



MANAJEMEN KEBIDANAN: DARI ASUHAN KEHAMILAN HINGGA PERSALINAN

TIM PENULIS :

- Vera Iriani Abdullah
- Fitri Khairani
- Anissa Ermasari
- Farida
- Ecih Winengsih
- Rionitara Wikary
- Ni Made Sinarsari
- Rini Wahyuni
- Sriwahyuni
- Murti Ani
- Ida Widaningsih
- Inke Malahayati



MANAJEMEN KEBIDANAN: DARI ASUHAN KEHAMILAN HINGGA PERSALINAN

**Vera Iriani Abdullah
Fitri Khairani
Anissa Ermasari
Farida
Ecih Winengsih
Rionitara Wikarya
Ni Made Sinarsari
Rini Wahyuni
Sriwahyuni
Murti Ani
Ida Widaningsih
Inke Malahayati**



GET PRESS INDONESIA

MANAJEMEN KEBIDANAN: DARI ASUHAN KEHAMILAN HINGGA PERSALINAN

Penulis :

Vera Iriani Abdullah
Fitri Khairani
Anissa Ermasari
Farida
Ecih Winengsih
Rionitara Wikarya
Ni Made Sinarsari
Rini Wahyuni
Sriwahyuni
Murti Ani
Ida Widaningsih
Inke Malahayati

ISBN : 978-623-125-768-0

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Mila Sari, S.ST, M.Si

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, Mei 2025

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 Manajemen Kebidanan: Dari Asuhan Kehamilan Hingga Persalinan ini.

Buku Ini Membahas Pendahuluan Manajemen Kebidanan, Anatomi dan Fisiologi Reproduksi Wanita, Pengkajian Kehamilan : Antenatal Care (ANC), Edukasi Kesehatan Pada Ibu Hamil Dan Keluarga, Perubahan Fisiologis Dan Psikologis Pada Ibu Hamil, Persiapan Persalinan dan Proses Persalinan, Asuhan Intrapartum, Asuhan Postpartum, Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana, Manajemen Laktasi, Dokumentasi Asuhan Kebidanan, Komunikasi dan Kolaborasi dalam Kebidanan.

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, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB 1 PENDAHULUAN MANAJEMEN KEBIDANAN.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Manajemen Kebidanan	2
1.3 Tujuan Manajemen Kebidanan.....	2
1.4 Manfaat Manajemen Kebidanan	3
1.5 Prinsip Manajemen Kebidanan	4
1.6 Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan	4
DAFTAR PUSTAKA.....	12
BAB 2 ANATOMI DAN FISILOGI REPRODUKSI WANITA	13
2.1 Pendahuluan Anatomi Sistem Reproduksi.....	13
2.2 Anatomi Sistem Reproduksi Wanita	13
2.3.1 Organ Genitalia Eksternal Wanita	14
2.3.2 Organ Genitalia Internal Wanita.....	18
DAFTAR PUSTAKA.....	23
BAB 3 PENGKAJIAN KEHAMILAN DALAM ANTENATAL CARE (ANC)	25
3.1 Pendahuluan.....	25
3.2 <i>Antenatal Care</i> (ANC).....	26
3.2.1 Definisi <i>Antenatal Care</i> (ANC).....	26
3.2.2 Tujuan <i>Antenatal Care</i>	27
3.2.3 Konsep Pelayanan Antenatal.....	29
3.3 Indikator Pelayanan Antenatal	33
3.3.1 Kunjungan Pertama (K1).....	33
3.3.2 Kunjungan Ke-4 (K4)	34
3.3.3 Kunjungan ke-6 (K6).....	34
3.4 Teknis Pelayanan Antenatal	35
3.4.1 Layanan ANC oleh Dokter Umum.....	35
3.4.2 Layanan ANC oleh Tenaga Kesehatan yang Mempunyai Kompetensi klinis/Kebidanan selain Dokter.....	38

DAFTAR PUSTAKA	45
BAB 4 EDUKASI KESEHATAN IBU HAMIL DAN KELUARGA.....	47
4.1 Pendahuluan	47
4.2 Kegiatan Edukasi Ibu Hamil	49
4.3 Manfaat Edukasi Kesehatan Ibu Hamil	56
DAFTAR PUSTAKA	59
BAB 5 PERUBAHAN FISIOLOGIS DAN PSIKOLOGIS PADA IBU HAMIL	61
5.1 Pendahuluan	61
5.2 Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil.....	62
5.2.1 Sistem Reproduksi	62
5.2.2 Sistem Respirasi	64
5.2.3 Sistem Respirasi	64
5.2.4 Sistem Gestasional.....	66
5.2.5 Sistem Urinaria.....	66
5.2.6 Sistem Muskuloskeletal.....	67
5.2.7 Sistem Integumen.....	67
5.2.8 Sistem Endokrin	68
5.3 Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil	70
5.3.1 Trimester I (0–13 minggu).....	70
5.3.2 Trimester II (14–27 minggu).....	70
5.3.3 Trimester III (28–40 minggu)	70
5.3.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perubahan Psikologis:	71
5.3.5 Dampak Psikologis yang Mungkin Terjadi.....	71
DAFTAR PUSTAKA	72
BAB 6 PERSIAPAN PERSALINAN DAN PROSES PERSALINAN.....	73
6.1 Pengertian	73
6.2 Teori terjadinya persalinan.....	74
6.2.1 Teori keregangan	75
6.2.2 Teori penurunan progesteron.....	75
6.2.3 Teori oksitosis internal	75
6.2.4 Teori menuanya plasenta.....	75
6.2.5 Teori prostaglandin	75
6.2.6 Teori berkurangnya nutrisi janin	76

6.2.7 Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis.....	76
6.2.8 <i>Fetal endocrine control theory</i>	76
6.3 Persiapan dan Kesiapan Persalinan.....	76
6.3.1 Persiapan bagi ibu.....	77
6.3.2 Persiapan bagi bidan (tenaga Kesehatan)	82
6.4 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan	83
6.4.1 <i>Power</i> (tenaga).....	83
6.4.2 <i>Passenger</i> (janin)	85
6.4.3 <i>Passage</i> (jalan lahir)	85
6.4.4 Psikis ibu bersalin	86
6.4.5 Position.....	86
6.4.6 Penolong persalinan	87
6.5 Tanda-tanda Persalinan.....	87
6.5.1 Tanda pasti persalinan.....	87
6.5.2 Tanda palsu persalinan.....	89
6.6 Mekanisme Persalinan.....	90
6.6.1 Engangement.....	90
6.6.2 Penurunan.....	90
6.6.3 Fleksi.....	91
6.6.4 Putar Paksi Dalam.....	91
6.6.5 Ekstensi.....	92
6.6.6 Pultaran Paksi Lular.....	93
6.6.7 Ekspulsi (Pengeluaran).....	93
6.7 Tahapan Persalinan.....	94
6.7.1 Kala I	94
6.7.2 Kala II.....	96
6.7.3 Kala III.....	99
6.7.4 Kala IV	100
DAFTAR PUSTAKA.....	103
BAB 7 ASUHAN INTRA PARTUM.....	105
7.1 Pendahuluan.....	105
7.2 Intra Partum	105
7.3 Penanganan Intra Partum.....	110
DAFTAR PUSTAKA.....	115
BAB 8 ASUHAN POST PARTUM	117
8.1 Pendahuluan.....	117

8.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas.....	118
8.3 Peran dan Tanggung Jawab Bidan.....	119
8.4 Tahapan Masa Nifas Masa nifas	120
8.5 Kebijakan Program Nasional Asuhan Masa Nifas.....	120
8.6 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	120
8.7 Rawat Gabung	121
8.8 Vitamin A Dosis Tinggi	122
8.9 ASI Eksklusif.....	122
8.10 Asuhan Kebidanan Masa Nifas	123
8.11 Kunjungan Masa Nifas	124
8.12 Tanda Bahaya Masa Nifas.....	126
DAFTAR PUSTAKA	128
BAB 9 KESEHATAN REPRODUKSI DAN	
KELUARGA BERENCANA	129
9.1 Konsep Kesehatan Reproduksi	129
9.2 Tujuan Kesehatan Reproduksi	129
9.3 Organ Reproduksi.....	130
9.4 Hak-Hak Reproduksi	130
9.5 Pemeriksaan Kesehatan Reproduksi.....	131
9.6 Penyakit Menular Seksual.....	132
9.7 Pencegahan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS.....	133
9.8 Cara Menjaga Kesehatan Reproduksi.....	134
9.9 Konsep Keluarga Berencana	134
9.10 Ruang Lingkup Program KBL.....	134
9.11 Tujuan KB	135
9.12 Manfaat KB.....	135
9.13 Sasaran KB.....	135
9.14 KIE (Komunikasi, Informasi Dan Edukasi).....	135
9.15 Kontrasepsi	140
DAFTAR PUSTAKA	145
BAB 10 MANAJEMEN LAKTASI.....	147
10.1 Pendahuluan	147
10.2 Anatomi Payudara	147
10.2.1 Kulit Payudara	148
10.2.2 Struktur Internal Payudara.....	150
10.3 Produksi ASI.....	152

10.4 ASI Eksklusif	155
10.5 Ketrampilan Menyusui	156
10.6 Pijat Untuk Merangsang Hormon Oksitosin.....	158
10.7 Memerah ASI	159
10.8 Dukungan Menyusui	161
DAFTAR PUSTAKA.....	162
BAB 11 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN	165
11.1 Pendahuluan.....	165
11.2 Pengertian Dokumentasi Kebidanan	166
11.3 Tujuan Dokumentasi Kebidanan	166
11.4 Fungsi Dokumentasi Kebidanan	167
11.5 Prinsip-Prinsip Dokumentasi Kebidanan	167
11.6 Aspek Legal dan Etik dalam Dokumentasi.....	168
11.7 Manfaat Dokumentasi Kebidanan.....	168
11.8 Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan SOAP.....	168
11.9 Kesimpulan.....	178
DAFTAR PUSTAKA.....	179
BAB 12 KOMUNIKASI DAN KOLABORASI DALAM KEBIDANAN	181
12.1 Pendahuluan.....	181
12.2 Komunikasi Dalam Kebidanan.....	182
12.2.1 Unsur Komunikasi	182
12.2.2 Model Komunikasi	183
12.2.3 Komunikasi Verbal dan Non-Verbal.....	188
12.2.4 Prinsip Komunikasi Efektif.....	190
12.2.5 Keuntungan Komunikasi Efektif.....	191
12.2.6 Penghalang Komunikasi Efektif	192
12.2.7 Komunikasi SBAR dalam pelayanan kebidanan	194
12.3 Kolaborasi Dalam Kebidanan	197
12.3.1 Konsep Dasar Kolaborasi.....	197
12.3.2 Keuntungan Kolaborasi	201
12.3.3 Penghambat Kolaborasi	203
12.3.4 Solusi untuk Mengatasi Hambatan Kolaborasi Interprofesi	206
DAFTAR PUSTAKA.....	208
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Tujuan <i>Antenatal Care</i> (ANC).....	28
Tabel 3.2. Palpasi Abdomen dan Teknik Leopold I-IV	39
Tabel 3.3. Skrining Status T	41
Tabel 3.4. Penentuan Status Imunisasi T	42
Tabel 12.1. Model-model komunikasi.....	183
Tabel 12.2. Teknik Komunikasi SBAR.....	194

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Langkah proses manajemen kebidanan	9
Gambar 2.1. Anatomi Organ Genitalia Eksternal Wanita	14
Gambar 2.2. Anatomi Klitoris	17
Gambar 2.3. Anatomi Organ Genitalia Internal Wanita.....	18
Gambar 2.4. Anatomi Liang Vagina.....	19
Gambar 2.5. Bentuk Selaput Dara	21
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Pelayanan Antenatal	29
Gambar 10.1. Ilustrasi Sir Astley Cooper tentang sistem saluran payudara yang sedang menyusui. Saluran tersebut disuntik dengan lilin berwarna sebelum dibedah	148
Gambar 10.2. Irisan sagital payudara	150
Gambar 10.3. Mekanisme tekanan psikologis ibu dan gangguan laktasi: (1) Mengganggu pelepasan oksitosin; (2) Mengurangi sensitivitas dan sekresi insulin; atau (3) Menyebabkan disregulasi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenokortikal (HPA).....	154
Gambar 10.4. Perlekatan bayi menyusui	157
Gambar 10.5. Pijat Oksitosin.....	159
Gambar 10.6. Pompa ASI Elektrik	160
Gambar 12.1. Model Komunikasi Shannon-Weaver.....	185
Gambar 12.2. Model Komunikasi Lasswell	186
Gambar 12.3. Model Komunikasi Newcomb.....	187
Gambar 12.4. Model Komunikasi Schramm	188

BAB 1

PENDAHULUAN MANAJEMEN

KEBIDANAN

Oleh Vera Iriani Abdullah

1.1 Pendahuluan

Manajemen kebidanan penting karena membantu bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas dan bermartabat. Manajemen kebidanan juga membantu bidan dalam memecahkan masalah yang dihadapi klien. Manajemen sangat penting dalam melakukan asuhan kebidanan karena dapat membantu bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas, membantu bidan dalam memecahkan masalah yang dihadapi klien, membantu bidan dalam mengorganisir pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, membantu bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya, membantu bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang holistik selama berbagai fase kehidupan Wanita serta membantu bidan dalam mengatasi komplikasi yang terjadi selama memberikan asuhan kebidanan pada klien ataupun pasien (Vera Iriani Abdullah,dkk, 2025).

Bidan dapat melakukan manajemen kebidanan melalui pendekatan pemecahan masalah secara sistematis, melakukan pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, hal ini harus berdasarkan teori manajemen, fungsi-fungsi manajemen, dan manajemen skill. Manajemen kebidanan dilakukan oleh Bidan sebagai pemberi asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, dan Masyarakat (Vera Iriani Abdullah,dkk, 2025). Untuk itu melalui buku ini akan di bahas secara rinci terkait bagaimana bidan melakukan manajemen secara tepat.

1.2 Manajenen Kebidanan

Dalam bahasa Inggris manajemen berasal dari kata “*Manage*” yang artinya mengelola, mengatur, mengendalikan, mengurus, melaksanakan serta mengarahkan. Menurut George R. Terry, 1958 dikutip dalam (Deki Syaputra dkk,2014) manajemen adalah suatu proses pencapaian tujuan berdasarkan perencanaan yang telah ditetapkan sebelumnya dan diupayakan atau dilakukan secara bersama-sama dengan orang lain. Sedangkan menurut Ricky W. Griffin manajemen sebagai proses perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran (goals) secara efektif dan efisien (Deki Syaputra dkk,2014).

Sumber lain juga menyebutkan bahwa manajemen adalah seni dan ilmu perencanaan pengorganisasian, penyusunan, pengarahan dan pengawasan daripada sumberdaya manusia untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dari definisi di atas maka dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah suatu proses Bersama yang di lakukan untuk mencapai tujuan dengan melibatkan sumber daya yang ada. Secara umum manajemen juga dipandang sebagai sebuah disiplin ilmu yang mengajarkan tentang proses untuk memperoleh tujuan organisasi melalui upaya bersama dengan sejumlah orang atau sumber milik organis.

Demikian halnya dalam layanan kebidanan, ada Manajemen kebidanan ini merupakan suatu pendekatan yang digunakan bidan untuk menerapkan metode pemecahan masalah dalam pelayanan kebidanan. Manajemen kebidanan membantu bidan berpikir logis dan sistematis dalam memberikan asuhan kebidanan. Dalam sebuah masalah kebidanan Bidan harus dapat berpikir secara terencana terkait asuhan yang akan dilakukan dan mengapa asuhan itu dilakukan dengan tujuan asuhan yang dilakukan dapat mengatasi masalah yang terjadi pada klien (Ummah, 2019).

1.3 Tujuan Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan secara umum bertujuan agar bidan dapat memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif dan menyeluruh. Manajemen kebidanan juga membantu bidan dalam

berpikir logis dan sistematis dalam memberikan asuhan kebidanan. Secara khusus manajemen kebidanan bertujuan untuk :

1. Melakukan pengkajian pada klien meliputi data subjektif dan data objektif
2. Mengidentifikasi diagnosa dan masalah aktual kebidanan
3. Mengidentifikasi diagnosa potensial dan masalah potensial yang terjadi atau mungkin akan terjadi
4. Mengidentifikasi kebutuhan segera jika dibutuhkan
5. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan langkah-langkah manajemen kebidanan
6. Mendokumentasikan manajemen
7. Melaksanakan asuhan kebidanan kehamilan trimester III secara komprehensif
8. Melakukan asuhan kebidanan persalinan secara komprehensif

Manajemen kebidanan merupakan pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis. Langkah-langkah manajemen kebidanan meliputi:

Pengkajian, Analisis data, Diagnosis kebidanan, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi.

1.4 Manfaat Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan memiliki beberapa manfaat dalam layanan kebidanan diantaranya (Varney, 1997):

1. Sebagai pemberi arah dan kerangka dalam menangani kasus kebidanan
2. Membantu bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas dan bermartabat sesuai kompetensi
3. Membantu bidan dalam memberikan asuhan kebidanan bukan hanya kepada individu namun kepada keluarga, dan masyarakat
4. Membantu bidan dalam mengatasi komplikasi kasus kebidanan
5. Sebagai pemanfaatan teknologi informasi untuk praktik kebidanan yang optimal

1.5 Prinsip Manajemen Kebidanan

Bidan harus dapat menggunakan pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional untuk mendukung dalam pemberian asuhan kebidanan. Prinsip manajemen kebidanan adalah metode pemecahan masalah yang digunakan untuk mengorganisir pikiran dan tindakan dalam memberikan pelayanan kebidanan. Adapun prinsip-prinsip manajemen kebidanan meliputi:

1. Berfokus pada klien
2. Berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, dan keterampilan
3. Menggunakan rangkaian atau tahapan yang logis
4. Berfokus pada pengambilan keputusan
5. Menggunakan pendekatan pemecahan masalah
6. Membantu proses berpikir bidan dalam melaksanakan asuhan dan pelayanan kebidanan

1.6 Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

Menurut Varney manajemen kebidanan adalah metode pemecahan masalah yang digunakan untuk mengorganisir pikiran dan tindakan. Metode ini didasarkan pada teori ilmiah dan penemuan keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis. Manajemen kebidanan membantu bidan dalam melaksanakan asuhan dan pelayanan kebidanan. Bidan melakukan pendekatan dengan metode pemecahan masalah ini untuk melaksanakan tugasnya pada pelayanan kebidanan.

Varney juga membuat Langkah dalam melakukan manajemen kebidanan, yang dikenal dengan 7 langkah Varney (Varney, 1997), dengan uraian sebagai berikut :

1. Pengkajian data dasar

Pengkajian data dasar dilakukan dengan mengumpulkan data subjektif dan objektif. Data objektif diperoleh melalui pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Pengkajian dilakukan dengan melakukan pengumpulan semua data yang dibutuhkan untuk melakukan evaluasi terhadap keadaan klien. Mengumpulkan semua informasi akurat yang dari sumber

yang memiliki kaitan dengan klien. Secara spesifik pada Langkah 1 (pertama) ini dilakukan pengumpulan informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesis (Insani *et al.*, 2016). Data anamnesis diantaranya:

- a. Biodata
- b. Riwayat menstruasi
- c. Riwayat kesehatan
- d. Riwayat kehamilan
- e. Riwayat Persalinan
- f. Riwayat nifas
- g. Biopsikospiritual
- h. Pengetahuan klien
- i. Pemeriksaan fisik (data fokus)
- j. Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi,
- k. auskultasi, perkusi)
- l. Pemeriksaan penunjang
- m. Pemeriksaan laboratorium

2. Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data dasar merupakan langkah kedua adalah interpretasi data dasar. Identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Pada langkah ini bidan harus berpikir kritis agar diagnosa yang ditegakkan benar-benar tepat (Insani *et al.*, 2016).

Interpretasi data dasar juga bagaimana bidan menegakkan diagnosa masalah aktual kebidanan berdasarkan pengumpulan data yang dilakukan pada Langkah 1, kemudian merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik setelah itu baru menegakkan diagnosa kebidanan berdasarkan standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

3. Diagnosa masalah potensial

Mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial merupakan langkah ketiga. Hal ini berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, pada langkah ini bidan juga melakukan pikiran kritis sehingga bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial benar-benar terjadi. Diagnosa masalah potensial kebidanan adalah identifikasi masalah atau diagnosis yang mungkin terjadi pada ibu dan janinnya (Insani *et al.*, 2016).

Diagnosa ini dilakukan untuk mengantisipasi segala sesuatu yang mungkin terjadi dan melakukan pencegahan jika memungkinkan. Dalam menegakkan diagnosa masalah potensial pada umumnya sama dengan pada diagnosa masalah potensial diantaranya mengumpulkan data dasar, menginterpretasikan data dasar, menemukan masalah atau diagnosa yang spesifik, melakukan identifikasi masalah atau diagnosis potensial lain serta mengantisipasi penanganannya.

4. Tindakan segera/kolaborasi

Langkah keempat yaitu mengidentifikasi kebutuhan dan tindakan segera. Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

Tindakan segera atau kolaborasi kebidanan adalah tindakan yang dilakukan oleh bidan dengan tenaga kesehatan lain secara bersamaan untuk memberikan pelayanan kepada klien. Tindakan ini dilakukan untuk mengatasi komplikasi atau keadaan darurat yang memerlukan penanganan segera.

Tujuan kolaborasi untuk berbagi otoritas dalam memberikan pelayanan berkualitas, saling menghormati, mempercayai, dan menciptakan komunikasi efektif antar

profesi, mengantisipasi komplikasi yang akan terjadi serta memastikan tindakan yang dilakukan sesuai dengan kompetensi atau kewenangan masing-masing profesi yang menangani klien.

