dan apa hal yang tidak berjalan lancar?
4. Analysis	Mengapa hal tersebut bisa terjadi? Apa teori yang mendukung atau bertentangan?
5. Conclusion	Apa yang seharusnya Anda lakukan secara berbeda pada situasi tersebut?
6. Action Plan	Jika situasi serupa terulang kembali, langkah konkret apa yang akan Anda lakukan?

12.3 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 12

Rangkuman Bab 12

Refleksi diri yang kontinyu melalui Gibbs Reflective Cycle membantu bidan mengenali keterbatasan kompetensi dan terus berkembang menjadi praktisi yang reflektif.

Soal Latihan Mandiri Bab 12:

1. Buatlah satu lembar jurnal refleksi klinis berdasarkan pengalaman belajar mandiri Anda dengan menerapkan 6 tahap Gibbs!
2. Apa dampak negatif jika seorang praktisi kesehatan tidak mampu mengidentifikasi keterbatasan dirinya di tempat kerja?

BAB 13

PERENCANAAN PENGEMBANGAN KOMPETENSI BERKELANJUTAN (CPD)

CAPAIAN PEMBELAJARAN (SUB-CPMK-5.2):

- Mahasiswa mampu menyusun rencana pengembangan diri mandiri (Personal Development Plan - PDP).
- Mahasiswa mampu memahami konsep Continuing Professional Development (CPD) dalam kebidanan.
- Mahasiswa mampu memanfaatkan literasi digital berbasis bukti (Evidence-Based Midwifery).

13.1 Konsep Lifelong Learning dan CPD

Ilmu kedokteran dan kebidanan berkembang sangat pesat. Bidan dituntut untuk menjadi pembelajar sepanjang hayat (lifelong learner). Melalui Continuing Professional Development (CPD), bidan secara aktif memperbarui pengetahuan dan keterampilannya mengikuti bukti ilmiah terbaru (Evidence-Based Practice).

13.2 Penyusunan Personal Development Plan (PDP)

Perencanaan pengembangan diri harus dirumuskan mengikuti kaidah **SMART** (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound). Contoh sasaran PDP: *"Menguasai teknik penjahitan perineum derajat II secara mandiri sesuai SOP dalam waktu 3 bulan ke depan melalui latihan phantom dan supervisi dosen pembimbing."*

13.3 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 13

Rangkuman Bab 13

Pengembangan kompetensi berkelanjutan (CPD) melalui penyusunan PDP berprinsip SMART memastikan peningkatan mutu pelayanan kebidanan yang konstan.

Soal Latihan Mandiri Bab 13:

1. Susunlah dokumen Personal Development Plan (PDP) pribadi Anda untuk 6 bulan ke depan dengan kaidah SMART!
2. Mengapa literasi jurnal ilmiah dan Evidence-Based Practice (EBP) menjadi komponen utama dalam CPD?

INTEGRASI KOMPREHENSIF DAN STUDI KASUS KLINIS ECE II B

CAPAIAN PEMBELAJARAN (INTEGRASI SELURUH CPMK):

- Mahasiswa mampu mengintegrasikan seluruh kompetensi anamnesis, pemeriksaan fisik, penalaran klinis, komunikasi SBAR, dan etika dalam penanganan studi kasus komprehensif.
- Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan kebidanan secara lengkap dan sistematis dalam format SOAP.

14.1 Studi Kasus Komprehensif Kebidanan

Kasus Integrasi: Ny. S, 32 tahun, G3P2A0 hamil 36 minggu, datang ke Puskesmas bersama suaminya pada pukul 09.00 WIB dengan keluhan nyeri kepala yang sangat berat sejak tadi malam, pandangan agak kabur, dan timbul bengkak pada kedua kaki serta wajah. Ibu menyatakan janin masih terasa bergerak.

Langkah Integrasi Pelayanan Klinis Kebidanan:

1. **Anamnesis Komprehensif (Subjektif):** Menggali keluhan utama (nyeri ulu hati, mual, riwayat darah tinggi sebelum/selama hamil), riwayat persalinan lalu (G3P2A0), HPHT, dan penggunaan KB.

2. **Pemeriksaan Fisik dan TTV (Objektif):**

- Keadaan Umum: Tampak gelisah, Kesadaran: Compos Mentis.
- Tanda Vital: TD 165/110 mmHg, Nadi 96 x/m, RR 22 x/m, Suhu 36.8°C.
- Mata: Konjungtiva merah muda, edematous kelopak mata (+).
- Abdomen: TFU 30 cm, Leopold I: Bokong, Leopold II: Punggung Kiri (Puki), Leopold III: Kepala, Leopold IV: Konvergen (4/5). DJJ: 144 x/m teratur.
- Ekstremitas: Edema pretibial (+/+) derajat 3, Refleks Patella (+/+) hyperrefleksia.
- Laboratorium Sederhana: Protein Urine (+3), Hb 11.8 g/dL.

3. **Penalaran Klinis & Diagnosis (Assessment):**

- **Diagnosis Kerja:** G3P2A0 hamil 36 minggu, Janin Tunggal Hidup Intrauterin Presentasi Kepala, dengan **Preeklamsia Berat (PEB) / Imminent Eclampsia**.
- **Diagnosis Banding:** Hipertensi Kronis super-imposed Preeclampsia, Hipertensi Gestasional.

4. Penatalaksanaan & Komunikasi Interprofesi (Planning & SBAR):

- Posisikan pasien miring kiri, berikan O₂ 4 L/menit via nasal kanul, pasang kateter menetap (dower catheter) untuk pemantauan urine output.
- Lakukan komunikasi empati dan informed consent tindakan kegawatdaruratan kepada suami/keluarga.
- Berikan dosis awal Magnesium Sulfat (MgSO₄) 40% (4 gram IV pelan) sesuai SOP pencegahan kejang (setelah memastikan refleksi patella (+), RR > 16x/m, urine > 30cc/jam).
- Lakukan komunikasi SBAR untuk rujukan segera ke Rumah Sakit Rujukan Sekunder (PONEK).

14.2 Rangkuman dan Soal Latihan Bab 14

Rangkuman Bab 14

Integrasi komprehensif menggabungkan seluruh domain kompetensi kebidanan. Kemampuan merespons cepat dan tepat pada kasus ke gawatdaruratan seperti Preeklamsia Berat menentukan keselamatan jiwa ibu dan janin.

Soal Latihan Mandiri Bab 14:

1. Tuliskan dokumentasi SOAP secara lengkap dan sistematis untuk kasus Ny. S di atas!
2. Sebutkan kriteria syarat keamanan pemberian dosis lanjutan MgSO₄ pada kasus Preeklamsia Berat!

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). *Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222*. Obstetrics & Gynecology, 136(6), e103-e127.
- Bickley, L. S., Szilagyi, P. G., & Hoffman, R. M. (2021). *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking* (13th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Further Education Unit. Oxford Polytechnic, Oxford.
- Ikatan Bidan Indonesia (IBI). (2021). *Standar Kompetensi Bidan Indonesia*. Pengurus Pusat IBI. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir di Fasilitas Kesehatan*. Kemenkes RI. Jakarta.
- King, T. L., Brucker, M. C., Osborne, K., & Jevitt, C. M. (2019). *Varney's Midwifery* (6th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (2020). *Myles Textbook for Midwives* (17th ed.). Elsevier Health Sciences.
- World Health Organization (WHO). (2022). *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. World Health Organization. Geneva.