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Langkah kelima yaitu perencanaan, pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Menyusun rencana asuhan kebidanan yang menyeluruh berdasarkan hasil pengkajian data klien, menentukan diagnosa, dan menyusun rencana tindakan. Rencana asuhan ini harus disetujui oleh klien dan bidan (Insani *et al.*, 2016).

Dalam Menyusun rencana asuhan kebidanan perlu di pertimbangan beberapa hal diantaranya pengetahuan dan teori yang *up to date*, melakukan perawatan berdasarkan bukti (*evidence based care*), mengacu pada kerangka pedoman antisipasi terhadap klien, pertimbangkan juga kebutuhan penyuluhan konseling, edukasi yang akan diberikan serta apakah klien perlu di rujuk.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah- masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

6. Pelaksanaan atau Implementasi

Langkah keenam adalah pelaksanaan, berdasarkan rencana asuhan menyeluruh yang telah diuraikan pada langkah ke 5. Implementasi kebidanan adalah penerapan praktik kebidanan yang sesuai dengan standar profesi bidan dan kewenangan yang dimiliki. Implementasi kebidanan

dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau rujukan. Implementasi kebidanan bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan, kualitas hidup dan kesejahteraan, memberdayakan klien untuk bertanggung jawab terhadap kesehatan dirinya serta mendukung upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Implementasi kebidanan dalam praktik yaitu memberikan asuhan yang berkelanjutan, mulai dari masa ;

- a. Kehamilan
- b. Persalinan
- c. Nifas
- d. Bayi baru lahir
- e. Keluarga berencana

Selain itu juga melakukan deteksi dini komplikasi pada ibu dan anak, melakukan pertolongan persalinan normal, melakukan tindakan kegawatdaruratan. Bidan juga harus dapat memberikan asuhan yang holistic meliputi aspek:

- a. Fisik
- b. Psikologis
- c. Sosial

Dengan memberikan asuhan yang berorientasi pada partnership, yaitu bidan dan klien memiliki kedudukan yang setara serta memberikan asuhan yang mengintegrasikan nilai-nilai keagamaan seperti pendekatan spiritual dalam pelayanan kebidanan sesuai kepercayaan klien.

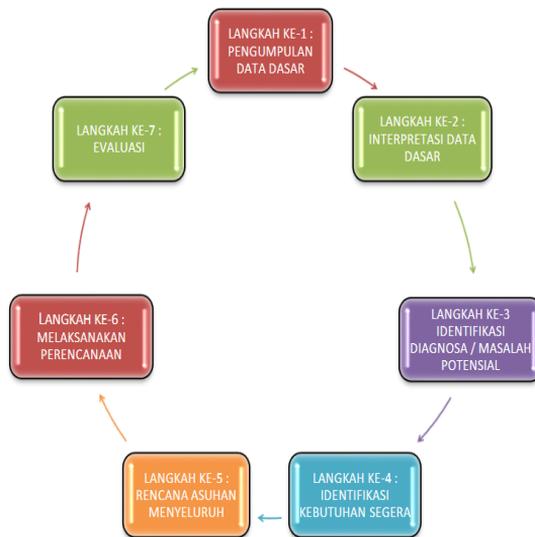
7. Evaluasi

Langkah ketujuh yaitu evaluasi, Langkah ini dilakukan evaluasi terhadap keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan ebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif (Insani *et al.*, 2016).

Mengevaluasi asuhan yang telah diberikan. Evaluasi ini dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan yang telah ditetapkan tercapai atau belum. Evaluasi kebidanan dilakukan untuk mengevaluasi pencapaian asuhan yang telah diberikan, membandingkan data yang dikumpulkan dengan kriteria yang diidentifikasi, menjadi dasar dalam memutuskan apakah tujuan telah dicapai atau tidak dengan tindakan yang sudah diimplementasikan, serta untuk mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan.

Pemenuhan kebutuhan akan terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah.

Dari uraian Langkah diatas varney menggambarkan Langkah tersebut sebagai berikut :



Gambar 1.1. Langkah proses manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan membantu bidan berpikir logis dan sistematis dalam memberikan asuhan kebidanan, karena dengan manajemen kebidanan yang baik maka dapat membantu bidan berpikir kritis dalam memberikan asuhan kebidanan. Asuhan

kebidanan adalah pelayanan kesehatan yang diberikan bidan kepada klien yang memiliki masalah atau kebutuhan kesehatan. Asuhan kebidanan mencakup masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana (Ayudiah, Anissa and Hermawan, 2022). Asuhan yang diberikan harus sesuai dengan Kompetensi Bidan, kompetensi bidan yang dimaksud adalah kemampuan yang dimiliki oleh Bidan yang meliputi pengetahuan, keterampilan dan sikap untuk memberikan Pelayanan Kebidanan (Undang-undang RI, 2019). Untuk itu manajemen kebidanan sangat penting dalam pemberian asuhan dengan alasan :

1. Manajemen kebidanan digunakan bidan sebagai acuan dalam menangani kasus yang merupakan tanggung jawabnya.
2. Memungkinkan bidan berpikir kritis untuk memanfaatkan potensi dirinya melihat, memecahkan masalah, dan menciptakan suatu hal baru dalam manajemen asuhan kebidanan.
3. Membantu bidan menyelidik data secara terfokus, membuat diagnosis dengan tepat, serta segera mengambil tindakan secara cepat dan tepat berbasis evidence (bukti).
4. Membantu bidan dalam mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian, atau tahapan yang logis.

Proses manajemen kebidanan tersebut merupakan proses yang khas, terdiri dari tindakan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran-sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumberdaya manusia dan sumber-sumber lainnya. Bidan memberikan asuhan yang komprehensif dan berkelanjutan, mulai dari promosi kesehatan hingga penanganan masalah Kesehatan. Proses manajemen kebidanan tersebut. Pilar seorang bidan yang terdapat pada kerangka kerja menurut ICM (2015) adalah pengetahuan, keahlian dalam melaksanakan pelayanan asuhan kepada bayi baru lahir, wanita, keluarga sepanjang kehidupannya. Pengetahuan yang ada bisa menjadi pondasi untuk melakukan suatu keahlian jika dilakukan sesuai tujuan dan setiap

bertindak harus diiringi dengan berpikir kritis dengan menjawab setiap pertanyaan “mengapa” dan “kenapa” saat bertindak (Insani *et al.*, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Ayudiah, F., Anissa, K. And Hermawan, D. (2022). Perlindungan Hukum Bagi Pasien Dan Bidan Dalam Pemberian Pelayanan Umum. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 9(2), Pp. 875-881. Available At: <https://doi.org/10.33024/jikk.v9i2.5382>.
- Insani, A.A. *Et Al*. (2016) “Berfikir Kritis” Dasar Bidan Dalam Manajemen Kebidanan’, *Jurnal Indonesia*, (56), Pp. 21-30.
- Deki Syaputra Dkk (2022) . Ilmu Kebidanan (Teori, Aplikasi Dan Isu). ISBN : 978-623-362-417-6 CV. Media Sains Indonesia.
- Ummah, M.S. (2019). Buku Manajemen Kebidanan (Konsep Dan Aplikasi Dalam Praktik Kebidanan). ISBN 978-623-8317-09-07. Penerbit Kaizen Media Publizing.
- Undang-Undang RI (2019). Undang-Undang RI No. 4 Tahun 2019. *Tentang Kebidanan*, (10), Pp. 2-4.
- Varney, H. (1997) *Varney’s Midwifery*. Sudbury Massachusett, USA: Jones And Barlett Publisers.
- Vera Iriani Abdullah dkk (2025) *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Manajement.

BAB 2

ANATOMI DAN FISILOGI REPRODUKSI WANITA

Oleh Fitri Khairani

2.1 Pendahuluan Anatomi Sistem Reproduksi

Kata "Anatomi" berasal dari Bahasa Latin, yakni *ana* yang memiliki arti: bagian, adapun *tomi* dapat diartikan dengan potong ataupun iris. Sehingga Anatomi dapat diartikan sebagai ilmu yang mempelajari tentang struktur tubuh makhluk hidup baik secara utuh maupun per bagian-bagian organnya. Anatomi juga diketahui sebagai salah satu cabang dari ilmu biologi yang memiliki peran dasar dalam bidang kesehatan (Wiono, 2021).

Adapaun "Fisiologi" juga merupakan cabang dari ilmu biologi yang lebih fokus dalam mempelajari fungsi-fungsi normal dari makhluk hidup, mulai dari tingkat yang paling sederhana yakni sel, jaringan, organ, sistem organ hingga pada tingkat yang lebih kompleks yakni organisme secara utuh (Azizah, dkk, 2023).

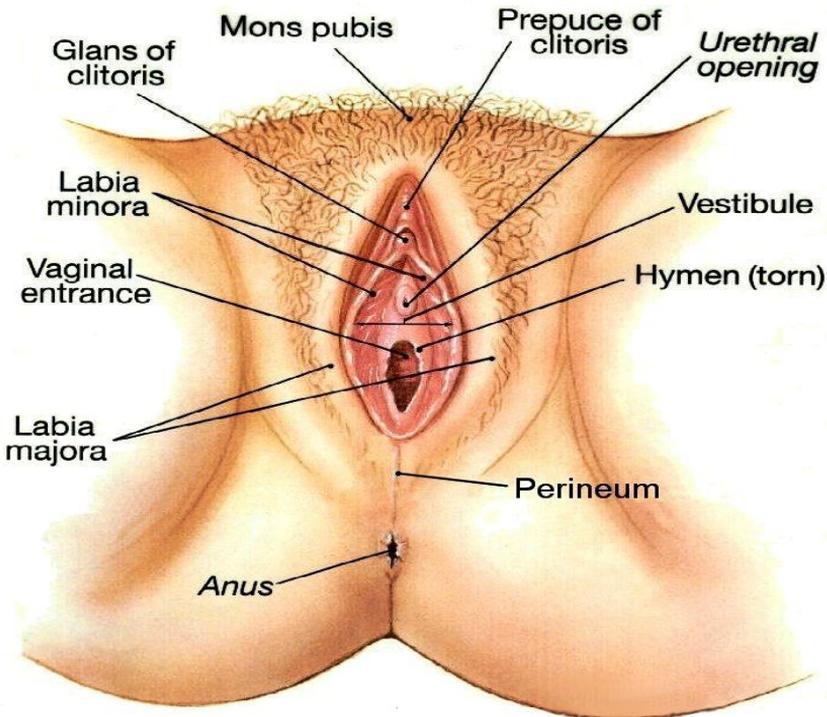
Sistem reproduksi merupakan kumpulan dari organ-organ reproduksi dan jaringan tubuh yang memiliki fungsi dan tanggungjawab untuk melanjutkan keturunan. Guna mempertahankan dan melestarikan spesies, mewariskan sifat genetiknya serta menjaga keseimbangan ekosistem alam. Sistem reproduksi wanita terdiri dari labia majora, labia minora, klitoris, vagina, rahim, tuba falopi hingga ovarium, yang bekerja bersama untuk menjalankan fungsinya (Khairani, 2022).

2.2 Anatomi Sistem Reproduksi Wanita

Sistem reproduksi wanita dapat dibagi menjadi dua bagian, yakni bagian yang tampak dan tidak tampak dari luar permukaan tubuh atau sering disebut organ genitalia eksternal dan internal wanita. Adapun organ genitalia eksternal wanita terdiri atas: labia mayora, labia minora, klitoris, dan mons pubis (rambut kemaluan).

Sedangkan organ genitalia internal wanita terdiri atas: liang vagina, hymen, serviks, uterus, tuba fallopi dan ovarium (Irdalisa, 2021).

2.3.1 Organ Genitalia Eksternal Wanita



Gambar 2.1. Anatomi Organ Genitalia Eksternal Wanita
(Sumber: Chaerani, 2020)

Seperti yang tampak pada gambar di atas, organ genitalia eksternal wanita meliputi:

1. Labia Mayora

Labia mayora merupakan lipatan-lipatan kulit bagian luar vagina berisi jaringan adiposa membentuk menyerupai bibir, yang permukaannya ditumbuhi oleh rambut-rambut. Secara harfiah labia mayora dapat diartikan sebagai bibir besar. Bibir besar ini dapat berfungsi untuk:

- a. Perlindungan: menutupi dan melindungi organ-organ genitalia yang berada di dalamnya dari berbagai jenis

- kuman, patogen dan benda asing yang dapat mengganggu serta menyebabkan berbagai jenis penyakit.
- b. Menjaga Kelembaban: menjaga kelembaban area intim dalam mencegah iritasi, infeksi dan kekeringan.
 - c. Regulasi Suhu: menjaga kestabilan suhu pada area organ reproduksi agar tetap berada dalam rentang normal.
 - d. Memproduksi Pelumas Alami: dapat menghasilkan kelenjar keringat dan minyak (sebasea), serta pada saat menerima rangsangan seksual bagian ini juga dapat mengeluarkan cairan pelumasan yang dapat membantu dan memudahkan penetrasi penis guna menghindari rasa sakit saat terjadinya hubungan seksual.
 - e. Menambah Kenyamanan: lipatan kulit yang berisi jaringan dan lemak yang tebal dapat mengurangi gesekan dan benturan langsung ke tulang kemaluan, antara tubuh khususnya saat berhubungan seksual serta ke pada permukaan benda yang keras saat duduk ataupun melakukan aktivitas fisik yang memiliki peluang untuk berbenturan pada area kemaluan, seperti bersepeda.

2. Labia Minora

Labia minora merupakan lipatan jaringan halus yang letaknya berada di antara lipatan labia mayora, berbeda dengan labia mayora yang permukaannya ditumbuhi oleh rambut-rambut labia minora ini tidak ditumbuhi oleh rambut, bentuknya tipis dan lebih kecil serta berada pada bagian dalam. Labia minora sering juga disebut sebagai bibir kecil yang dapat mengalami penebalan atau pembesaran (*hipertrofi*) karena menerima rangsangan seksual. Bibir kecil ini dapat berfungsi untuk:

- a. Perlindungan: bagian ini dapat menjadi pelindung lapis kedua setelah labia mayora di bagian terluar dalam struktur organ reproduksi wanita, khususnya sebagai

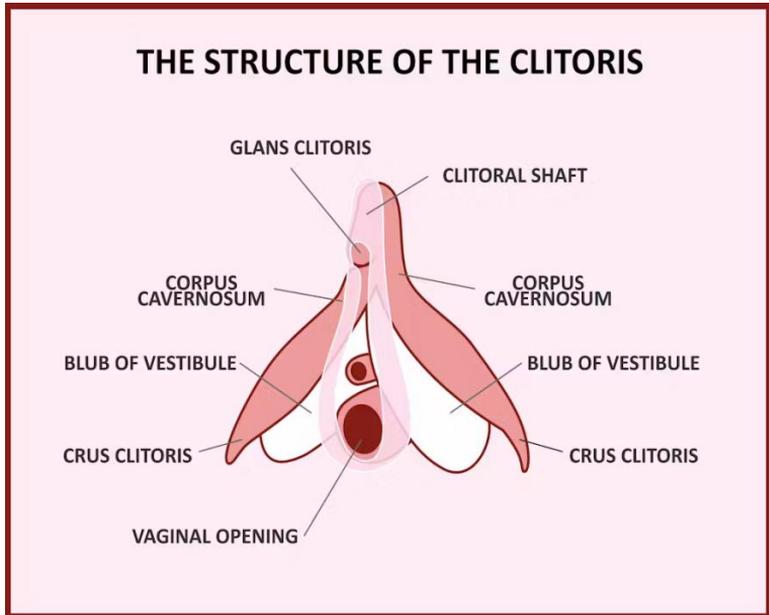
pelindung pada organ sesudahnya, seperti klitoris dan uretra.

- b. Jalan Masuk: bibir kecil ini juga dapat berperan sebagai arean perlintasan jalan masuk penetrasi penis menuju vagina.
- c. Gairah dan Fungsi Seksual: area ini juga cukup sensitif terhadap sentuhan namun tidak lebih sensitif dari klitoris, area ini dapat menebal saat menerima rangsangan seksual.

3. Klitoris

Klitoris berbentuk tonjolan kecil yang menyerupai kacang polong, yang normalnya saat tidak mengalami rangsangan berukuran sekitar 5-6 mm, namun ukurannya dapat membesar sampai dua kali lipat pada saat mengalami rangsangan seksual. Klitoris ini terletak pada bagian atas dari labia minora dan berada diantara lipatan kedua labia mayora. Bagian ini kerap kali menjadi zona titik rangsangan pada wanita karena organ ini sangat peka dan sensitif, memiliki lebih dari 8.000 ujung serabut saraf. Klitoris dibungkus oleh sebuah lipatan kulit yang disebut preputium (Ekawati, 2019).

Untuk lebih jelasnya struktur dari organ klitoris dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

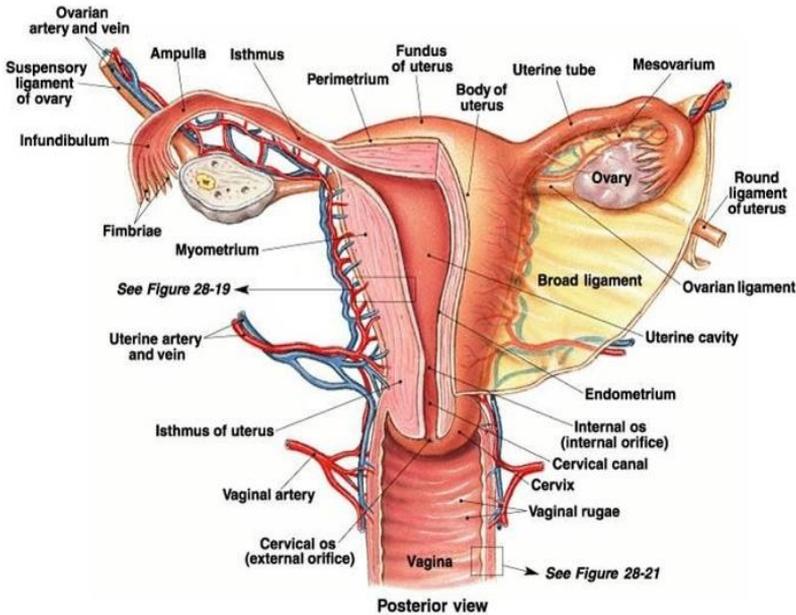


Gambar 2.2. Anatomi Klitoris
(Sumber: Fadlah, 2020)

4. Rambut Kemaluan

Mons pubis merupakan area tonjolan lemak dari vulva yang berada di atas dan menyelimuti tulang kemaluan wanita. Bagian ini ditumbuhi oleh bulu-bulu halus yang sering disebut sebagai rambut kemaluan, rambut ini merupakan bagian dari rambut terminal yang umumnya akan mulai tumbuh di saat seseorang memasuki masa-masa pubertas pada remaja. Rambut kemaluan ini berfungsi untuk menjaga kesehatan alat kelamin dengan merangsang pertumbuhan bakteri baik, menjaga alat kelamin agar tetap hangat, melindungi alat kelamin dari gesekan serta dapat membantu menghalangi benda-benda asing yang berukuran kecil untuk masuk ke dalam vagina. Namun, dalam kondisi tidak terawat rambut kelamin ini justru dapat menjadi sarang kuman dan jamur. Oleh karena itu, dibutuhkan perawatan yang benar secara berkala (Khairani, 2022).

2.3.2 Organ Genitalia Internal Wanita



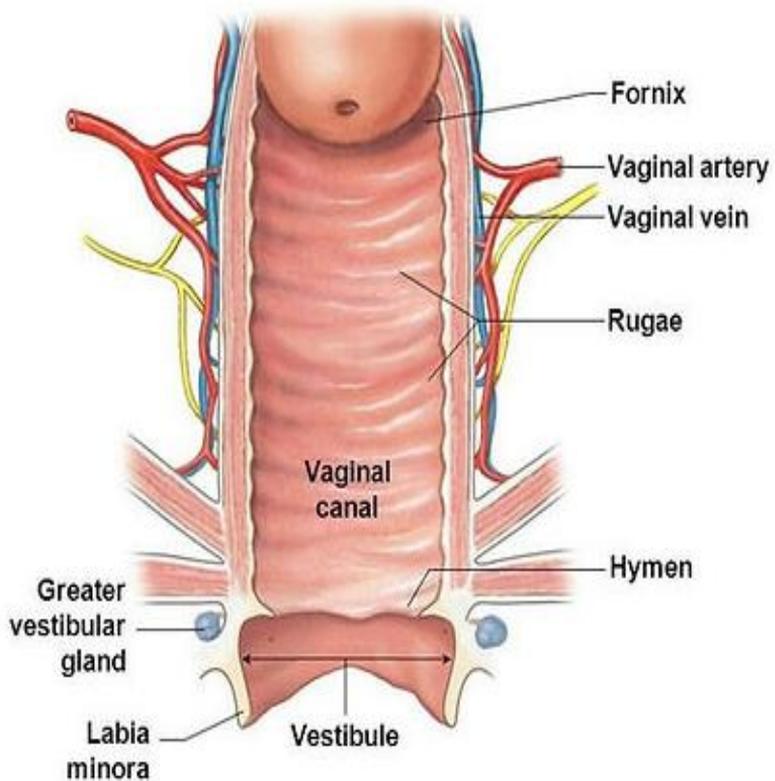
Gambar 2.3. Anatomi Organ Genitalia Internal Wanita
(Sumber: Chaerani, 2020)

Seperti yang terlihat pada gambar di atas, organ genitalia internal wanita meliputi:

1. Liang Vagina

Liang vagina merupakan saluran yang berbentuk menyerupai tabung silinder berongga yang menghubungkan antara mulut atau pintu rahim dengan bibir vagina terluar. Bagian ini terletak di antara lubang saluran urin (meatus uretra) dengan anus. Lubang atau pintu masuk pada vagina disebut introitus dan daerah yang berbentuk menyerupai separuh bulan di belakang introitus disebut forset. Pada saat terjadi rangsangan seksual, kelenjar bartholin akan menghasilkan cairan pelumas berbentuk lendir dari saluran kecil yang berada di samping introitus (Hendarto, 2022).

Untuk lebih jelasnya struktur dari area liang vagina dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 2.4. Anatomi Liang Vagina

(Sumber: Hannah, 2019)

2. Hymen (Selaput Dara)

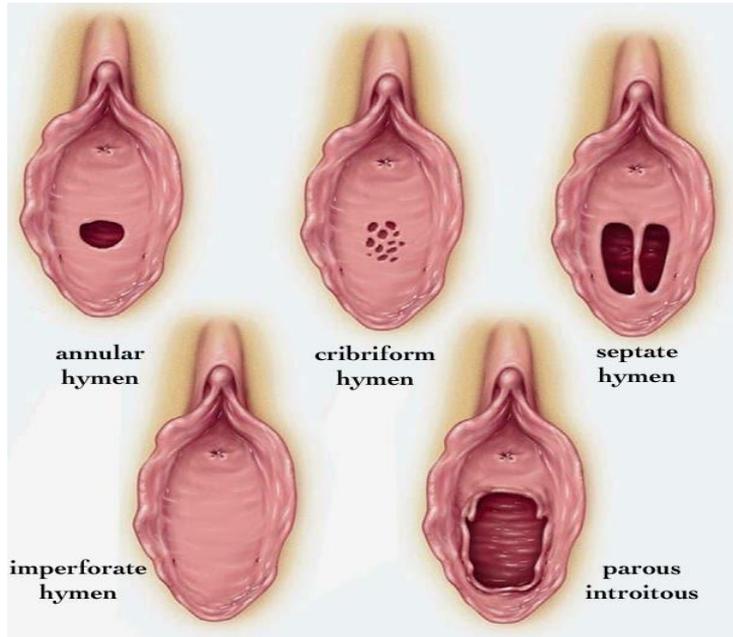
Hymen atau yang sering dikenal dengan sebutan selaput dara merupakan lapisan-lapisan tipis yang berbentuk menyerupai cincin dan menutupi sebagian dari mulut lubang vagina. Selaput dara ini terbentuk dari sisa-sisa vagina selama janin mengalami perkembangan di dalam rahim. Bagian ini awalnya cukup tebal saat bayi dilahirkan, dan akan mengalami penipisan seiring waktu. Selain tipis dan elastis selaput dara ini dapat robek saat seorang wanita melakukan hubungan seks pertama kali. Namun perlu diketahui bahwa selaput dara ini tidak hanya dapat robek akibat hubungan seks saja, tetapi juga dapat disebabkan oleh hal-hal yang lain, misalnya terjatuh, melakukan olahraga yang berat dan rumit, seperti senam lantai,

berkuda, bersepeda dan lain-lain. Biasanya akan terjadi sedikit perdarahan saat selaput dara robek tetapi ada juga yang tidak. Kondisi ini dipengaruhi oleh tingkat elastisitas otot selaput dara. Pada beberapa wanita, selaput dara ini bahkan sangat elastis sehingga masih tetap utuh meskipun telah beberapa kali melakukan hubungan seksual. Bahkan setelah selaput dara robek terkadang masih ada lapisan tipis yang tersisa di sekeliling lubang vagina (Ani, 2021).

Ada beberapa tipe dari hymen (selaput dara) wanita, di antaranya:

1. Crescentic: berbentuk setengah bulan sabit dan menutupi sebagian kecil vagina. Jenis selaput dara ini merupakan selaput dara yang paling umum pada wanita muda.
2. Parous Introitus: suatu kondisi ketika tidak ada lagi selaput dara (hampir tidak ada sama sekali), umumnya terjadi pada wanita yang telah melahirkan secara normal (pervaginam).
3. Annular: berbentuk cincin yang melingkar ataupun melintang di dalam rongga vulva.
4. Cribriform: memiliki banyak lubang kecil, sehingga menstruasi dapat terjadi namun sulit.
5. Bersepta: memiliki pita jaringan ekstra di tengah yang membentuk dua lubang vagina kecil.
6. Imperforata: menutupi seluruh dari lubang vagina, sehingga menghalangi darah menstruasi keluar.

Untuk lebih jelasnya bentuk dari selaput dara berdasarkan tipenya dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 2.5. Bentuk Selaput Dara
(Sumber: Basfiansa, 2018)

3. Serviks

Serviks sering juga disebut sebagai mulut ataupun leher rahim. Bagian ini berbentuk seperti tabung (silinder) yang menjadi penghubung antara vagina dengan uterus (rahim). Pada kondisi normal ukurannya sekitar 4-5 cm. Dinding serviks ini bersifat lentur sehingga dapat melebar dan terbuka sebagai jalan lahir saat wanita mengalami persalinan.

4. Uterus

Uterus (rahim) merupakan organ reproduksi wanita yang berbentuk menyerupai buah alpukat dan memiliki rongga di bagian dalam sebagai tempat hasil konsepsi (janin) untuk tumbuh dan berkembang sebelum dilahirkan. Adapun volume rahim wanita dewasa normalnya 80-200 ml, dengan ukuran rata-rata: panjang \pm 8 cm, lebar \pm 5 cm dan tebal \pm 4 cm.

5. Tuba Fallopi

Tuba fallopi (*oviduct*) merupakan dua buah saluran kecil yang menghubungkan antara kedua ovarium kiri dan kanan dengan ujung rahim bagian atas. Bagian ini pada wanita dewasa normalnya berukuran panjang sekitar 10-13 cm. Saluran tuba fallopi ini memiliki fungsi sebagai media perlintasan sel telur (*ovum*) dari ujung tuba fallopi menuju rahim pada saat terjadinya ovulasi. Selain itu, tuba fallopi juga menjadi tempat bertemunya sel telur dengan sperma, yang mana nantinya sel telur yang telah dibuahi oleh sperma tersebut akan dibawa, menempel dan mengalami implantasi pada lapisan dinding rahim (Yulviana, 2021).

6. Ovarium

Indung telur atau ovarium adalah bagian dari sistem reproduksi wanita yang berada di sisi kiri dan kanan pada rongga panggul serta bersebelahan dengan bagian atas rahim. Fungsi utama ovarium adalah untuk memproduksi sel telur, hormon estrogen, dan hormon progesteron. Ukuran ovarium normal rata-rata pada wanita dewasa ± 6 cm atau sebesar buah kiwi. Namun, ukuran ini dapat berubah seiring bertambahnya usia wanita (Handayani, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Ani, M., dkk. 2021. *Biologi Reproduksi dan Mikrobiologi*. Medan: Penerbit Kita Menulis.
- Azizah, N., dkk. 2023. *Fisiologi Sistem Reproduksi*. Jombang: Yayasan Kita Menulis.
- Basfiansa, A. D. 2018. Bentuk Vagina dan Selaput Dara. Diakses dari <https://www.alodokter.com/komunitas/topic/bentuk-vagina-dan-selaput-dara>
- Chaerani, E., & Suherman. 2020. *Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Perempuan*. Palembang: PT Awfa Smart Media.
- Ekawati, R. 2019. *Pengantar Kesehatan Reproduksi*. Malang: Wineka Media.
- Fadlah, N. 2020. Struktur Klitoris. Diakses dari <https://www.gooddoctor.co.id/hidup-sehat/wanita/mengenal-klitoris-wanita-organ-reproduksi-yang-paling-sensitif/>
- Handayani, S. 2021. *Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Hannah. 2019. Reframing Birth. Diakses dari <https://www.reframingbirth.co.uk/post/watermelon-nostril-analogy>
- Hendarto, H., & Hinting, A. 2022. *Sistem Reproduksi Pria dan Wanita*. Jakarta: EGC.
- Irdalisa, Paidi, & Djukri. 2021. *Modul Sistem Reproduksi pada Manusia*. <http://repository.uhamka.ac.id>
- Khairani, F. 2022. The Correlation of Knowledge with Leucorrhoea in Female Students of MTsN Batang Toru. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Aufa Royhan*. Vol 7 No 1 (2022): Vol. 7 No.1 Juni 2022250-255. <https://jurnal.unar.ac.id/index.php/health/article/download/802/502>
- Wiono, W. J. 2021. *Sistem Reproduksi Manusia*. Yogyakarta: Media Akademi.
- Yulviana, R., Karlinah, N., & Maita, L. 2021. *Buku Ajar Biologi Reproduksi untuk Mahasiswa Profesi Bidan*.

<http://repo.htp.ac.id/id/eprint/322/17/BUKU%20AJAR%20BIOLOGI%20REPRODUKSI%20Fiks.pdf>

Zuraida, Khairani, F., Febriyeni, Sari, N. W., Luthfiana. 2025. *Kompleksitas Sistem Reproduksi: Anatomi, Fisiologi dan Gangguannya*. Padang: Get Press Indonesia.

BAB 3

PENGAJIAN KEHAMILAN DALAM ANTENATAL CARE (ANC)

Oleh Anissa Ermasari

3.1 Pendahuluan

World Health Organization (WHO) telah mengeluarkan pedoman komprehensif terkait *antenatal care* (ANC) rutin bagi ibu hamil, dengan pendekatan berbasis hak asasi manusia, panduan ini dirancang untuk merespons kompleksitas permasalahan yang terkait dengan praktik, penyelenggaraan, dan pelaksanaan ANC dalam sistem pelayanan kesehatan. Fokus utamanya adalah memberikan perawatan yang berorientasi pada individu, dengan menekankan kesejahteraan dan kualitas hidup, bukan semata-mata pencegahan terhadap kematian dan morbiditas (Tunçalp et al., 2017), hal tersebut mencakup sejumlah rekomendasi yang meliputi aspek gizi selama kehamilan, penilaian kesehatan ibu dan janin, upaya pencegahan, serta intervensi terhadap gejala fisiologis yang umum terjadi, seperti mual, nyeri epigastrium, dan konstipasi. Selain itu, juga mencakup intervensi pada tingkat sistem kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan pemanfaatan layanan ANC serta memperbaiki kualitas pelayanan yang diberikan. (WHO, 2016).

Pelayanan ANC diberikan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis dan keterampilan interpersonal yang baik kepada ibu hamil selama masa kehamilan. Salah satu rekomendasi WHO menyarankan minimal 8 kali kunjungan ANC bagi kehamilan normal. Namun, setelah disesuaikan dengan kondisi profesi dan program di Indonesia, disepakati bahwa kunjungan ANC minimal dilakukan sebanyak 6 kali, dengan minimal dua kali kontak dengan dokter: satu kali pada trimester pertama untuk skrining risiko atau komplikasi kehamilan, dan satu kali pada trimester

ketiga untuk skrining risiko persalinan (WHO, 2016; Kemenkes RI, 2020)

Pelayanan ANC bertujuan mempersiapkan calon ibu agar siap secara fisik dan mental untuk menjalani kehamilan, proses persalinan, serta menciptakan lingkungan yang mendukung dalam melindungi bayi dari risiko infeksi. Dokter dan bidan diharapkan mampu memberikan pelayanan ANC yang berkualitas melalui deteksi dini (skrining), penegakan diagnosis, tatalaksana yang tepat, serta rujukan yang sesuai. Kompetensi ini berperan penting dalam mendukung upaya penurunan angka kematian maternal dan neonatal. Pelayanan ANC turut diintegrasikan dengan berbagai program lintas sektor, seperti program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular (seperti tuberkulosis, malaria, IMS, dan kecacangan), Penyakit Tidak Menular (seperti diabetes melitus, hipertensi, gangguan jiwa, dan penyakit jantung), gizi, serta program-program lokal dan spesifik lainnya (Kemenkes RI, 2020)

3.2 Antenatal Care (ANC)

3.2.1 Definisi Antenatal Care (ANC)

Antenatal Care (ANC) secara harfiah berasal dari kata *ante* yang berarti “sebelum” dan *natus* yang berarti “kelahiran,” sehingga antenatal care dapat diartikan sebagai perawatan sebelum kelahiran. Istilah yang umum digunakan adalah *antenatal care*, sementara Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) lebih sering menggunakan istilah “pelayanan antenatal”. Beragam definisi mengenai ANC dapat ditemukan dalam berbagai sumber, antara lain :

1. *Antenatal care* (ANC) rutin merujuk pada layanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan atau pihak terkait kepada semua ibu hamil guna memastikan kondisi kesehatan optimal bagi ibu dan janinnya selama kehamilan. Komponen dasar ANC mencakup identifikasi risiko, pencegahan dan penanganan penyakit spesifik kehamilan maupun penyakit penyerta, serta edukasi dan promosi Kesehatan (WHO, 2016)
2. Pelayanan antenatal merupakan setiap kegiatan dan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa

- konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan yang komprehensif dan berkualitas serta diberikan kepada seluruh ibu hamil (Kemenkes RI, 2020)
3. Pemeriksaan kehamilan merupakan pemeriksaan ibu hamil, baik fisik dan mental, serta menyelamatkan ibu dan anak dalam masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas, sehingga kondisi ibu dan anak sehat dan normal (Prawirohardjo, 2010)
 4. Perawatan antenatal merupakan layanan rutin yang diberikan kepada ibu hamil sejak terjadinya konsepsi hingga menjelang persalinan. Layanan ini menjadi momen penting untuk mencegah dan menangani berbagai kondisi yang berpotensi atau telah menjadi penyebab kematian dan kesakitan pada ibu serta bayi baru lahir (Moller *et al.*, 2017).

Dengan demikian, antenatal care merujuk pada semua bentuk perawatan atau pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil sebelum proses persalinan berlangsung, untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan ibu serta janin selama kehamilan.

3.2.2 Tujuan Antenatal Care

Secara global tujuan utama dari perawatan antenatal adalah untuk memastikan bahwa seorang wanita menjalani kehamilan dengan aman, meskipun tidak selalu berarti terbebas dari penyakit selama masa tersebut. Melalui perawatan ini, dapat dilakukan skrining terhadap preeklamsia, deteksi kelainan janin, serta penerapan berbagai upaya pencegahan lainnya (Ala, Husain and Husain, 2021). Pengalaman kehamilan yang positif menjadi landasan utama dalam perawatan antenatal, yang didefinisikan sebagai upaya untuk menjaga kondisi fisik dan sosial budaya yang normal, mempertahankan kesehatan ibu dan bayi selama kehamilan (termasuk pencegahan atau penanganan terhadap risiko, penyakit, dan kematian), mendukung transisi yang lancar menuju proses persalinan dan kelahiran yang menyenangkan, serta membantu ibu mencapai peran keibuan yang positif, yang mencakup rasa percaya diri, kemampuan, dan kemandirian (Tunçalp, 2017).

Identifikasi risiko, pencegahan dan penatalaksanaan penyakit yang terkait dengan kehamilan maupun penyakit penyerta, serta edukasi dan promosi kesehatan merupakan komponen penting dalam pelayanan antenatal. Untuk mencapai hal tersebut, dibutuhkan pengetahuan dan praktik yang berbasis pada bukti ilmiah (Heinonen, 2021).

Tabel 3.1. Tujuan *Antenatal Care* (ANC)

Tujuan ANC	Deskripsi
Tujuan Umum	<p>Setiap ibu hamil berhak mendapatkan pelayanan antenatal yang menyeluruh dan berkualitas, agar dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan pengalaman yang positif serta melahirkan bayi yang sehat dan memiliki kualitas kehidupan yang baik.</p> <p>*Pengalaman yang bersifat positif adalah pengalaman yang menyenangkan dan memberikan nilai tambah yang bermanfaat bagi ibu hamil dan menjalankan perannya sebagai perempuan, istri, dan ibu.</p>
Tujuan Khusus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terlaksananya pelayanan antenatal terpadu, termasuk konseling, dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI 2. Terlaksananya dukungan emosi dan psikososial sesuai dengan keadaan ibu hamil pada setiap kontak dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik 3. Setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu minimal 6 kali selama masa kehamilan 4. Terlaksananya pemantauan tumbuh kembang janin 5. Deteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang

Tujuan ANC	Deskripsi
	diterima ibu hamil 6. Dilaksanakannya tatalaksana terhadap kelainan/penyakit/gangguan pada ibu hamil sedini mungkin atau rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada

Sumber : (Kemenkes RI, 2020)

3.2.3 Konsep Pelayanan Antenatal

Dalam pelayanan antenatal, tenaga kesehatan dituntut memiliki kemampuan untuk mendeteksi secara dini berbagai permasalahan yang mungkin dialami ibu hamil, termasuk gangguan gizi, faktor risiko kehamilan, komplikasi kebidanan, gangguan kesehatan jiwa, serta penyakit menular dan tidak menular. Selain itu, tenaga kesehatan juga harus mampu melakukan penatalaksanaan yang tepat agar ibu hamil dapat mempersiapkan diri menghadapi proses persalinan yang bersih, aman, dan sehat. Kerangka Konsep Pelayanan Antenatal Terpadu ditampilkan pada Gambar 3.1.



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Pelayanan Antenatal

A. Masalah Dalam Kehamilan

Masalah yang dapat dialami oleh ibu hamil mencakup berbagai aspek, antara lain:

1. Masalah Gizi

Termasuk di dalamnya adalah anemia, kekurangan energi kronik (KEK), obesitas, serta peningkatan berat badan yang tidak sesuai dengan standar kehamilan.

2. Faktor Risiko

Beberapa kondisi yang dianggap sebagai faktor risiko antara lain usia ibu terlalu muda (≤ 16 tahun) atau terlalu tua (≥ 35 tahun), jarak kelahiran yang terlalu dekat (anak terakhir berusia ≤ 2 tahun), kehamilan pertama setelah 4 tahun menikah, jarak antar kehamilan lebih dari 10 tahun, jumlah persalinan ≥ 4 kali, kehamilan kembar (gemeli), kelainan letak atau posisi janin, ukuran janin yang tidak normal, riwayat kehamilan bermasalah seperti keguguran atau kehamilan gagal, komplikasi pada persalinan sebelumnya (misalnya penggunaan vakum atau forsep, perdarahan pascapersalinan, atau pernah mendapatkan transfusi darah), riwayat operasi sesar, hipertensi, serta usia kehamilan yang melebihi 40 minggu.

3. Komplikasi Kebidanan

Komplikasi yang mungkin timbul meliputi ketuban pecah dini, perdarahan pervaginam, hipertensi dalam kehamilan termasuk preeklamsia dan eklampsia, ancaman persalinan prematur, distosia (kesulitan dalam proses persalinan), serta kelainan letak plasenta seperti plasenta previa.

4. Penyakit Tidak Menular (PTM)

Ibu hamil dapat mengalami penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes melitus, gangguan jantung, gangguan ginjal, asma, kanker, epilepsi, dan penyakit kronis lainnya yang dapat memengaruhi kehamilan.

5. Penyakit Menular

Beberapa infeksi yang berisiko selama kehamilan meliputi HIV, sifilis, hepatitis B, tetanus maternal,

malaria, tuberkulosis (TB), demam berdarah, dan tifus abdominalis.

6. Gangguan Kesehatan Jiwa

Permasalahan mental emosional yang dapat muncul selama kehamilan antara lain depresi, gangguan kecemasan, psikosis, hingga skizofrenia, yang semuanya memerlukan perhatian dan penanganan khusus.

B. Langkah Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal terpadu ditujukan bagi seluruh ibu hamil dan dilaksanakan melalui beberapa langkah penting, antara lain:

1. Memberikan kesempatan kepada setiap ibu hamil untuk memperoleh pengalaman kehamilan yang positif melalui layanan antenatal terpadu.
2. Melakukan pemeriksaan kehamilan secara menyeluruh dalam setiap kunjungan.
3. Menyampaikan konseling terkait kesehatan dan gizi, termasuk keluarga Berencana (KB) dan pemberian ASI.
4. Memberikan dukungan emosional dan psikososial yang disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan ibu hamil, serta membantu mereka tetap nyaman dalam menjalani aktivitas sehari-hari selama kehamilan dan menyusui.
5. Memantau pertumbuhan dan perkembangan janin secara berkala.
6. Melakukan deteksi dini terhadap gangguan, kelainan, atau penyakit yang dialami oleh ibu hamil.
7. Memberikan penanganan awal terhadap gangguan atau merujuk ke fasilitas kesehatan sesuai sistem rujukan jika diperlukan.
8. Menyiapkan ibu hamil untuk menjalani proses persalinan yang bersih, aman, dan tertata dengan baik.
9. Menyusun rencana antisipatif dan kesiapan untuk rujukan dini apabila terjadi komplikasi selama persalinan.

10. Melakukan penatalaksanaan yang tepat serta merujuk secara cepat dan sesuai dalam kondisi kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
11. Mendorong keterlibatan aktif ibu hamil, suami, dan keluarga dalam menjaga kesehatan, asupan gizi, serta kesiapan menghadapi proses persalinan dan kemungkinan komplikasi.

C. Standar Pelayanan Antenatal

Menurut pedoman pelayanan antenatal terpadu Kemenkes RI (2020), Standar pelayanan antenatal terpadu minimal adalah sebagai berikut (10T):

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)
4. Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan
7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan
8. Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: glukoprotein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya.
9. Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan
10. Temu wicara (konseling)
Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan

nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif.

Keterangan:

- Tes laboratorium yang masuk dalam Standar Pelayanan Minimal adalah pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan Hb dan pemeriksaan glukoproteinuri (atas indikasi).
- Pada fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak memiliki vaksin tetanus difteri dan/atau pemeriksaan laboratorium, fasilitas pelayanan kesehatan dapat berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas untuk penyediaan dan/atau pemeriksaan, atau merujuk ibu hamil ke Puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang dapat melakukan pemeriksaan tersebut.

3.3 Indikator Pelayanan Antenatal

Indikator pelayanan antenatal digunakan untuk menilai cakupan, kualitas, dan efektivitas layanan ANC (*antenatal care*). Berikut adalah beberapa indikator pelayanan antenatal yang digunakan (Kemenkes RI, 2020):

3.3.1 Kunjungan Pertama (K1)

K1 atau kontak pertama merupakan interaksi awal antara ibu hamil dan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis serta keterampilan interpersonal yang memadai. Tujuannya adalah untuk memberikan pelayanan antenatal yang menyeluruh dan sesuai standar. Kontak ini idealnya dilakukan sedini mungkin, yaitu pada trimester pertama, dan dianjurkan sebelum usia kehamilan 8 minggu. K1 terbagi menjadi dua kategori, yakni K1 murni dan K1 akses, berdasarkan jenis dan kualitas pelayanan yang diterima.

K1 murni merujuk pada kunjungan pertama ibu hamil ke tenaga kesehatan yang dilakukan pada trimester pertama kehamilan. Sementara itu, K1 akses merupakan kunjungan pertama yang dilakukan ibu hamil kepada tenaga kesehatan tanpa memperhatikan usia kehamilan saat kunjungan tersebut. Idealnya,

ibu hamil menjalani K1 murni agar potensi komplikasi atau faktor risiko kehamilan dapat terdeteksi dan ditangani sedini mungkin.

3.3.2 Kunjungan Ke-4 (K4)

K4 merupakan kunjungan ibu hamil kepada tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis atau kebidanan guna memperoleh pelayanan antenatal yang terpadu dan sesuai standar. Kunjungan ini dilakukan minimal empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi sebagai berikut: satu kali pada trimester pertama (0–12 minggu), satu kali pada trimester kedua (>12–24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (>24 minggu hingga persalinan). Frekuensi kunjungan dapat ditambah sesuai kebutuhan, terutama bila ditemukan keluhan, gangguan, atau penyakit selama kehamilan.

3.3.3 Kunjungan ke-6 (K6)

K6 adalah kontak antara ibu hamil dan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis atau kebidanan, untuk memperoleh pelayanan antenatal yang menyeluruh dan sesuai standar, minimal enam kali selama masa kehamilan. Distribusi kunjungan terdiri atas: dua kali pada trimester pertama (0–12 minggu), satu kali pada trimester kedua (>12–24 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (>24 minggu hingga menjelang persalinan). Dari seluruh kunjungan tersebut, setidaknya dua kali harus melibatkan pemeriksaan oleh dokter, yaitu satu kali pada trimester pertama dan satu kali pada trimester ketiga.

Jumlah kunjungan dapat ditambah berdasarkan kebutuhan, terutama jika ibu hamil mengalami keluhan, penyakit, atau gangguan kehamilan. Bila usia kehamilan telah mencapai 40 minggu, maka ibu hamil perlu dirujuk untuk penentuan waktu dan cara terminasi kehamilan.

Pemeriksaan oleh dokter pada ibu hamil dilakukan pada dua momen utama, yaitu:

1. Kunjungan pertama (trimester 1, usia kehamilan <12 minggu atau saat kontak pertama)

Pada kunjungan ini, dokter melakukan skrining terhadap kemungkinan faktor risiko kehamilan maupun penyakit

penyerta yang dimiliki ibu hamil. Pemeriksaan ini mencakup penggunaan *Ultrasonografi* (USG). Bila ibu hamil pertama kali datang ke bidan, maka bidan tetap memberikan pelayanan ANC sesuai standar, kemudian merujuk ibu ke dokter untuk evaluasi lanjutan.

2. Kunjungan kelima (trimester 3)

Pada fase ini, dokter melakukan perencanaan persalinan dan skrining terhadap faktor risiko persalinan, termasuk pemeriksaan USG. Jika dibutuhkan, dokter juga akan menyusun rencana rujukan persalinan secara terstruktur.

3.4 Teknis Pelayanan Antenatal

3.4.1 Layanan ANC oleh Dokter Umum

1. Kunjungan Pada Trimester I

Pemeriksaan dokter pada kontak pertama ibu hamil di trimester pertama bertujuan untuk mendeteksi adanya faktor risiko atau komplikasi. Jika hasil skrining menunjukkan kehamilan normal, kunjungan antenatal selanjutnya dapat dilakukan oleh bidan. Namun, jika ditemukan faktor risiko atau komplikasi, maka pemeriksaan kehamilan berikutnya harus dilakukan oleh dokter umum atau dokter spesialis sesuai dengan kewenangan dan kompetensinya.

a. Anamnesis dan Evaluasi Kesehatan Ibu hamil

- 1) Anamnesis: kondisi umum, data dasar, HPHT, siklus haid, faktor risiko infeksi saluran reproduksi, dll
- 2) Riwayat kesehatan ibu sekarang: hipertensi, jantung, asma, TB, tiroid, HIV, IMS, hepatitis B, alergi, asma, autoimun, diabetes, dll.
- 3) Skrining status imunisasi tetanus
- 4) Riwayat perilaku berisiko 1 bulan sebelum hamil: merokok, minum alkohol, minum obat-obatan, pola makan berisiko, aktifitas fisik, pemakaian kosmetik, dll.
- 5) Riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya (termasuk keguguran, hamil kembar dan lahir mati).

- 6) Riwayat penyakit keluarga: hipertensi, diabetes, sesak nafas, asma, jantung, TB, alergi, gangguan kejiwaan, kelainan darah, Hepatitis B, HIV, dll.

b. Pemeriksaan Fisik umum

- 1) Pemeriksaan kondisi umum: termasuk tingkat kesadaran, warna konjungtiva dan sklera, kondisi kulit, leher, serta kebersihan dan kesehatan gigi serta rongga mulut.
- 2) Pemeriksaan sistem organ: mencakup telinga, hidung, tenggorokan (THT), fungsi jantung dan paru, perut, serta anggota gerak. Disertai pengukuran berat dan tinggi badan.
- 3) Pengecekan tanda-tanda vital: meliputi tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan frekuensi pernapasans

c. Pemeriksaan Terkait Kehamilan

- 1) Pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA) untuk menilai status gizi ibu.
- 2) Penilaian Indeks Massa Tubuh (IMT) yang dilakukan sebelum kehamilan guna mengetahui status nutrisi awal ibu.
- 3) Skrining risiko preeklampsia sebagai upaya deteksi dini gangguan kehamilan yang berisiko

d. Pemeriksaan Penunjang Pada Kehamilan

- 1) Pemeriksaan laboratorium : tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, malaria di daerah endemis,tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B), dan tes lainnya sesuai indikasi
- 2) Pemeriksaan USG
- 3) Pemeriksaan EKG atas indikasi

Pada pemeriksaan pertama oleh dokter, harus ditentukan status kehamilan berdasarkan GPA (Gravida, Para, Abortus), serta diklasifikasikan apakah kehamilan tersebut normal atau mengalami komplikasi (dengan menyebutkan jenis komplikasinya). Selanjutnya, dokter perlu memberikan rekomendasi tindak lanjut, yang dapat berupa:

- 1) ANC dapat dilanjutkan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), atau
- 2) Konsultasi ke dokter spesialis, atau
- 3) Rujukan ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL).

Dalam kondisi khusus, seperti saat terjadi wabah penyakit tertentu, skrining awal wajib dilakukan sebelum pemeriksaan lanjutan.

2. Kunjungan Pada Trimester III

Pada kehamilan trimester 3, ibu hamil harus diperiksa dokter minimal sekali (kunjungan antenatal ke-5 dan usia kehamilan 32-36 minggu). Tujuan pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya faktor risiko pada persalinan dan perencanaan persalinan. Pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter tetap mengikuti pola anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan tindak lanjut:

a. Anamnesis dan Evaluasi Kesehatan kehamilan

- 1) Kondisi umum, keluhan
- 2) Riwayat kesehatan ibu sekarang, status imunisasi tetanus
- 3) Perencanaan persalinan (tempat persalinan, transportasi, calon pendonor darah, pembiayaan, pendamping persalinan, dll),
- 4) Pilihan rencana kontrasepsi, dll.

b. Pemeriksaan Fisik Umum

- 1) Keadaan umum, kesadaran, konjungtiva, sklera, kulit, leher, gigi mulut, THT, jantung, paru, perut, ekstremitas.
- 2) Berat badan dan tinggi badan.
- 3) Tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu tubuh, frekuensi nafas

c. Pemeriksaan terkait kehamilan : Leopold

d. Pemeriksaan Penunjang Pada Kehamilan

- 1) Pemeriksaan laboratorium: kadar hemoglobin darah, dan pemeriksaan penunjang lain sesuai indikasi
- 2) Pemeriksaan USG

e. Rencana konsultasi lanjut (ke bagian gizi, kebidanan, anak, penyakit dalam, THT, neurologi, psikiatri, dll)

f. Konseling

Pada akhir pemeriksaan dokter harus bisa menyimpulkan:

- 1) Status kehamilannya (GPA)
- 2) Tidak didapatkan penyulit pada kehamilan saat ini, atau

3) Didapatkan masalah kesehatan/komplikasi

Dokter juga harus memberikan rekomendasi :

- 1) Dapat melahirkan di FKTP (PONED/non PONED)
- 2) Rujuk untuk melahirkan di FKRTL
- 3) Konsultasi ke dokter spesialis untuk menentukan tempat persalinan

3.4.2 Layanan ANC oleh Tenaga Kesehatan yang Mempunyai Kompetensi klinis/Kebidanan selain Dokter

Jika pada kunjungan antenatal dengan dokter tidak ditemukan adanya faktor risiko maupun komplikasi, maka kunjungan antenatal berikutnya dapat dilanjutkan oleh tenaga kesehatan lain yang memiliki kompetensi klinis atau kebidanan, selain dokter. Kunjungan yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan non-dokter adalah Kunjungan ke-2 di trimester 1, Kunjungan ke-3 di trimester 2 dan Kunjungan ke-4 dan ke-6 di trimester 3. Pada setiap kontak dengan ibu hamil, tenaga kesehatan akan melakukan pemeriksaan antenatal, memberikan konseling, serta dukungan sosial. Adapun pemeriksaan antenatal dan konseling yang diberikan meliputi:

1. Anamnesis

- a. Kondisi umum, keluhan saat ini
- b. Tanda-tanda penting yang terkait masalah kehamilan: mual/muntah, demam, sakit kepala, perdarahan, sesak nafas, keputihan, dll
- c. Gerakan janin
- d. Riwayat kekerasan terhadap perempuan (KtP) selama kehamilan

- e. Perencanaan persalinan (tempat persalinan, transportasi, calon pendonor darah, pembiayaan, pendamping persalinan, dll)
- f. Pemantauan konsumsi tablet tambah darah
- g. Pola makan ibu hamil
- h. Pilihan rencana kontrasepsi, dll

2. Pemeriksaan Fisik Umum

- a. Pemantauan berat badan ibu hamil
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi: tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan frekuensi napas
- c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) terutama pada ibu hamil yang dicurigai mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK)

3. Pemeriksaan terkait Kehamilan

- a. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU) untuk menilai pertumbuhan janin
- b. Pemeriksaan Leopold untuk mengetahui posisi, letak, dan presentasi janin
- c. Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) untuk memantau kondisi janin

Tabel 3.2. Palpasi Abdomen dan Teknik Leopold I-IV

Teknik	Mekanisme	Tujuan
<p>Leopold I</p> 	<p>Anjurkan ibu agar berbaring dengan santai, kedua kaki ibu ditekuk. Pemeriksaan menghadap ke arah muka ibu, uterus diketengahkan terlebih dahulu, lalu ukur tinggi fundus uteri menggunakan perjarian dan raba bagian tubuh janin yang berada di daerah fundus uteri</p>	<p>Menentukan bagian janin yang terdapat di bagian fundus serta mengukur tinggi fundus</p>
<p>Leopold II</p>	<p>Kedua tangan pemeriksa</p>	<p>Menentukan</p>

Teknik	Mekanisme	Tujuan
	<p>bergeser ke batas samping kanan dan kiri ibu, lalu rabalah bagian janin yang terdapat pada sebelah kanan ibu, apakah terdapat tahanan yang lurus, keras, panjang serta mendatar seperti papan (punggung janin) ataukah teraba tonjolan-tonjolan kecil (ekstremitas janin)</p>	<p>bagian janin pada sisi kiri dan kanan ibu</p>
<p>Leopold III</p> 	<p>Tangan pemeriksa meraba bagian terendah janin yang terdapat di daerah pinggir symphysis, lalu goyangkan sedikit, jika masih dapat digoyangkan maka bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul. Jika tidak dapat digoyangkan maka bagian terendah janin sudah memasuki pintu atas panggul</p>	<p>Menentukan bagian terendah janin, serta apakah bagian terendah itu sudah memasuki pintu atas panggul atau belum</p>
<p>Leopold IV</p> 	<p>Memosisikan klien dengan kedua kaki diluruskan, pemeriksa menghadap kearah kaki klien Kedua tangan diletakan pada sisi bagian bawah rahim dan menilai seberapa jauh penurunannya</p>	<p>Menentukan seberapa jauh masuknya janin ke pintu atas panggul</p>

Sumber : (Kemenkes RI, 2020)

4. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan kadar hemoglobin untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil
Zat besi merupakan unsur penting dalam pembentukan hemoglobin pada sel darah merah. Kekurangan hemoglobin disebut anemia atau dapat membahayakan kesehatan ibu dan bayi seperti BBLR, perdarahan dan peningkatan risiko kematian. (Young *et al.*, 2019)
- b. Pemeriksaan glukosuria dan proteinuria

5. Pemberian Imunisasi Td sesuai hasil skrining

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, wanita usia subur (termasuk calon pengantin dan ibu hamil) diwajibkan mendapatkan imunisasi Td apabila hasil skrining status imunisasi menunjukkan belum mencapai status T5 saat kunjungan antenatal. Pemberian vaksin Td selama masa kehamilan terbukti efektif melindungi ibu dan janin dari risiko infeksi tetanus dan difteri. Kandungan antigen tetanus toksoid dalam vaksin berfungsi mencegah tetanus maternal pada ibu serta tetanus neonatorum pada bayi yang dilahirkan. Selain itu, imunisasi Td dinyatakan aman bagi kehamilan dan tidak menyebabkan kelainan bawaan (tidak bersifat teratogenik).

Tabel 3.3. Skrining Status T

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

Sumber : (Kemenkes RI, 2020)

Tabel 3.4. Penentuan Status Imunisasi T

Anamnesa	Satatus T	Pemberian Imunisasi Td
Belum pernah mendapat imunisasi yang mengandung T sama sekali	T0	Diberikan imunisasi pada kunjungan K1, kemudian diberikan kembali dengan interval minimal 4 minggu dan 6 bulan
Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T satu kali	T1	Diberikan imunisasi pada kunjungan K1, kemudian diberikan kembali dengan interval 6 bulan
Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T dua kali dengan interval minimal 4 minggu	T2	Diberikan imunisasi pada kunjungan K1
Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T tiga kali dengan interval minimal yang sesuai	T3	Diberikan imunisasi pada kunjungan K1
Pernah mendapat imunisasi yang mengandung T empat kali dengan interval yang sesuai	T4	Diberikan imunisasi pada kunjungan K1
Sudah mendapat imunisasi yang mengandung T sebanyak 5 kali dengan interval yang sesuai	T5	Tidak perlu diberikan imunisasi

Sumber : (Kemenkes RI, 2020)

6. Pemberian Tablet Fe dan Kalsium

- a. Ibu hamil rentan mengalami anemia karena peningkatan volume darah untuk mendukung janin dan plasenta. Hb terendah terjadi di trimester kedua dan meningkat di trimester ketiga. Anemia sedang hingga berat meningkatkan risiko komplikasi persalinan, kematian bayi, dan infeksi. Pencegahan dilakukan dengan pemberian minimal 90 tablet zat besi selama kehamilan, dimulai sedini mungkin hingga masa nifas.
- b. Pada daerah dengan intake kalsium yang rendah direkomendasikan pemberian suplementasi tablet kalsium pada ibu hamil sebesar 1.500 -2.000 mg secara oral dibagi dalam 3x pemberian per hari. Interaksi dapat terjadi antara suplemen besi dan kalsium. Oleh karena harus ada jarak pemberian selama beberapa jam. Pemberian tablet kalsium untuk mengurangi risiko preeklamsi.

7. Komunikasi, Informasi, Edukasi dan Konseling

- a. PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)
- b. Tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas
- c. Perencanaan persalinan & pencegahan komplikasi (P4K)
- d. Peran suami & keluarga
- e. Gizi seimbang
- f. KB pasca persalinan
- g. IMD & ASI eksklusif
- h. Stimulasi auditori & nutrisi brain booster untuk peningkatan intelegensia bayi selama kehamilan

8. Rujukan

Tenaga kesehatan harus melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap kondisi ibu hamil, Apabila hasil pemantauan dan evaluasi melewati garis batas grafik, ibu hamil harus dikonsultasikan ke dokter.

a. Indikasi merujuk ke dokter

1) Riwayat Kehamilan Terdahulu

- (1) Riwayat perdarahan pada kehamilan /persalinan/nifas
- (2) Riwayat hipertensi pada kehamilan/nifas
- (3) Riwayat IUFD/stillbirth
- (4) Riwayat kehamilan kembar
- (5) Riwayat keguguran > 3x berturut-turut
- (6) Riwayat kehamilan sungsang/letak lintang/letak oblik
- (7) Riwayat kematian janin/perinatal
- (8) Riwayat persalinan dengan SC, dll

2) Riwayat Medis

- (1) Riwayat penyakit tidak menular (jantung, hipertensi, diabetes mellitus, ginjal, alergi makanan/obat, autoimun, talasemia/gangguan hematologi lain, epilepsi, dll)
- (2) Riwayat penyakit menular (HIV, Sifilis/IMS lainnya, Hepatitis B, TB, malaria, tifoid, dll)
- (3) Riwayat masalah kejiwaan, dll

3) Riwayat Kehamilan Sekarang

- (1) Muntah berlebihan sampai tidak bisa makan dan minum
- (2) Perdarahan
- (3) Nyeri perut hebat
- (4) Pusing/sakit kepala berat
- (5) Demam lebih dari 2 hari
- (6) Keluar cairan berlebihan dan berbau dari vagina
- (7) Batuk lama lebih dari 2 minggu atau kontak erat/serumah dengan penderita tuberkulosis
- (8) Gerakan janin berkurang atau tidak terasa (mulai kehamilan 20 minggu)
- (9) Perubahan perilaku: gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mau mandi
- (10) Kekerasan fisik
- (11) Masalah gigi dan mulut: gigi berlubang, gusi bengkak atau mudah berdarah

DAFTAR PUSTAKA

- Ala, S.H., Husain, Samia and Husain, Saba (2021) 'Reasons for presenting to antenatal care clinics in a sample of Pakistani women and their knowledge of WHO antenatal care package', *European Journal of Midwifery*, 5, p. 43. Available at: <https://doi.org/10.18332/EJM/140794>.
- Heinonen, K. (2021) 'Strengthening Antenatal Care towards a Salutogenic Approach: A Meta-Ethnography', *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol. 18, Page 5168, 18(10), p. 5168. Available at: <https://doi.org/10.3390/IJERPH18105168>.
- Moller, A.B. *et al.* (2017) 'Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013', *The Lancet Global Health*, 5(10), pp. e977–e983. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30325-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30325-X).
- Prawirohardjo, S. (2010) *Ilmu Kandungan*, Yayasan Bina Pustaka. Available at: <https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as> (Accessed: 8 April 2025).
- Kemenkes RI. (2020) 'Pedoman pelayanan antenatal terpadu', *repository.binawan.ac.id* [Preprint]. Available at: <https://repository.binawan.ac.id/> (Accessed: 8 April 2025).
- Tunçalp, P.-R.J.L.T.B.M.B. (2017) 'WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience-going beyond survival', *researchgate.net* [Preprint]. Available at: <https://www.researchgate.net/> (Accessed: 8 April 2025).
- WHO (2016) 'WHO recommendations on antenatal care', *WHO Library Cataloguing*, p.172. Available at: <https://iris.who.int> (Accessed: 8 April 2025).
- Young, M.F. *et al.* (2019) 'Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis', *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1450(1), pp. 47–68. Available at: <https://doi.org/10.1111/NYAS.14093>.

BAB 4

EDUKASI KESEHATAN IBU HAMIL DAN KELUARGA

Oleh Farida

4.1 Pendahuluan

Kehamilan adalah hal yang paling membahagiakan bagi ibu yang merasakannya, kehamilan adalah suatu proses yang sangat ditunggu-tunggu oleh setiap istri, hamil, melahirkan dan menyusui adalah suatu proses yg menyenangkan bagi ibu yang menantikan kehamilan. Namun dari proses kehamilan ini adapula beberapa ibu yang merasakan ketidaknyamanan karena terjadinya suatu perubahan pada tubuh, salah satunya pembesaran pada perut, perubahan emosional, sakit pinggang, kram kaki, bengkak atau odem, dari ketidaknyamanan yang dirasakan oleh ibu hamil ini berakibat pada pola tidur ibu yang terganggu sehingga berpengaruh pada pertumbuhan janin dalam Rahim ibu.

Pada periode tumbang atau sering disebut tumbuh kembang anak tentunya akan dimulai saat anak berada dalam rahim seorang ibu dan diketahui pada umur 2 tahun. Ibu hamil yang hamil dan balita dibawah umur lima tahun cenderung mempunyai risiko tinggi mengidap defisiensi mikronutrien (MND). Diketahui bahwa setiap masalah pertumbuhan, menurunnya kecerdasan, masalah yang terjadi pada masa kehamilan, serta meningkatnya resiko morbiditas dan kematian. itulah sebabnya mengapa ibu yang sedang hamil sangat perlu diberikan edukasi diantaranya mengenai kesehatan selama hamil dan terkait tentang gizi, pola istirahat, persiapan persalinan sampe dengan edukasi terkait program KB, Pendidikan Kesehatan yang berbasis keluarga sehat jasmani tentunya bisa

meningkatkan kemauan mengubah perilaku yang sehat. Theory of Planned Behavior (TPB) menyebutkan bahwa tujuannya

yaitu merubah kebiasaan hidup sehat yang awalnya tidak sehat menjadi sehat tentunya.

Kegawatdaruratan yang terjadi didalam proses kehamilan dan persalinan awalnya akan sangat sulit didiagnosa. Sebenarnya dari AKI,dan kesakitan ibu,dapat dihindari tentunya dari kegiatan edukasi yang dilakukan oleh bidan dan tenaga medis lain tentunya saling bersinegri saling berkolaborasi dalam memperhatikan Kesehatan ibu hamil tentunya.

Untuk mengetahui kelainan secara dini sangat diperlukan pemberian informasi tepat waktu kepada masyarakat, kemudian ibu yang dalam preode reproduksi,tujuannya agar mereka bisa memutuskan suatu tindakan dan menjauhi serta mengurangi factor resiko tentunya bisa untuk bersiap- siap merespon secara cepat terkait kelaian/ komplikasi dan penyakit yang biasanya sering dirasakan oleh ibu saat proses hamil dan melahirkan(Rukiyyah A Y. Yulianti L, 2010)

Promosi Kesehatan atau yang sering disebut Edukasi kesehatan diketahui berperan penting khususnya meningkatkan kualitas hidup dimasyarakat, terkhususnya pada Kesehatan ibu hamil dan balita (Azrimaidaliza et al., 2017). Diketahui bahwa dilakukannya promosi Kesehatan selama kehamilan tentunya sangat baik untuk Kesehatan sikologis ibu.

Promosi Kesehatan yang dilaksanakan oleh tenaga Kesehatan khususnya bidan tentunya dapat berdampak positif bagi ibu ,tentunya dapat membentuk hubungan baik dengan janin didalam Rahim selain itu bisa mencukupi kebutuhan psikologis ibu hamil .ini semua dilandasi pada promosi kesehatan dan mendukung hubungan batin antara ibu dan janin yang dikandungnya dari beberapa rangkaian materi edukasi tentunya mampu membangun pola pikir ibu hamil dengan perkembangan janin serta respon janin terhadap stimulus yang diberikan oleh orang tuanya (Bellieni, Ceccarelli, Rossi, Buonocore, Maffei, Perrone & Petraglia, 2007).Begitu pentingnya Penyusluhan Kesehatan diberikan pada ibu hamil guna untuk menjaga Kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya.

4.2 Kegiatan Edukasi Ibu Hamil

Promosi Kesehatan atau edukasi Kesehatan pada ibu hamil adalah salah satu upaya yang diberikan untuk memberikan ataupun menambah pengetahuan serta dukungan untuk ibu hamil. Penyuluhan ini tentunya bisa dilaksanakan melalui kelas ibu hamil, penyuluhan, atau program lain. Kegiatan edukasi diantaranya adalah: **Kelas ibu hamil**, disini Ibu hamil mampu belajar Bersama-sama, berdiskusi, selain itu dapat berbagi pengalaman tentang kesehatan ibu dan anak, **Penyuluhan**, Ibu hamil dapat memperoleh pengetahuan terkait makanan yang baik untuk dikonsumsi, pencegahan stunting, dan macam-macam alat kontrasepsi (KB) setelah melahirkan. **Program Ibu Gemilang**, dalam Program ini tenaga Kesehatan memberikan edukasi dan dukungan kepada ibu hamil agar lebih semangat lagi dalam menjalani proses kehamilannya, dan selanjutnya adalah, **Gerakan Ibu Hamil Sehat**, diketahui Program ini menyelenggarakan kegiatan minum Tablet Tambah Darah (TTD) bersama, penyuluhan kesehatan, dan Prenatal Yoga. Penyuluhan Kesehatan ibu hamil yang dilaksanakan dengan menggunakan bermacam cara diantaranya adalah kelas ibu hamil yang biasanya dilaksanakan di posyandu, rumah, maupun dipolides, diskusi interaktif melalui media elektronik, yang saat ini banyak ditekuni oleh beberapa tenaga medis yang juga merupakan salah satu cara mudah diakses masyarakat khususnya ibu hamil, selain itu juga edukasi Kesehatan dapat dilakukan melalui plampet dan media lainnya. Manfaat yang diperoleh dari dilakukannya penyuluhan ini tidak lain yaitu dapat menambah informasi pengetahuan serta pemahaman khususnya ibu hamil tentunya agar mereka mampu menjaga kesehatan mereka dan janin dengan baik selama masa kehamilan sampai menyusui sehingga terhindar dari resiko kesakitan selama proses kehamilan. Adapun edukasi kesehatan ibu hamil yang dapat dilakukan bidan diantaranya adalah :

1. Pemeriksaan Kehamilan
2. Nutrisi yang dibutuhkan saat hamil
3. Komplikasi atau Tanda bahaya
4. Perubahan Tubuh Saat Hamil dan keluhan yang dirasakan

5. Ketidaknyaman pada kehamilan
6. Perawatan kesehatan ibu hamil
7. Persiapan persalinan
8. Perawatan bayi baru lahir
9. Posisi mengASI yang tepat
10. Pijat bayi
11. Kontrasepsi setelah persalinan

1. Pemeriksaan kehamilan

Antenatal Care (ANC) adalah salah satu askeb yang sangat penting dilakukan atau diberikan kepada ibu hamil, dan tidak diperbolehkan untuk tidak melakukan kunjungan ANC. ANC ini diberikan mulai saat hamil sampai dengan melahirkan. (Alwan, Ratnasari, & Suharti, 2018). Antenatal care sangat penting untuk diberikan pada ibu hamil walau terkadang masih banyak ibu hamil yang enggan untuk memeriksakan kehamilannya di bidan, posyandu dokter, sehingga tenaga Kesehatan kesulitan untuk mengetahui secara dini atau mendeteksi secara dini keluhan ataupun komplikasi yang dirasakan ibu, diketahui bahwa ibu yang hamil harus memiliki Kesehatan yang optimal agar janin yang mereka kandung tetap sehat. Ibu yang sehat saat hamil akan berdampak positif terhadap perkembangan janinnya.

ANC sebenarnya dilaksanakan guna untuk mendeteksi secara dini komplikasi-komplikasi yang bisa terjadi, tentunya Ketika ada komplikasi yang ditemukan dapat segera untuk di tangani agar tidak ada lagi bertambahnya kasus AKI. Ibu yang dinyatakan bahwa dirinya hamil sudah harus melakukan kunjungan ANC komprehensif sebanyak empat kali diantaranya satu kali ditrimester pertama (sebelum usia kehamilan empat belas minggu), minimal satu kali ditrimester kedua (14-28 minggu) selanjutnya minimal dua kali ditrimester ketiga (28-36 minggu kemudian setelah 36 minggu umur kehamilan) termasuk minimal satu kali kunjungan ANC sebisa mungkin harus diantar/didampingi oleh suami ataupun anggota keluarga. Betapa Pentingnya pemeriksaan ANC ini, sehingga

pada Kunjungan awal ANC disarankan pada umur kehamilan 8-12 minggu (Kemenkes, 2015).

ANC sebisa mungkin harus dilaksanakan ,karena bila seorang ibu hamil tidak melakukan kunjungan ANC akan cenderung memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang rutin melakukan kunjungan ANC,kunjungan ANC yang rutin mempunyai manfaat yang baik untuk ibu hamil salah satunya adalah mendeteksi secara dini komplikasi seperti anemia,abortus,KEK,daana lain sebagainya. (Nuzulul dkk, 2021)

2. Nutrisi yang dibutuhkan ibu hamil

Kekurangan gizi selama kehamilan memiliki efek jangka pendek dan jangka panjang pada kesehatan bayi dengan memprogram perkembangan bayi , dapat meningkatkan risiko penyakit tidak menular (Assembly & Initiative, 2010) dan tentunya sangat erat kaitannya dengan kelangsungan hidup ibu dan bayinya (Black et al., 2008). Apabila Ibu yang terdeteksi kekurangan gizi selama hamil akan lebih rentan terhadap penyakit, dan akan lebih banyak mengalami keguguran, dan juga melahirkan anak dengan kondisi berat badan kurang yang kelangsungan hidupnya terancam (Cheng et al., 2009). Dibawah ini merupakan hal-hal penting yang perlu diketahui oleh ibu hamil terkait gizi seimbang adalah :

- a. Konsumsi bermacam-macam Makan yang sehat
- b. Konsumsi makanan yang mengandung dapat mencukupi kebutuhan energi dalam tubuh.
- c. Konsumsi makanan yang mengandung cukup karbohidrat dan tidak terlalu banyak porsi untuk dikonsumsi
- d. Kurangi konsumsi lemak berlebihan
- e. Konsumsi garam bereyodium
- f. Konsumsi makanan yang mengandung zat besi
- g. Tetap berikan ASI bayi anda sampai dengan umur bayi 6 bulan
- h. Sarapan pagi tidak boleh dilewatkan

- i. Selalu mencukupi meminum air yang bersih, sebanyak 8 liter perhari
- j. Meluangkan waktu setiap pagi untuk berolahraga contohnya jalan pagi.
- k. Jauhi alcohol dan merokok
- l. Biasakan sebelumnya untuk membaca label makanan kemasan apabila akan dikonsumsi (Kementrian Kesehatan, 2022).

Selain itu terdapat tambahan hal penting yang harus diketahui yaitu:

- a. Mengonsumsi macam makanan
- b. Kurangi garam
- c. Per hari air putih 8 liter
- d. Kurangi konsumsi kopi dan alkohol (Kementrian Kesehatan, 2022).

Nutrisi penting pada ibu hamil menurut Kementerian Kesehatan (2022) yaitu :

- a. Folat dan Asam Folat *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG) menganjurkan kepada ibu untuk mengonsumsi 600-800 mikrogram folat selama kehamilan. Ibu hamil pastinya dapat memperoleh asupan folat yang terdapat pada makanan, contohnya seperti hati, kacang-kacangan, telur, sayuran berdaun hijau tua, serta kacang polong.
- b. Kalsium, pada ibu hamil juga membutuhkan 1000 miligram kalsium yang bisa dibagi dalam dua dosis 500 miligram per hari. Sumber kalsium yang bagus biasanya terkandung pada susu, yoghurt, keju, ikan dan seafood yang rendah merkuri, seperti ikan salmon, udang, dan ikan lele, tahu dan tempe yang mengandung kalsium dan sayuran berdaun hijau tua.
- c. Vitamin D, selain folat kalsium Ibu yang hamil juga perlu mengonsumsi cukup asupan vitamin D sekitar 600 unit internasional (IU) per hari.

- d. Selama proses kehamilan ibu hamil juga perlu mengkonsumsi protein sebab selama proses kehamilan kebutuhan protein dalam tubuh ibu hamil sangat meningkat dibandingkan dengan sebelum hamil, kisaran yang dibutuhkan dalam tubuh adalah 70 sampai dengan 100 gram protein setiap harinya, dan perlu juga disesuaikan dengan berat badan dan umur kehamilan ibu saat ini. Untuk mengetahui banyak atau sedikitnya protein yang akan di konsumsi ibu hamil perlu untuk dikonsultasikan terlebih dahulu dengan dokter kandungan, ahli gizi ataupun bidan.
- e. Selain protein yang harus dikonsumsi ibu hamil juga perlu mengkonsumsi Zat besi, Adapun banyaknya zat besi yang harus dikonsumsi ibu hamil adalah sekitar 27 miligram zat besi perhari. zat besi banyak terdapat pada makanan seperti daging merah tanpa lemak, brokoli, bayam, kerang, coklat hitam, kacang merah, dan tahu, jadi tidak ada alasan ibu, untuk tidak lagi mengkonsumsi zat besi dengan alasan karena tidak menyukai dengan satu makanan, karena beraneka ragam jenis makanan yang mengandung zat besi tergantung ibu hamil makanan mana yang digemari. Dibawah ini merupakan beberapa manfaat dari kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi zat gizi seimbang diantaranya adalah:
- 1) Kebutuhan zat gizi pada ibu hamil dapat terpenuhi.
 - 2) Tercapainya status gizi dengan baik.
 - 3) Proses kehamilan yang aman
 - 4) Terbentuk sel jaringan baru yang berguna untuk tumbuh kembang janin.
 - 5) Memudahkan jalan keluar setiap permasalahan yang ada selama proses kehamilan
 - 6) Ibu mempunyai banyak energi cukup untuk menyusui setelah kelahiran bayi (Fitriah dkk, 2018).

Dalam proses kehamilan dipastikan ibu selalu memeriksakan kehamilannya guna untuk mendeteksi Tanda bahaya pada kehamilan,serta persalinan dan nifas. Tanda Bahaya Kehamilan pada Trimester I (0 - 12 minggu) dibawah ini akan dijelaskan tanda bahaya pada kehamilan dianataranya yaitu:

- a. Pada kehamilan muda tanda bahaya yang terjadi adalah perdarahan,yang merupakan komplikasi terbanyak pada kehamilan saat usia kehamilan muda.
- b. Selain perdarahan tanda bahaya selanjutnya adalah abortus Abortus merupakan ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi yang terjadi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Ciri dari abortus yaitu kehamilan yg berumur kurang dari 20 minggu dan kondisi berat janin kurang dari berat normal yaitu hanya mencapai 500 gram.
- c. Mola Hidatidosa juga merupakan salah satu tanda bahaya dalam kehamilan yang dimana kehamilan tidak wajar dan tidak berkembang. Biasanya ibu merasakan tanda-tanda hamil akan tetapi Ketika dilakukan pemeriksaan tidak ditemukan janin dan hampir semua vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik.

Selain dari tanda-tanda bahaya trimester 1 adapun juga Tanda Bahaya pada Kehamilan Trimester dua antara umur kehamilan dari (13 - 26 minggu) diantaranya yaitu:

- a. Ibu hamil yang mengalami demam Tinggi, bisa terjadi karena disebabkan oleh adanya infeksi, dimana masuknya sel mikroorganisme pathogen didalam tubuh ibu hamil yang selanjutnya mengakibatkan tanda dan gejala suatu penyakit,yaitu demam tinggi pada ibu hamil.
- b. Tanda bahaya selanjutnya adalah Ketika ditemukan pada ibu hamil yang bayinya kurang bergerak,dimana kita ketahui bahwa normal pergerakan janin minimal 3 kali dalam satu jam,dan pergerakan janin dalam Rahim

yang dapat ibu rasakan pergerakannya sekitar umur kehamilan memasuki bulan ke-lima bahkan bulan keenam.

- c. Anemia pada ibu hamil dapat diketahui dari bagian Selaput Kelopak Mata yang berwarna Pucat, kadar HB dibawah batas normal, hal itu merupakan salah satu tanda bahaya kehamilan pada trimester II.

Pada kehamilan trimester III yaitu pada umur kehamilan 29-42 minggu terdapat Tanda Bahaya yang sering dialami oleh ibu hamil diantaranya adalah:

- a. Diketahui bahwa penyebab kematian ibu hamil diantaranya adalah perdarahan sebanyak 28% di saat umur kehamilan memasuki cukup bulan perdarahan yang tidak normal yaitu warna merah dan jumlahnya cukup banyak, dan parahnya Ketika terjadi perdarahan ibu tidak merasakan keluhan sama sekali seperti rasa nyeri.
- b. Sakit kepala, biasanya sering dirasakan oleh setiap orang, namun Ketika sakit kepala yang dirasakan oleh ibu hamil dengan nyeri hebat dan menetap hal itu merupakan sakit kepala yang cukup serius, apa dan tidak akan hilang nyeri kepala ini dengan hanya cukup beristirahat saja.
- c. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, yang terjadi pada ibu hamil, ini merupakan salah satu tanda bahaya yang terjadi saat umur kehamilan memasuki trimester ketiga yang dikenal dengan istilah preeklamsia pada kehamilan.
- d. Diketahui bahwa pergerakan janin yang intensitas pergerakannya kurang atau bahkan tidak ada sama sekali, ini merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan trimester 3, normal pergerakan janin paling kurang 3x dalam 1jam, dan pergerakan janin tersebut mulai ibu rasakan di umur kehamilan memasuki 5 bulan dan terkadang 6 bulan.

- e. Kejang biasanya terjadi pada anak yang demam tinggi, namun ternyata kejang juga biasanya terjadi pada ibu hamil yang umur kehamilan memasuki trimester akhir, ini merupakan penyebab kematian tertinggi pada ibu karena eklamsia dengan jumlah persentase 24%. Biasanya awal terjadinya kejang dimulai dari semakin menurunnya kondisi ibu yang menyebabkan terjadinya gejala seperti: muntah, sakit kepala, mual, dan penglihatan kabur

4.3 Manfaat Edukasi Kesehatan Ibu Hamil

Tingginya kasus angka kematian ibu di Indonesia hal inilah yang melatar belakangi tenaga Kesehatan khususnya bidan perlunya melakukan edukasi secara dini pada ibu sebelum bahkan ibu yang sedang hamil agar supaya ibu paham hal apa saja yg perlu dilakukan dan tidak Ketika ibu sedang hamil, selain itu tujuan dari kegiatan edukasi Kesehatan pada ibu hamil selanjutnya adalah untuk menambah pemahaman ibu hamil, dan mengubah kebiasaan buruk menjadi lebih baik lagi, selain itu tujuan diberikannya edukasi adalah agar ibu mengetahui bah nantinya Ketika hamil atau selama hamil akan terjadi perubahan di tubuh, serta keluhan -keluhan yang nantinya ibu hamil akan rasakan.

Dalam kondisi yang sakit keluarga berperan penting dalam membantu anggota keluarga yang dalam kondisi kurang sehat . lima tugas yang perlu anggota keluarga laksanakan yaitu semua keluarga, bisa mengenali Ketika masalah kesehatan yang terjadi di anggota keluarga, serta mampu memberikan keputusan tindakan apa yang baik untuk anggota keluarga Ketika mengalami masalah kesehatan, memberikan perawatan kesehatan pada anggota keluarga terutama membatasi diet serta minum obat teratur, memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan anggota keluarga serta menggunakan pelayanan kesehatan yang ada jika ada kegawatdaruratan didalam anggota keluarga (Harnilawati, 2013). Manfaat utama dilakukannya edukasi kesehatan untuk ibu hamil adalah untuk kesejahteraan bayi, itulah sebabnya edukasi ini perlu diberikan pada ibu hamil agar

bisa menjaga kehamilannya sejak awal hingga proses persalinan tentunya.

Menurut dr. Andi Sulaiman, seorang ahli kandungan, “dengan pengetahuan yang cukup, ibu hamil pastinya bisa secara cepat mengetahui tanda dan gejala yang tidak normal dan segera mendapatkan pertolongan tenaga medis yang diperlukan. Sehingga kondisi seperti ini bisa mengefesienkan risiko komplikasi yang tentunya bisa berdampak buruk pada kesehatan bayi. Menurut psikolog dr. Rina Ningsih, “persiapan mental dan emosional sangat penting untuk memastikan bahwa ibu hamil

dapat memberikan perawatan yang optimal bagi bayinya setelah lahir. Ibu hamil yang diberikan dukungan yang optimal dari suami serta keluarga, pastinya Ibu hamil tersebut tentunya dapat menjalani tantangan yang ada serta menjadi seorang ibu secara lebih tenang serta percaya diri. Bisa ditarik kesimpulan bahwasanya edukasi Kesehatan yang diberikan pada ibu hamil memiliki manfaat cukup besar bagi kesehatan janin didalam rahim ibu, dimana nantinya akan dilahirkan. Oleh sebab itu pentingnya ibu hamil mengikuti program edukasi Kesehatan. Pengetahuan yang cukup terkait perawatan kesehatan ibu serta bayi merupakan hal penting di tengah tantangan kesehatan yang sedang dihadapi oleh masyarakat (Siwi et al., 2023). Ini adalah hal yang merupakan sangat penting bagi tercapainya pertumbuhan serta perkembangan secara optimal (Fauziah et al., 2020). Perlu adanya upaya yang nyata untuk meningkatkan suatu pemahaman terkait masalah yang berkaitan dengan status kesehatan ibu hamil serta balita oleh sebab itu diketahui bahwasanya kondisi kesehatan ini tentunya dapat berdampak jangka panjang terhadap kesehatan masyarakat secara keseluruhan (Sumiyati et al., 2018; Nugroho et al., 2023). Manfaat dilakukannya kepada edukasi kesehatan ibu hamil

1. Menambah pemahaman ibu hamil terhadap perubahan dan keluhan yang terjadi dalam tubuh selama proses kehamilan
2. Dapat Membantu ibu untuk mengetahui dalam perawatan dalam kehamilan, dalam persalinan serta perawatan nifas dan cara menyusui yang benar.

3. Membantu ibu hamil dalam memahami KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, dan Akta kelahiran, pentingnya gizi untuk mencegah komplikasi kehamilan.
4. Membantu ibu hamil dalam membentuk hubungan dengan janin dan memenuhi kebutuhan psikologisnya
5. Membantu ibu hamil dalam memahami pentingnya imunisasi TT

DAFTAR PUSTAKA

- Alwan, L.I., Ratnasari, R. and Suharti, S. (2018) 'Asuhan Kebidanan Continuity Of Care Pada Ny M Masa Hamil Sampai Dengan Keluarga Berencana Di Bpm Muryati Sst. Keb Sukorejo Ponorogo', *Health Sciences Journal*, Asuhan Keb(2), pp. 104–123.
- Assembly, S. W. H., & Initiative, H. (2010) 'Infant and young child nutrition Report by the Secretariat. World Health, 371(April), 1–8.'
- Azrimaidaliza, A. *et al.* (2017) 'Promosi Makanan Sehat dan Bergizi Dalam Upaya Peningkatan Status Gizi Ibu Hamil', *Logista*, 1(2), pp. 67–74.
- Bellieni, C. V *et al.* (2007) 'Is prenatal bonding enhanced by prenatal education courses?', *Minerva ginecologica*, 59(2), pp. 125–130.
- Black, R.E. *et al.* (2008) 'Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences', *The lancet*, 371(9608), pp. 243–260.
- Cheng, Y. *et al.* (2009) 'Assessment of dietary intake among pregnant women in a rural area of western China', *BMC Public Health*, 9, pp. 1–9.
- Fauziah, F. *et al.* (2020) 'Upaya Meningkatkan Kesehatan Ibu Hamil Dan Janinnya Dengan Pendampingan Kelas Ibu Hamil Di Puskesmas Sidomulyo Samarinda', *Jurnal Abdimas Kesehatan Perintis*, 2(1), pp. 8–12.
- Fitriah (2018) 'Praktis Gizi Ibu Hamil. Malang : Media Nusa Creative'.
- Harnilawati (2013) *Konsep dan proses keperawatan keluarga*. Pustaka As Salam.
- Kementerian Kesehatan RI (2022) 'Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesia(SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. <https://www.litbang.kemkes.go.id/buku-saku-hasil-studi-status-giziindonesia-ssgi-tahun-2021/>.'
- Kementrian Kesehatan (2015) 'BUKU AJAR IMUNISASI. PUSAT PENDIDIKAN DAN PELATIHAN TENAGA KESEHATAN'.
- Nugroho, F.S. (2023) 'Pendidikan Dan Pelatihan Kesehatan Gizi

Anak Pada Ibu Dengan Balita Dan Kader Menuju Masyarakat Sadar Stunting', *IJECS: Indonesian Journal of Empowerment and Community Services*, 4(2), pp. 41–50.

Rahmi, N. *et al.* (2021) 'Pendidikan Kesehatan tentang pentingnya kunjungan Antenatal Care (ANC) sesuai standar selama Pandemi COVID 19 di wilayah kerja puskesmas IE Alang Kabupaten Aceh Besar', *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Bidang Kesehatan*, 3(2), pp. 78–82.

Rukiyah, A.Y. (2010) 'Asuhan Kebidanan IV (Patologi Kebidanan)'. Cv. Trans Info Media, Jakarta.

Siwi, R.P.Y. *et al.* (2023) 'Edukasi Nutrisi Ibu Hamil Untuk Tumbuh Kembang Optimal Bayi', *Jurnal Inovasi Dan Pengabdian Masyarakat Indonesia*, 2(3), pp. 19–22.

Sumiyati, S., Hastuti, P. and Widiastuti, A. (2018) 'Efektifitas penyuluhan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap ibu balita tentang TB paru pada anak di Kabupaten Banyumas', *LINK*, 14(1), pp. 7–13.

BAB 5

PERUBAHAN FISIOLOGIS DAN PSIKOLOGIS PADA IBU HAMIL

Oleh Ecih Winengsih

5.1 Pendahuluan

Kehamilan adalah proses alami yang dialami oleh perempuan sebagai bagian dari sistem reproduksi. Dalam proses ini, tubuh ibu mengalami perubahan yang kompleks, baik secara fisiologis maupun psikologis, yang berlangsung selama masa kehamilan hingga melahirkan. Perubahan yang terjadi merupakan adaptasi tubuh terhadap perkembangan janin di dalam rahim serta persiapan untuk proses persalinan dan menyusui. Meskipun merupakan proses alami, kehamilan sering kali menjadi periode yang penuh tantangan bagi perempuan, terutama jika perubahan-perubahan tersebut tidak dipahami dengan baik. (Cunningham, 2018b)

Perubahan fisiologis yang terjadi selama kehamilan melibatkan hampir seluruh sistem tubuh, termasuk sistem kardiovaskular, pernapasan, pencernaan, endokrin, muskuloskeletal, hingga kulit dan rambut. Salah satu perubahan utama adalah peningkatan volume darah untuk mencukupi kebutuhan janin dan plasenta, serta peningkatan aktivitas hormonal seperti estrogen dan progesteron yang dapat memengaruhi berbagai fungsi tubuh. Selain itu, pertumbuhan rahim yang semakin membesar turut memberikan dampak mekanis pada organ-organ di sekitarnya, sehingga ibu hamil sering mengalami keluhan seperti sesak napas, nyeri punggung, dan gangguan pencernaan. (Wenny, 2024)

Di sisi lain, perubahan psikologis pada ibu hamil juga tidak kalah pentingnya. Secara emosional, ibu hamil dapat mengalami fluktuasi suasana hati, mudah cemas, sensitif, bahkan mengalami stres dan depresi. Faktor-faktor penyebabnya sangat beragam,

mulai dari perubahan hormonal, kekhawatiran tentang kehamilan dan persalinan, hingga faktor sosial-ekonomi dan dukungan keluarga yang kurang memadai. Tanpa pemahaman dan penanganan yang baik, gangguan psikologis ini dapat berdampak negatif pada ibu dan janin, seperti risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, hingga gangguan perkembangan anak. (Wahyu Nuraisya, 2022)

Pemahaman mengenai perubahan fisiologis dan psikologis selama kehamilan sangat penting untuk memastikan ibu mendapatkan perawatan dan dukungan yang optimal. Tenaga kesehatan, terutama bidan dan dokter kandungan, perlu memiliki pengetahuan yang cukup untuk memberikan edukasi, deteksi dini, dan intervensi yang sesuai. Di samping itu, dukungan dari keluarga, khususnya pasangan, juga berperan besar dalam menjaga kesehatan mental ibu selama kehamilan.

5.2 Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil

Perubahan fisiologis pada ibu hamil adalah serangkaian adaptasi alami yang terjadi pada tubuh wanita selama kehamilan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin, persiapan persalinan, serta proses menyusui. Perubahan ini melibatkan hampir seluruh sistem tubuh, termasuk sistem kardiovaskular, respirasi, endokrin, reproduksi, urinaria, gastrointestinal, dan muskuloskeletal. Perubahan tersebut bersifat normal dan terjadi secara bertahap seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. Tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan metabolik ibu dan janin, meningkatkan kapasitas tubuh dalam menghadapi kehamilan, serta menciptakan lingkungan intrauterin yang optimal bagi perkembangan janin. (Guyton, 2021a) Perubahan fisiologis pada ibu hamil diantaranya:

5.2.1 Sistem Reproduksi

Perubahan fisiologis pada sistem reproduksi ibu hamil merupakan adaptasi tubuh wanita terhadap kehamilan, yang bertujuan mendukung pertumbuhan janin, mempersiapkan proses persalinan, dan menyusui. Perubahan ini terutama terjadi pada uterus, serviks, vagina, ovarium, dan payudara.

1. Uterus

- a. Ukuran dan berat uterus meningkat signifikan, dari ± 50 gram pada wanita tidak hamil menjadi sekitar 1000 gram pada akhir kehamilan.
- b. Hiperplasia dan hipertrofi sel otot polos terjadi akibat stimulasi hormon estrogen dan progesteron.
- c. Peningkatan vaskularisasi, terutama pada arteri uterina, untuk mendukung suplai darah ke janin.
- d. Kontraksi ringan (Braxton Hicks) mulai terasa pada trimester kedua sebagai persiapan persalinan.

2. Serviks

- a. Mengalami pelunakan (tanda Goodell) dan perubahan warna menjadi kebiruan (tanda Chadwick) akibat peningkatan aliran darah.
- b. Produksi mukus serviks meningkat, membentuk mucous plug (lendir sumbat) yang berfungsi melindungi rahim dari infeksi.

3. Vagina dan Vulva

- a. Peningkatan vaskularisasi dan elastisitas membuat dinding vagina lebih tebal dan lunak.
- b. Peningkatan sekresi vagina (leukorrhea gravidarum), berwarna putih susu dan tidak berbau.
- c. Terjadi penurunan pH vagina (lebih asam) untuk melindungi dari infeksi, namun meningkatkan risiko infeksi jamur.

4. Ovarium

Aktivitas ovulasi berhenti karena adanya hormon hCG, yang mempertahankan korpus luteum selama awal kehamilan hingga plasenta terbentuk sempurna.

5. Payudara

- a. Terjadi hipertrofi dan hiperplasia kelenjar susu.
- b. Areola membesar dan menggelap, munculnya tuberkel Montgomery (kelenjar sebacea).
- c. Produksi kolostrum (cairan awal ASI) dapat dimulai sejak trimester kedua. (Moore, 2020)

5.2.2 Sistem Respirasi

Perubahan sistem respirasi pada ibu hamil adalah penyesuaian fisiologis yang terjadi sebagai respon terhadap meningkatnya kebutuhan metabolik dan oksigenasi selama kehamilan. Adaptasi ini memungkinkan suplai oksigen yang optimal bagi ibu dan janin serta pengeluaran karbon dioksida dari janin melalui plasenta.

1. Perubahan Anatomis
 - a. Diafragma terangkat ± 4 cm akibat pembesaran uterus, yang mendorong organ intraabdominal ke atas.
 - b. Diameter anterior-posterior thoraks meningkat sekitar 2 cm, menyebabkan "barrel chest".
 - c. Dada menjadi lebih lebar, membantu meningkatkan kapasitas ventilasi.
2. Perubahan Fungsional
 - a. Volume tidal meningkat $\pm 30-40\%$ (jumlah udara yang masuk dan keluar saat bernapas biasa).
 - b. Ventilasi menit meningkat hingga 40%, karena napas menjadi lebih dalam dan cepat.
 - c. Peningkatan konsumsi oksigen hingga 20-30% akibat kebutuhan metabolik yang meningkat.
 - d. Penurunan kadar CO_2 arteri (hipokapnia fisiologis), yang membantu mengalirkan CO_2 dari janin ke ibu.
3. Perubahan Gas Darah
Terjadi alkalosis respiratorik ringan karena hiperventilasi. pH darah sedikit meningkat, tetapi tetap dalam kisaran normal karena kompensasi ginjal.
4. Gejala Klinis
Ibu hamil sering mengeluh sesak napas ringan (dyspnea fisiologis) terutama di trimester kedua dan ketiga, namun ini normal dan tidak berbahaya jika tidak disertai gejala lain. (Cunningham, 2018a)

5.2.3 Sistem Respirasi

Perubahan sistem kardiovaskular pada ibu hamil merupakan bentuk adaptasi tubuh terhadap peningkatan kebutuhan metabolik ibu dan janin. Perubahan ini terjadi untuk

memastikan distribusi oksigen dan nutrisi yang adekuat, serta mempersiapkan tubuh untuk proses persalinan dan masa nifas.
Perubahan-perubahan Kardiovaskular

1. Volume Darah

- a. Volume plasma meningkat sekitar 40–50% mulai trimester pertama dan memuncak pada trimester ketiga.
- b. Volume sel darah merah juga meningkat, tapi tidak sebanding dengan volume plasma → menyebabkan anemia fisiologis kehamilan (hemodilusi).

2. Curah Jantung (*Cardiac Output*)

- a. Curah jantung meningkat hingga 30–50%.
- b. Peningkatan ini disebabkan oleh peningkatan volume sekuncup (stroke volume) dan frekuensi denyut jantung.
- c. Memuncak pada usia kehamilan 20–24 minggu, lalu tetap tinggi hingga persalinan.

3. Frekuensi Nadi

- a. Frekuensi jantung ibu meningkat 10–20 denyut per menit dibandingkan kondisi tidak hamil.
- b. Mulai meningkat sejak trimester pertama.

4. Tekanan Darah

- a. Tekanan darah sistolik dan diastolik menurun pada trimester pertama dan kedua karena vasodilatasi perifer akibat hormon progesteron.
- b. Akan naik kembali mendekati nilai awal pada trimester ketiga.

5. Perubahan Vaskular

- a. Resistensi vaskular sistemik menurun karena vasodilatasi dan perkembangan sirkulasi uteroplasenta.
- b. Risiko varises dan edema meningkat karena tekanan uterus yang membesar menghambat aliran balik vena dari tungkai bawah.

6. Posisi Tubuh

Saat posisi terlentang (supine), uterus yang membesar dapat menekan vena kava inferior, menyebabkan hipotensi supin (supine hypotension syndrome) → ibu bisa merasa pusing, mual, atau pingsan. (Lowdermilk, 2022)

5.2.4 Sistem Gestasional

1. Mual dan muntah (morning sickness), terutama trimester pertama.
2. Konstipasi karena pergerakan usus yang melambat akibat progesteron.
3. Refluks asam lambung karena relaksasi sfingter esofagus bawah

5.2.5 Sistem Urinaria

1. Perubahan Anatomi Ginjal dan Saluran Kemih
 - a. Ginjal: Panjang ginjal meningkat sekitar 1–1,5 cm akibat peningkatan aliran darah dan volume cairan interstisial.
 - b. Pelvis ginjal dan ureter: Mengalami dilatasi (pelebaran) karena kompresi mekanik dari rahim yang membesar dan efek relaksasi otot polos akibat hormon progesteron.
 - c. Kandung kemih: Meningkatkan kapasitasnya hingga sekitar 1000 ml pada trimester kedua dan ketiga, meskipun sering tertekan oleh rahim yang membesar.
2. Perubahan Fungsi Ginjal
 - a. Laju filtrasi glomerulus (GFR): Meningkatkan sekitar 40–65% dibandingkan sebelum kehamilan, sebagai respons terhadap peningkatan volume darah dan kebutuhan metabolik.
 - b. Aliran plasma ginjal: Meningkatkan signifikan, yang berkontribusi pada peningkatan GFR.
 - c. Kadar kreatinin serum: Menurun karena peningkatan GFR, meskipun fungsi ginjal tetap normal.
3. Perubahan Sistem Saluran Kemih Bawah
 - a. Uretra dan kandung kemih: Mengalami perubahan posisi dan peningkatan volume urin yang ditampung, yang dapat menyebabkan peningkatan frekuensi buang air kecil dan urgensi.
 - b. Tonus otot polos: Menurun akibat pengaruh hormon kehamilan, yang dapat mempengaruhi fungsi normal saluran kemih. (Baylis, 2024)

5.2.6 Sistem Muskuloskeletal

1. Perubahan Anatomi dan Postur

- a. Peningkatan beban tubuh: Pertambahan berat badan ibu hamil menyebabkan perubahan distribusi beban pada sistem muskuloskeletal, terutama pada tulang belakang dan sendi panggul.
- b. Perubahan postur tubuh: Untuk mengimbangi peningkatan berat di bagian depan tubuh, ibu hamil cenderung mengalami perubahan postur, seperti peningkatan lengkungan pada tulang belakang bagian bawah (lordosis) dan perubahan gaya berjalan.
- c. Perubahan pusat gravitasi: Pembesaran rahim menyebabkan pergeseran pusat gravitasi tubuh ke depan, yang dapat mempengaruhi keseimbangan dan koordinasi tubuh.

2. Perubahan pada Sendi dan Ligamen

- a. Relaksasi ligamen: Peningkatan kadar hormon progesteron dan relaxin menyebabkan pelunakan dan peningkatan kelenturan ligamen, terutama pada sendi panggul, untuk mempersiapkan proses persalinan.
- b. Peningkatan mobilitas sendi: Mobilitas sendi, terutama pada sendi sakroiliaka dan simfisis pubis, meningkat sebagai adaptasi terhadap perubahan postur dan beban tubuh.

3. Nyeri Muskuloskeletal

- a. Nyeri punggung bawah: Perubahan postur dan peningkatan beban pada tulang belakang dapat menyebabkan nyeri punggung bawah, yang merupakan keluhan umum pada ibu hamil.
- b. Nyeri panggul: Relaksasi dan peningkatan mobilitas sendi panggul dapat menyebabkan nyeri pada area panggul, terutama pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. (Christensen, 2024)

5.2.7 Sistem Integumen

1. Hiperpigmentasi

- a. Linea nigra: Garis vertikal kehitaman yang muncul di perut dari pusar ke arah bawah.

- b. Melasma (klosma): Bercak-bercak gelap di wajah, terutama di pipi, dahi, dan atas bibir (disebut juga “mask of pregnancy”).
 - c. Areola mammae: Menjadi lebih gelap dan membesar.
 - ➔ *Penyebab*: Peningkatan hormon melanocyte-stimulating hormone (MSH), estrogen, dan progesteron.
2. Striae Gravidarum (Stretch Marks)
- a. Garis-garis merah atau ungu yang muncul di kulit perut, payudara, bokong, atau paha akibat peregangan kulit secara cepat.
 - b. Seiring waktu, warnanya memudar menjadi putih atau keperakan.
- ➔ *Faktor risiko*: Kehamilan pertama, riwayat keluarga, peningkatan berat badan berlebih.
3. Vaskularisasi Kulit
- a. Spider angioma: Pembuluh darah kecil menyerupai jaring laba-laba, biasanya di wajah dan dada.
 - b. Palmar erythema: Telapak tangan kemerahan.
 - c. Varises: Terutama di kaki dan area genital, akibat peningkatan volume darah dan tekanan dari rahim.
4. Perubahan Keringat dan Minyak
- a. Aktivitas kelenjar keringat dan sebacea meningkat.
 - b. Ibu hamil cenderung lebih mudah berkeringat.
 - c. Bisa timbul jerawat (acne) atau kulit berminyak.
5. Perubahan Rambut dan Kuku
- a. Rambut: Mungkin tumbuh lebih cepat selama hamil, tetapi rontok berlebih (efluvium) bisa terjadi setelah melahirkan.
 - b. Kuku: Bisa tumbuh lebih cepat atau lebih rapuh. (Cunningham, 2022)

5.2.8 Sistem Endokrin

1. Plasenta sebagai Organ Endokrin Baru

- a. Plasenta berfungsi memproduksi hormon-hormon penting seperti:
 - 1) *Human Chorionic Gonadotropin* (hCG) → Mempertahankan korpus luteum selama awal kehamilan agar tetap memproduksi progesteron. Puncaknya terjadi di minggu ke-8-10.

- 2) Estrogen (estriol dominan) → Meningkatkan aliran darah ke uterus, merangsang pertumbuhan payudara dan rahim, serta mempersiapkan untuk persalinan.
- 3) Progesteron
 - Mengendurkan otot polos (mencegah kontraksi rahim dini), meningkatkan suhu basal tubuh, dan menyiapkan endometrium.
- 4) *Human Placental Lactogen* (hPL) → Meningkatkan resistensi insulin ibu → meningkatkan ketersediaan glukosa untuk janin.
- 5) Relaxin
 - Melonggarkan ligamen pelvis dan serviks menjelang persalinan.

2. Hipofisis (Kelenjar Pituitari)

- a. Prolaktin meningkat hingga 10x → untuk persiapan produksi ASI.
- b. ACTH (*Adrenocorticotropic Hormone*) meningkat → menstimulasi kelenjar adrenal.
- c. Penurunan FSH dan LH karena adanya umpan balik negatif dari estrogen dan progesteron.

3. Tiroid

- a. Pembesaran ringan kelenjar tiroid secara fisiologis sering terjadi.
- b. Peningkatan T3 dan T4 bebas karena stimulasi dari hCG (mirip struktur dengan TSH).
- c. TSH awalnya menurun, tapi kemudian meningkat normal kembali di trimester kedua dan ketiga.

4. Pankreas

- a. Terjadi resistensi insulin fisiologis karena hPL → memicu peningkatan produksi insulin.
- b. Risiko terjadinya diabetes gestasional pada ibu yang tidak mampu mengompensasi kebutuhan insulin ini.

5. Kelenjar Adrenal

- a. Kortisol meningkat 2–3 kali lipat (berperan dalam metabolisme dan pertumbuhan janin).

- b. Aldosteron juga meningkat → mempertahankan volume darah dan tekanan darah selama kehamilan. (Guyton, 2021a), (Prasetyowati, 2023).

5.3 Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil

Perubahan psikologis pada ibu hamil merupakan bagian penting dari adaptasi selama kehamilan. Seiring perubahan fisik dan hormonal, ibu juga mengalami perubahan mental dan emosional yang bervariasi tergantung trimester, pengalaman sebelumnya, dukungan sosial, dan kondisi kehamilan itu sendiri.

5.3.1 Trimester I (0–13 minggu)

1. Cemas dan takut terhadap perubahan fisik, kesehatan janin, atau potensi keguguran.
2. Mood swing: Perubahan suasana hati akibat fluktuasi hormon estrogen dan progesteron.
3. Ambivalensi: Campuran antara senang dan khawatir terhadap kehamilan, terutama jika kehamilan tidak direncanakan.

5.3.2 Trimester II (14–27 minggu)

1. Mulai merasa lebih stabil emosional dan menerima kehamilan.
2. Muncul ikatan emosional dengan janin, apalagi saat mulai merasakan gerakan bayi.
3. Rasa percaya diri meningkat karena tubuh mulai menyesuaikan dan mual berkurang.

5.3.3 Trimester III (28–40 minggu)

1. Kecemasan meningkat menjelang persalinan: takut akan nyeri, keselamatan bayi, atau komplikasi.
2. Masalah tidur dan kelelahan bisa memperburuk kondisi emosional.
3. Meningkatnya ketergantungan pada pasangan atau keluarga, serta kebutuhan akan dukungan moral dan fisik.

5.3.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perubahan Psikologis:

1. Riwayat kesehatan mental sebelumnya
2. Status kehamilan (dikehendaki/tidak, risiko tinggi/tidak)
3. Kondisi sosial dan ekonomi
4. Dukungan dari pasangan/keluarga
5. Informasi dan kesiapan menghadapi peran baru sebagai ibu

5.3.5 Dampak Psikologis yang Mungkin Terjadi

1. *Baby blues*: Perasaan sedih dan mudah menangis pasca-persalinan, umumnya berlangsung singkat.
2. Depresi antenatal/postnatal: Jika cemas dan sedih berlarut, bisa berkembang jadi depresi yang memerlukan intervensi.
3. Gangguan kecemasan: Seperti panic attack atau kecemasan berlebih terhadap kehamilan/persalinan. (Prasetyorini, 2018), (Guyton, 2021b)

DAFTAR PUSTAKA

- Baylis (2024) 'Natural Physiological Changes During Pregnancy', *PubMed Central*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10964813/>, 2(2).
- Christensen (2024) 'Renal Physiology of Pregnancy', *PubMed Central*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4089195/>, 1(1).
- Cunningham (2018a) 'Normal Respiratory Physiology in Pregnancy. In Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies', *Elsevier* [Preprint].
- Cunningham (2018b) 'Williams Obstetrics (25th ed.)', *New York: McGraw-Hill Education* [Preprint].
- Cunningham (2022) *Williams Obstetrics (26th ed.)*. McGraw-Hill.
- Guyton (2021a) *Textbook of Medical Physiology (14th ed.)*. Elsevier.
- Guyton (2021b) *Textbook of Medical Physiology (14th ed.)*. Elsevier.
- Lowdermilk (2022) 'Maternity and Women's Health Care (12th ed.)', *Elsevier* [Preprint].
- Moore (2020) *Before We Are Born: Essentials of Embryology and Birth Defects (10th ed.)*. Elsevier.
- Prasetyorini, H. (2018) 'Pengaruh Pijat Perineum Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Trimester III Di Puskesmas Manyaran', *Jurnal Ilmu Keperawatan Maternitas*, 1(1), pp. 26–30.
- Prasetyowati (2023) 'Perubahan Sistem Endokrin Selama Kehamilan', *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 14(2), pp. 55–62.
- Wahyu Nuraisya (2022) *Buku Ajar Teori dan Praktik Kebidanan Dalam Asuhan Kehamilan Disertai Daftar Tilik*. Yogyakarta: Deepublish.
- Wenny (2024) *Perubahan Psikofisiologi pada Ibu Hamil Trimester 3*.

BAB 6

PERSIAPAN PERSALINAN DAN PROSES PERSALINAN

Oleh Rionitara Wikarya

6.1 Pengertian

Persalinan merupakan kejadian fisiologi yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial dimana ibu dan keluarga menantikan selama 9 bulan. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah untuk melahirkan bayinya. Peran petugas Kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi adanya komplikasi, disamping itu Bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir (Wijayanti et al. 2023).

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan adalah pengeluaran janin yang cukup bulan, beserta plasenta dan selaputnya melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Wahyuni et al. 2023; Nasution & Purwanti 2024).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan yaitu sekitar 37-42 minggu dan lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18-24 jam tanpa komplikasi. Persalinan adalah perlakuan oleh rahim ketika bayi akan dikeluarkan. Bahwa selama persalinan, rahim akan berkontraksi dan mendorong bayi sampai ke leher Rahim, sehingga dorongan ini

menyebabkan leher rahim mencapai pembukaan lengkap, kontraksi dan dorongan ibu akan menggerakkan bayi ke bawah. Persalinan normal ditandai oleh adanya aktifitas miometrium yang paling lama dan besar kemudian melemah kearah serviks. Dimana fundus mengalami perubahan organ yang lunak selama kehamilan menjadi berkontraksi sehingga dapat mendorong janin keluar melalui jalan lahir (Lilis et al. 2023)

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan ayahnya. Sangat penting diingat bahwa persalinan merupakan proses yang normal dan kejadian sehat. Namun, potensi terjadinya komplikasi yang mengancam nyawa selalu ada sehingga bidan harus melakukan observasi dan pemantauan ketat pada ibu selama proses persalinan. Dukungan dari keluarga dan suami dapat membantu ibu merasa aman, nyaman dalam menghadapi persalinan (Wijayanti et al. 2023)

6.2 Teori terjadinya persalinan

Terdapat dua hormon yang dominan disaat kehamilan, yaitu estrogen dan progesterone, estrogen Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis. Progesterone Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanik, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Pada kehamilan, kedua hormon tersebut berada dalam keadaan yang seimbang sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh *hipose parst posterior* dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk *Braxton Hicks* (Fitriahadi & Utami 2019).

Terdapat beberapa teori yang memungkinkan terjadinya persalinan (Fitriahadi & Utami 2019; Wijayanti et al. 2022; Nasution & Purwanti 2024), yaitu :

6.2.1 Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenter* sehingga plasenta mengalami degenerasi.

6.2.2 Teori penurunan progesteron

Vili korialis mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesterone menurun. Menurunnya kadar kedua hormone ini terjadi kira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai. Selanjutnya otot Rahim menjadi sensitive terhadap oksitosin. Penurunan kadar progesterone pada tingkat tertentu menyebabkan otot Rahim mulai kontraksi.

6.2.3 Teori oksitosis internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipose parst posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *braxton hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai.

6.2.4 Teori menuanya plasenta

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone sehingga timbul kontraksi Rahim.

6.2.5 Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu penyebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang

diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan.

6.2.6 Teori berkurangnya nutrisi janin

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hippokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka konsepsi akan segera dikeluarkan.

6.2.7 Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi anensephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin (1973). Malpar tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci menjadi lebih lama. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi persalinan. Dari beberapa percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

6.2.8 Fetal endocrinecontrol theory

Teori ini mengemukakan bahwa saat fetus telah mencapai usia aterm, system endokrin pada fetus seperti kelenjar adrenal mensekresikan hormone corticosteroid yang diduga merangsang disekresinya hormone prostaglandin yang menstimulasi terjadinya persalinan.

6.3 Persiapan dan Kesiapan Persalinan

Persiapan persalinan merupakan bagian terpenting dari proses persalinan yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan optimal menjelang persalinan dan segera dapat memberikan laktasi (Sitepu et al. 2024)

Persiapan persalinan adalah rencana tindakan yang dibuta oleh ibu, anggota keluarga dan bidan. Rencana ini tidak harus dalam

bentuk tertulis dan biasanya memang tidak tertulis. Rencana ini lebih hanya sekedar diskusi untuk memastikan bahwa ibu menerima asuhan yang ia perlukan. Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Mintaningtyas, Isnaini & Lestari 2023).

Persiapan persalinan adalah segala sesuatu yang disiapkan dalam hal menyambut kelahiran anak oleh ibu hamil. Persiapan melahirkan atau bersalin menurut Depkes adalah :

1. Mengetahui tanggal perkiraan persalinan
2. Suami dan keluarga mendampingi ibu hamil saat bersalin
3. Siapkan tabungan untuk biaya persalinan
4. Suami, keluarga dan masyarakat menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan
5. Merencanakan melahirkan diitolong oleh bidan atau dokter di fasilitas pelayanan Kesehatan
6. Menyiapkan orang yang bersedia menjadi donor darah jika sewaktu-waktu diperlukan dengan golongan darah yang sama dengan ibu hamil
7. Membuat rencana pembuatan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan. Hal ini meliputi siapa pembuat keputusan utama dalam keluarga dan siapa yang akan membuat keputusan jika pembuat keputusan utama tidak ada saat terjadi kegawatdaruratan (Pratiwi et al. 2024).

Berikut beberapa persiapan persalinan, baik bagi ibu maupun bagi bidan (tenaga Kesehatan) (Yulizawati et al. 2019; Wijayanti et al. 2022; Mintaningtyas et al. 2023; Pratiwi et al. 2024), yaitu :

6.3.1 Persiapan bagi ibu

1. Pemilihan metode persalinan.

Dalam hal ini penting adanya komunikasi antara dokter atau bidan dan pasangan suami-istri. Sesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan. Pertimbangkan juga segi resiko

dan efek yang terjadi setelahnya. Misalnya dengan melahirkan normal, operasi caesar maupun waterbirth.

2. Tempat melahirkan

Pemilihan tempat persalinan ditentukan oleh nilai risiko kehamilan dan jenis persaliann yang direncanakan. Persalinan risiko rendah dapat dilakukan di puskesmas, polindes atau rumah bersalin. Sedangkan persalinan risiko tinggi harus dilakukan di rumah sakit yang memiliki fasilitas kamar operasi, tranfusi darah dan perawatan bayi risiko tinggi.

Tempat melahirkan hendaknya disesuaikan dengan jarak tempuh dari rumah untuk memperkirakan waktu sampai ke rumah sakit atau PMB. Perhatikan kepadatan lalu lintas pada jam jam tertentu sehingga dapat mempersiapkan jalur alternatif untuk sampai ke rumah sakit atau PMB tersebut.

3. Tenaga medis penolong persalinan

Dokter kandungan maupun bidan yang sekiranya akan menangani proses persalinan sebaiknya ditentukan dari jauh-jauh hari. Ada baiknya menciptakan kesinambungan antara tenaga medis yang memantau kehamilan ibu sedari awal, sehingga dapat tahu betul perihal perkembangan ibu dan janin.

4. Kesiapan fisik ibu

Kesiapan fisik berkaitan dengan masalah kondisi kesehatan ibu, dimana ibu perlu menyiapkan kondisi fisik sebelum hamil. Ibu memahami berupa adanya perubahan fisiologi sebelum terjadi persalinan kira-kira 2 minggu, dimana ibu akan lebih mudah bernafas karena fundus uteri agak menurun berhubung kepala janin mulai masuk ke dalam pintu atas pinggul (PAP), Ibu akan sering buang air kecil (BAK) karena turunnya kepala janin ke dalam PAP yang menekan vesika urinaria serta ibu merasakan adanya gambaran his palsu yaitu kadang-kadang perut mengejang. Status gizi yang diperoleh ibu hamil merupakan asupan gizi seimbang yang cukup sesuai dengan kebutuhan dan tidak menderita penyakit infeksi maupun penyakit kronis lainnya yang dapat berpengaruh pada kondisi tubuh lainnya pada ibu

hamil, sehingga saat hamil seorang ibu lebih banyak daripada sebelum hamil. Kesiapan fisik lain yang perlu diperhatikan adalah dengan melakukan olahraga misalnya senam hamil, karena seorang ibu hamil memerlukan fisik yang fit untuk melahirkan. Kondisi fit ini ada hubungannya juga dengan ada atau tidaknya penyakit berat yang diidap oleh calon ibu. Jika ditemukan riwayat darah tinggi atau asma berat, misalnya, berarti tidak bisa dilakukan persalinan normal. Sehingga sejak awal kehamilan, sudah harus direncanakan kelahiran dengan operasi. Fungsi utama senam hamil untuk membantu kelancaran proses persalinan, gerakangerakan pada senam hamil juga berfungsi untuk menghindari posisi bayi sungsang. Adapun upaya untuk mendukung kesiapan fisik ibu hamil, pemerintah menerapkan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) adalah suatu kegiatan dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi yang mungkin terjadi, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan guna meningkatkan cakupandan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir. Hasil yang diharapkan dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yaitu mendapat pelayanan antenatal sesuai standar, ibu hamil dan keluarga mempunyai rencana persalinan termasuk KB, mendapat pertolongan persalinan sesuai standar, mendapat pelayanan nifas sesuai standar, keluarga dapat menyiapkan biaya persalinan, kebersihan dan Kesehatan lingkungan (sosial-budaya) ibu mendapat pelayanan kontrasepsi pasca persalinan dan adanya Kerjasama antara petugas pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan persalinan ibu. Adapun kegiatan dalam program P4K ini meliputi pemeriksaan antenatal care, penyuluhan dan konseling KIA serta pencatatan pada buku KIA.

5. Persiapan psikologis ibu

Menghindari kepanikan dan ketakutan, menyiapkan diri mengingat bahwa setelah semua ini ibu akan mendapatkan buah hati yang didambakan. Menyimpan tenaga untuk melahirkan, tenaga akan terkuras jika berteriak-teriak dan bersikap gelisah. Dengan bersikap tenang, ibu dapat melalui saat persalinan dengan baik dan lebih siap. Dukungan dari orang-orang terdekat, perhatian dan kasih sayang tentu akan membantu memberikan semangat untuk ibu yang akan melahirkan.

Ibu primigravida umumnya belum mempunyai bayangan mengenai kejadian-kejadian yang akan dialami pada akhir kehamilannya saat persalinan terjadi. Salah satu yang harus dipersiapkan ibu menjelang persalinan yaitu hindari kepanikan dan ketakutan dan bersikap tenang, dimana ibu hamil dapat melalui saat-saat persalinan dengan baik dan lebih siap serta meminta dukungan dari orang-orang terdekat, perhatian dan kasih sayang tentu akan membantu memberikan semangat untuk ibu yang akan melahirkan. Keluarga baik dari orang tua maupun suami merupakan bagian terdekat bagi calon ibu yang dapat memberikan pertimbangan serta bantuan sehingga bagi ibu yang akan melahirkan merupakan motivasi tersendiri sehingga lebih tabah dan lebih siap dalam menghadapi persalinan. Dukungan dari suami dan keluarga untuk membantu pemahaman seorang ibu hamil mendapat pengalaman sehingga ibu hamil dapat mengantisipasi dan lebih baik dalam menghadapi kebutuhan ibu. Kebutuhan komunikasi dan harapan suami dan anggota keluarga yang lain menjadi sumber dukungan yang dibutuhkan ibu hamil untuk mendukung fungsi kesehatan keluarga.

6. Kesiapan finansial

Kesiapan finansial bagi ibu yang akan melahirkan merupakan suatu kebutuhan yang mutlak harus disiapkan, dimana kesiapan finansial atau yang berkaitan dengan penghasilan atau keuangan yang dimiliki untuk mencukupi kebutuhan selama kehamilan berlangsung sampai persalinan. Kondisi ekonomi berkaitan dengan kemampuan

ibu untuk menyiapkan biaya persalinan, menyiapkan popok bayi dan perlengkapan lainnya, persalinan memerlukan biaya yang tidak sedikit. Untuk itu, sebaiknya ibu sudah menganggarkan biaya untuk persalinan. Biaya bisa ibu atau keluarga anggarkan disesuaikan dengan tarif persalinan di tempat di mana rencana persalinan akan berlangsung. Selain anggaran biaya persalinan perlu juga menentukan tempat kelahiran sesuai kemampuan kita, misalnya rumah bersalin atau di rumah dengan mendatangkan bidan. Perencanaan yang adekuat meliputi penentuan tempat yang tepat dengan pertimbangan dalam memilih tempat bersalin dengan mempertimbangkan jarak tempat bersalin dengan rumah, kualitas pelayanannya, ketersediaan tenaga penolong, fasilitas yang dimiliki, kemampuan pembiayaan dimana setiap klinik atau rumah sakit memiliki ketentuan tarif yang beragam. Kesiapan psikologis seperti menghindari stress, menghilangkan rasa khawatir, dan mempersiapkan mental suami. Untuk menghindari rasa khawatir atau was-was, hal yang paling penting dilakukan oleh ibu hamil yaitu rutin memeriksakan kandungan. Selain itu persiapan untuk suami juga penting dalam bekerjasama untuk merawat bayi.

7. Kesiapan budaya

Masalah budaya termasuk menangani masalah praktik dan keyakinan bahwa mungkin akan berbeda dari yang dilakukan petugas kesehatan, namun penting untuk keluarga ibu hamil. Ibu harus mengetahui adat istiadat, kebiasaan, tradisi dan tingkat hidup yang kurang baik terhadap kehamilan, dan berusaha mencegah akibat itu. Persiapan yang berhubungan dengan kebiasaan yang tidak baik sebelum kehamilan untuk dihindari selama kehamilan terjadi. Faktor budaya sangat penting dimana terdapat tradisi untuk membawa plasenta ke rumah, cara berperilaku yang benar selama kehamilan dengan menjaga sikap dan perilaku.

Ibu harus tahu tentang adat istiadat, tradisi dan kebiasaan hidup yang tidak baik untuk kehamilan agar mereka dapat

mencegah akibatnya. Persiapan untuk menghindari kebiasaan buruk sebelum kehamilan.

8. Persiapan kebutuhan
 - a. Persiapan yang harus dibawa untuk ibu selama persalinan:
 - 1) Sikat gigi (untuk ibu hamil) serta pasta gigi
 - 2) Minum dan makan untuk ibu
 - 3) Sarung bersih
 - 4) Celana dalam bersih
 - 5) Pembalut
 - 6) Handuk
 - 7) Sabun
 - 8) Kaos kaki
 - 9) Baju ganti
 - 10) Bra untuk menyusui
 - 11) Barang-barang pribadi lainnya
 - b. Persiapan untuk bayi yang sudah lahir:
 - 1) Popok
 - 2) Handuk bersih
 - 3) Kantong plastik atau pot tanah liat untuk ari-ari (plasenta)
 - 4) Baju atau stelan
 - 5) Topi dan selimut bayi

6.3.2 Persiapan bagi bidan (tenaga Kesehatan)

1. Alat pertolongan persalinan/set partus (di dalam wadah sterilis tertutup)
 - a. 2 buah klem Kelly atau Kocher
 - b. Gunting tali pusat
 - c. Pengikat tali pusat DTT
 - d. Kateter Nelaton
 - e. Gunting Episiotomi
 - f. Klem $\frac{1}{2}$ Kocher atau Kelly
 - g. 2 buah sarung tangan DTT kanan
 - h. 1 buah sarung tangan DTT kiri
 - i. Kain Kasa DTT
 - j. Kapas Basah DTT

- k. Alat suntik sekali pakai 2,5 ml yang berisi oksitosin 10 U
 - l. Kateter penghisap lendir DeLee
2. Bahan-bahan untuk penjahitan episiotomi:
- a. 1 buah alat suntik sekali pakai 10 ml beserta jarumnya
 - b. 20 ml larutan Lidokain 1 %
 - c. Pemegang jarum
 - d. Pinset
 - e. Jarum jahit
 - f. Benang catgut 3.0
 - g. 1 pasang sarung tangan DTT (total disediakan 5 pasang sarung tangan)
3. Persediaan obat-obatan untuk komplikasi
- a. 3 botol larutan Ringer laktat 500 ml
 - b. Set infus
 - c. 2 kateter intra vena ukuran 16-18 G
 - d. 2 ampul metil egrometrin maleat 0,2 mg
 - e. 3 Ampul oksitosin 10 U
 - f. 10 tablet misoprostol (cytotec)
 - g. 2 Vial larutan magnesium sulfat 40 % (10 gr dalam 25 ml)
 - h. 2 buah alat suntik sekali pakai ukuran 2,5 ml (total disediakan 3 buah)
 - i. 2 buah alat suntik sekali pakai ukuran 5 ml
 - j. 10 kapsul/kaplet amoksisilin/ampisilin 500 mg atau penisilin prokain injeksi 3 juta unit/vial 10 ml

6.4 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal yang dikenal dengan istilah 5P, yaitu: Power, Passage, Passenger, Psikis ibu bersalin, dan Penolong persalinan (Yulizawati et al. 2019; Wijayanti et al. 2022; Lilis et al. 2023), yang dijelaskan dalam uraian berikut:

6.4.1 Power (tenaga)

Power (tenaga) merupakan kekuatan yang mendorong janin untuk lahir. Dalam proses kelahiran bayi terdiri dari 2 jenis tenaga, yaitu primer dan sekunder.

1. Primer: berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang berlangsung sejak muncul tanda-tanda persalinan hingga pembukaan lengkap.
2. Sekunder: usaha ibu untuk mengejan yang dibutuhkan setelah pembukaan lengkap. Kekuatan meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang sempurna.
 - a. His (kontraksi uterus) Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.
 - 1) Pembagian his dan sifat-sifatnya:
 - (1) His pendahuluan: his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lender darah atau bloody show.
 - (2) His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
 - (3) His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
 - (4) His pelepasan uri (kala III): terkoordinasi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
 - (5) His pengiring (kala IV): kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim setelah beberapa jam atau hari.
 - 2) Tenaga mengejan
 Manajemen meneran memberikan pengaruh yang kuat dalam proses persalinan. Waktu yang tepat untuk meneran adalah ketika perineum oleh kepala janin, dan ibu merasa adanya dorongan yang kuat untuk meneran.
 - (1) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot

- dinding perut, yang mengakibatkan peninggian tekanan intraabdominal.
- (2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar, tapi jauh lebih kuat lagi.
 - (3) Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah.
 - (4) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap, dan paing efektif sewaktu ada his.
 - (5) Tanpa tenaga mengejan, anak tidak dapat lahir. Misalnya pada penderita yang lumpuh otot-otot perutnya, persalinan harus dibantu dengan forceps.
 - (6) Tenaga mengejan ini juga melahirkan plasenta setelah terlepas dari dinding rahim.

6.4.2 Passenger (janin)

Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin (Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi berat janin, letak janin, posisi sikap janin (habilitus), serta jumlah janin. Pada persalinan normal yang berkaitan dengan passenger antara lain: janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki berada dalam keadaan fleksi, dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat janin normal adalah 2500-3500 gram dan DJJ normal yaitu 120-160x/menit.

6.4.3 Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh

lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

6.4.4 Psikis ibubersalin

Persalinan dan kelahiran merupakan proses fisiologis yang menyertai kehidupan hampir setiap wanita. Pada umumnya persalinan dianggap hal yang menakutkan karena disertai nyeri hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Nyeri merupakan fenomena yang subjektif, sehingga keluhan nyeri persalinan setiap wanita tidak akan sama, bahkan pada wanita yang samapun tingkat nyeri persalinannya tidak akan sama dengan nyeri persalinan yang sebelumnya. Sehingga persiapan psikologis sangat penting dalam menjalani persalinan. Jika seorang ibu sudah siap dan memahami proses persalinan maka ibu akan mudah bekerjasama dengan petugas kesehatan yang akan menolong persalinannya.

Dalam proses persalinan normal, pemeran utamanya adalah ibu yang disertai dengan perjuangan dan upayanya. Sehingga ibu harus meyakini bahwa ia mampu menjalani proses persalinan dengan lancar. Karena jika ibu sudah mempunyai keyakinan positif maka keyakinan tersebut akan menjadi kekuatan yang sangat besar saat berjuang mengeluarkan bayi. Sebaliknya, jika ibu tidak semangat atau mengalami ketakutan yang berlebih maka akan membuat proses persalinan menjadi sulit. Keadaan psikologi ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang-orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibandingkan dengan ibu bersalin yang tanpa didampingi oleh suami atau orang-orang yang dicintainya. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan.

6.4.5 Position

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan

memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok

6.4.6 Penolong persalinan

Orang yang berperan sebagai penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan, antara lain: dokter, bidan, perawat maternitas dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Petugas Kesehatan yang memberi 15 pertolongan persalinan dapat menggunakan alat pelindung diri, serta melakukan cuci tangan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi dari pasien. Pemilihan penolong persalinan merupakan faktor yang menentukan terlaksananya proses persalinan yang aman. Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan maupun malpraktek dalam memberikan asuhan tidak terjadi.

6.5 Tanda-tanda Persalinan

Terdapat beberapa tanda-tanda persalinan (Wijayanti et al. 2022; Sitepu et al. 2024), yaitu :

6.5.1 Tanda pasti persalinan

1. Timbulnya kontraksi uterus

Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:

- a. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- b. Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan.
- c. Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- d. Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks.
- e. Makin beraktifitas ibu akan menambahkekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali

dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

Ada 2 macam kontraksi yaitu kontraksi palsu (Braxton hicks) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut buncit juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan rahim untuk bersiap menghadapi persalinan

2. Penipisan dan pembukaan serviks

Biasanya pada ibu hamil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*). Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

3. Pecahnya ketuban dan keluarnya *Bloody show*

Dalam bahasa medis disebut *bloody show* karena lender ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. *Bloody show* seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tsb akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang

menegelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim.

Di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (*locus minoris*) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif.

Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir dalam waktu kurang dari 24 jam maka dilakukan penanganana selanjutnya misalnya caesar. Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena 13 lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

6.5.2 Tanda palsu persalinan

1. His dengan interval tidak teratur
2. Frekuensi semakin lama tidak mengalami peningkatan
3. Rasa nyeri saat kontraksi hanya pada bagian depan
4. Jika dibawa jalan-jalan, frekuensi dan intensitas his tidak mengalami peningkatan
5. Tidak ada hubungan antara derajat pengerasan uterus saat his dengan intensitas rasa nyeri
6. Tidak keluar lendir dan darah
7. Tidak ada perubahan servik uteri

8. Bagian presentasi janin tidak mengalami penurunan
9. Bila diberi obat sedative, his menghilang

6.6 Mekanisme Persalinan

Terdapat tujuh gerakan-gerakan janin dalam persalinan atau gerakan kardinal yaitu engagement, penurunan, fleksi, putar paksi dalam, ekstensi, putar paksi luar, ekspulsi (Yulizawati et al. 2019; Wahyuni et al. 2023).

6.6.1 Engagement

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparetal (Jarak antara dua paretal) melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam anteroposterior. Jika kepala masuk ke dalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke symphysis maka hal ini disebut Asinklitismus. Ada dua macam asinklitismus. Asinklitismus posterior dan asinklitismus anterior.

1. Asinklitismus Posterior Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati symphysis dan tulang parietal belakang lebih rendah dari pada tulang parietal depan. Terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh simfisis pubis sedangkan tulang parietal belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkung sakrum yang luas.
2. Asinklitismus Anterior Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati promontorium dan tulang parietal depan lebih rendah dari pada tulang parietal belakang.

6.6.2 Penurunan

Penurunan diakibatkan oleh kekuatan kontraksi rahim, kekuatan mengejan dari ibu, dan gaya berat kalau pasien dalam

posisi tegak. Berbagai tingkat penurunan janin terjadi sebelum permulaan persalinan pada primigravida dan selama Kala I pada primigravida dan multigravida. Penurunan semakin berlanjut sampai janin dilahirkan, gerakan yang lain akan membantunya.

6.6.3 Fleksi

Fleksi sebagian terjadi sebelum persalinan sebagai akibat tonus otot alami janin. Selama penurunan, tahanan dari serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis menyebabkan fleksi lebih jauh pada tulang leher bayi sehingga dagu bayi mendekati dadanya. Pada posisi oksipitoanterior, efek fleksi adalah untuk mengubah presentasi diameter dari oksipitofrontal menjadi suboksipitoposterior yang lebih kecil. Pada posisi oksipitoposterior, fleksi lengkap mungkin tidak terjadi, mengakibatkan presentasi diameter yang lebih besar, yang dapat menimbulkan persalinan yang lebih lama.

1. Gerakan fleksi di sebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terlambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul
2. Kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12 cm berubah menjadi suboksipito bregmatika 9 cm
3. Posisi dagu bergeser kearah dada janin
4. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar.

6.6.4 Putar Paksi Dalam

Pada posisi oksipitoanterior, kepala janin, yang memasuki pelvis dalam diameter melintang atau miring, berputar, sehingga oksipito kembali ke anterior ke arah simfisis pubis. Putaran paksi dalam mungkin terjadi karena kepala janin bertemu penyangga otot pada dasar pelvis. Ini sering tidak tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah mencapai tingkat spina iskhidika sehingga terjadilah engagement. Pada posisi oksipitoposterior, kepala janin dapat 20 memutar ke posterior sehingga oksiput berbalik ke arah lubang sakrum. Pilihan lainnya, kepala janin dapat memutar lebih dari 90

derajat menempatkan oksiput di bawah simfisis pelvis sehingga berubah ke posisi oksipitoanterior. Sekitar 75% dari janin yang memulai persalinan pada posisi oksipitoposterior memutar ke posisi oksipitoanterior selama fleksi dan penurunan. Bagaimanapun, sutura sagital biasanya berorientasi pada poros anteriorposterior dari pelvis.

Putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai dibawah simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati Hodge III (setinggi spina) atau setelah didasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil mengarah ke jam 12.

Sebab-sebab adanya putar paksi dalam yaitu: Bagian terendah kepala adalah bagian belakang kepala pada letak fleksi. Bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yang disebelah depan yaitu hiatus genitalis.

6.6.5 Ekstensi

Kepala yang difleksikan pada posisi oksipitoanterior terus menurun di dalam pelvis. Karena pintu bawah vagina mengarah ke atas dan ke depan, ekstensi harus terjadi sebelum kepala dapat melintasinya. Sementara kepala melanjutkan penurunannya, terdapat penonjolan pada perineum yang diikuti dengan keluarnya puncak kepala. Puncak kepala terjadi bila diameter terbesar dari kepala janin dikelilingi oleh cincin vulva. Suatu insisi pada perineum (episotomi) dapat membantu mengurangi tegangan perineum disamping untuk mencegah peregangan dan perentangan jaringan perineum. Kepala dilahirkan dengan ekstensi yang cepat sambil oksiput, sinsiput, hidung, mulut, dan dagu melewati perineum. Pada posisi oksipitoposterior, kepala dilahirkan oleh kombinasi ekstensi dan fleksi. Pada saat munculnya puncak kepala, pelvis tulang

posterior dan penyangga otot diusahakan berfleksi lebih jauh. Dahi, sinsiput, dan oksiput dilahirkan sementara janin mendekati dada. Sesudah itu, oksiput jatuh kembali saat kepala berekstensi, sementara hidung, mulut, dan dagu dilahirkan.

6.6.6 Putaran Paksi Luar

Pada posisi oksipitoanterior dan oksipitoposterior, kepala yang dilahirkan sekarang kembali ke posisi semula pada saat engagement untuk menyebarkan dengan punggung dan bahu janin. Putaran paksi kepala lebih jauh dapat terjadi sementara bahu menjalani putaran paksi dalam untuk menyebarkan bahu itu di bagian anteriorposterior di dalam pelvis.

Terjadinya gerakan rotasi luar atau putar paksi luar dipengaruhi oleh faktor-faktor panggul, sama seperti pada rotasi dalam.

1. Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya disebelah kiri maka ubun-ubun kecil akan berputar kearah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan.
2. Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter biacromial janin searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu di anterior di belakang simpisis dan bahu yang satunya di bagian posterior dibelakang perineum.
3. Sutura sagitalis kembali melintang.

6.6.7 Ekspulsi (Pengeluaran)

Setelah putaran paksi luar dari kepala, bahu anterior lahir dibawah simfisis pubis, diikuti oleh bahu posterior di atas tubuh perineum, kemudian seluruh tubuh anak.

6.7 Tahapan Persalinan

Selama proses persalinan dibagi menjadi beberapa tahapan (Fitriahadi & Utami 2019; Yulizawati et al. 2019; Wijayanti et al. 2022; Lilis et al. 2023; Wahyuni et al. 2023), Adapun tahapan dalam persalinan antara lain :

6.7.1 Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I persalinan dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten dimulai dari pembukaan 1 cm sampai pembukaan 3 cm. dan Fase aktif dimulai dari pembukaan 4 sampai pembukaan 10 cm (pembukaan lengkap). Pada fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap kekuatan dan durasinya. Kontraksi dianggap adekuat atau memadai jika terjadi minimal 3 kali dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Fase aktif umumnya akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1cm per jam pada nullipara atau primigravida dan hingga 2 cm per jam pada multipara.

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase :

1. Fase laten : berlangsung selama 8 jam sampai pembukaan 3 cm his masih lemah dengan frekuensi jarang, pembukaan terjadi sangat lambat.
 - a. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
 - b. Dimulai dari adanya pembukaan sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm atau serviks membuka kurang dari 4 cm
 - c. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam
2. Fase aktif : berlangsung selama 7 jam, dibagi menjadi 3, yaitu :
 - a. Fase akselerasi lamanya 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.

- b. Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 menjadi 9 cm.
- c. Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm. his tiap 3-4 menit selama 45 detik. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida, pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara pada primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Pada multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama. Ketuban akan pecah dengan sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan Ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan multigravida kira-kira 7 jam.

Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan-jalan.

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- a. Memberikan dukungan emosional.
- b. Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- c. Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
- d. Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara:

- 1) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu.
 - 2) Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 - 3) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut.
 - 4) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain.
 - 5) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- e. Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
- f. Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi – memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi. Oleh karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
- g. Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan – Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunnya kepala; menyebabkan ibu tidak nyaman; meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan; mengganggu penatalaksanaan distosia bahu; meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pasca persalinan.
- h. Pencegahan infeksi – Tujuan dari pencegahan infeksi adalah untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi; menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir.

6.7.2 Kala II

Kala II merupakan fase dari dilatasi serviks lengkap 10 cm hingga bayi lahir. Pada kala ini pasien dapat mulai mengejan sesuai instruksi penolong persalinan, yaitu mengejan bersamaan dengan kontraksi uterus. Proses fase ini normalnya berlangsung maksimal 2 jam pada primipara, dan maksimal 1 jam pada multipara.

Kala II persalinan dimulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap dan berakhir ketika janin sudah lahir, kala II persalinan ini disebut juga stadium ekspulsi janin. Proses fisiologis kala II persalinan diartikan sebagai serangkaian peristiwa yang terjadi

sepanjang periode tersebut dan di akhiri dengan lahirnya bayi secara normal.

Kala II adalah kala pengeluaran bayi. Kala atau fase yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan pengeluaran bayi. Setelah serviks membuka lengkap, janin akan segera keluar. His 2-3 x/menit lamanya 60-90 detik. His sempurna dan efektif bila koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus, mempunyai amplitude 40-60 mm air raksa berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 2-4 menit dan tonus uterus saat relaksasi kurang dari 12 mm air raksa. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk ke dalam panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Juga dirasakan tekanan pada rectum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut :

1. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
2. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser.
4. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi : Kepala membuka pintu dan Subocciput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
5. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.

6. Setelah putar paksi kuar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara :
 - a. Kepala dipegang pada os occiput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
 - b. Setelah kedua bahu lahir, melahirkan sisa badan bayi.
 - c. Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
7. Lamanya kala II untuk primigravida 1,5 - 2 jam dan multigravida 1,5 - 1 jam.

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- a. Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- b. Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
 - 1) Membantu ibu untuk berganti posisi.
 - 2) Melakukan rangsangan taktil.
 - 3) Memberikan makanandan minuman.
 - 4) Menjadi teman bicara/pendengar yang baik.
 - 5) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- c. Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran - dengan:
 - 1) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
 - 2) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
 - 3) Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.
- d. Membuat hati ibu merasa tenteram selama kala II persalinan - dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
- e. Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- f. Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
- g. Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara:

- 1) Mengurangi perasaan tegang.
 - 2) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.
 - 3) Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
 - 4) Menjawab pertanyaan ibu.
 - 5) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya.
 - 6) Memberitahu hasil pemeriksaan.
- h. Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
 - i. Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.

6.7.3 Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta dimulai dari setelah bayi lahir dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses tersebut biasanya memakan waktu sekitar 5 – 30 menit setelah bayi lahir. Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Disebut juga dengan kala uri (kala pengeluaran plasenta dan selaput ketuban). Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Setelah bayi lahir dan proses retraksi uterus, uterus teraba keras dengan fundus uteri sedikit di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.

Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda :

1. Uterus menjadi bundar,
2. Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim,
3. Tali pusat bertambah Panjang,
4. Terjadi semburan darah tiba-tiba.

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

1. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
2. Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
3. Pencegahan infeksi pada kala III.
4. Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
5. Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
6. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
7. Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

6.7.4 Kala IV

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya.

Kala IV Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV adalah: Tingkat kesadaran ibu, Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan, Kontraksi uterus, Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100- 300 cc. jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya.

Hal-hal yang perlu dipantau selama dua jam pertama pasca persalinan :

1. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV.
2. Pemijatan uterus untuk memastikan uterus menjadi keras, setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam jam kedua kala IV.
3. Pantau suhu ibu satu kali dalam jam pertama dan satu kali pada jam kedua pasca persalinan.
4. Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
5. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus dan perdarahan uterus, juga bagaimana melakukan pemijatan jika uterus menjadi lembek (Lilis et al. 2023).

Pokok penting kala IV :

1. Kontraksi uterus: baik atau tidak kontraksi rahim dapat diketahui dengan palpasi. Bila perlu dilakukan massase dan berikan uteretonika.
2. Perdarahan: ada perdarahan aktif atau tidak, dan jumlah dari perdarahan.
3. Kandung kemih.
4. Luka-luka jahitan baik atau tidak.
5. Penilaian terhadap kelengkapan plasenta.
6. Keadaan umum ibu seperti tanda-tanda vital
7. Memeriksa Kemungkinan Perdarahan dari Perineum Perhatikan dan temukan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekan perineum dan vagina (Lilis et al. 2023).

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

1. Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal.
2. Membantu ibu untuk berkemih.
3. Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.
4. Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.

5. Mengajarkan ibu dan keluarganya ttg tanda-tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan terjadi kontraksi hebat.
6. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
7. Pendampingan pada ibu selama kala IV.
8. Nutrisi dan dukungan emosional.

DAFTAR PUSTAKA

- Fitriahadi, E. & Utami, I., 2019, *Buku Ajar Asuhan Persalinan dan Manajemen Nyeri Persalinan*, Universitas Aisyiyah Yogyakarta, Yogyakarta.
- Lilis, D.N., Nisa, R., Manik, R., Kaparang, M.J., Indarsita, D., Suprapti, D., Herinawati, Apriyanti, I., Tuju, S.O., Wahyuni, N.T., Maulani, R.G., Tamunu, E.N. & Nasution, H.S., 2023, *Bunga Rampai Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*, PT Media Pustaka Indo, Cilacap.
- Mintaningtyas, S.I., Isnaini, Y.S. & Lestari, D.P., 2023, *Buku Ajar Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*, PT Nasya Expanding Management, Pekalongan.
- Nasution, W.M. & Purwanti, M., 2024, *Asuhan Persalinan Normal*, UMSU Press, Medan.
- Pratiwi, L., Astuti, H.P., Andhikatias, Y.R., Wijayanti & Follona Willa, 2024, *Persalinan dan Persiapan Menjadi Ibu*, CV Jejak, Sukabumi.
- Sitepu, A.B., Yulianti, I., Furwasyih, D., Yanti, Astuti, H.P., Aryanti, M., Qonitun, U., Mulyati, I., Febrianti, R. & Yuliana, 2024, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*, Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta, Jakarta.
- Wahyuni, S., Setyorini, D., Arisani, G., nuraina, Sukriani, W., Meyasa, L., Pekabanda, K., Rosni, A., Legawati, Rosdiana, Nara, A., Lailiyah, S.R., Sukartiningsih, M.C.E. & Sopiatur, S., 2023, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*, CV Science Techno Direct, Pangkalpinang.
- Wijayanti, I.T., Aningsih, B.S.D., Hesti, N.P., Utami, S.W., Intarti, W.D., Nafiah, U., Wijaya, P., Lestari, N.C., Maulinda, A.V. & Dewi, R.K., 2022, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*, K-Media, Yogyakarta.
- Wijayanti, I.T., Prabandari, F., Noviani, N.W., Wildayani, D. & Rahmawati, D., 2023, *Buku Ajar Mengenal Dasar dan Evidence Based Askeb Persalinan dan BBL S1 Kebidanan*, Mahakarya Citra Utama, Jakarta Selatan.

Yulizawati, Insani, A.A, Sinta, L. El & Andriani, F., 2019, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan*, Indomedia Pustaka, Sidoarjo.

BAB 7

ASUHAN INTRA PARTUM

Oleh Ni Made Sinarsari

7.1 Pendahuluan

Kehamilan dan persalinan adalah hal yang dinantikan oleh setiap pasangan. Peristiwa seperti ini seringkali diartikan sebagai anugerah yang patut disyukuri, dijaga serta dipersiapkan secara matang. Berbagai jalan yang ditempuh pasangan suami istri sebagai upaya untuk melanjutkan keturunan serta tradisi budaya. Namun masih terdapat kejadian kehamilan sebagai sesuatu yang tidak direncanakan ataupun hal yang tidak diharapkan. Kehamilan dan persalinan sebagai sebuah proses kehidupan, membutuhkan penanganan dan pengawasan yang adekuat sehingga ibu dan jani mencapai kesejahteraan.

7.2 Intra Partum

Intranatal merupakan suatu proses yang akan ditandai dengan keluarnya hasil konsepsi dari rahim ibu. Ibu merasakan gejala awal persalinan, yaitu rasa kontraksi saat persalinan sejati. Gejala ini diikuti oleh perubahan pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Penyebab terjadinya persalinan spontan masih belum diketahui sepenuhnya, meskipun ada berbagai teori yang telah berkembang. Para tenaga kesehatan juga mengetahui cara untuk menginduksi proses persalinan dalam kondisi tertentu.

Mendekati tafsiran persalinan, akan terjadi beberapa tanda dan gejala persalinan untuk memberi sinyal kepada ibu bahwa sudah mendekati waktu persalinan. Tidak semua tanda ini harus muncul, mengenali mereka dapat membantu dalam menangani wanita hamil tua. Petugas kesehatan dapat memberikan konseling dan bimbingan antisipatif yang tepat dengan mengetahui tanda dan gejala ini. Beberapa gejala dan tanda menjelang persalinan yaitu :

1. *Lightening* (perasaan distensi abdomen berkurang)

Lightening adalah tanda gejala yang kerap dirasakan sekitar dua minggu sebelum persalinan. Dimana *lightening* merupakan proses bayi mulai turun kedalam pelvis minor. Pada posisi ini, kepala bayi biasanya akan menancap (*engaged*) setelah proses *lightening* terjadi. Proses ini kerap disebut sebagai fenomena ini sebagai "kepala bayi sudah turun". Setelah melewati fase *lightening*, rasa sesak napas yang dialami ibu hamil selama trimester ketiga akan cenderung berkurang, karena ruang yang lebih besar di dalam perut bagian atas akan memungkinkan paru-paru untuk lebih ekspansif. Namun, proses *lightening* juga dapat menimbulkan ketidaknyamanan lain akibat tekanan pada struktur di area pelvis minor. Beberapa hal spesifik berikut ini mungkin akan dialami oleh ibu :

- a. Kandung kemih ibu akan ditekan sehingga ruang untuk ekspansi berkurang sehingga keinginan ibu untuk berkemih menjadi lebih sering.
- b. Tekanan panggul secara keseluruhan membuat perasaan tidak nyaman, sehingga akan timbul rasa ingin mengeluarkan sesuatu. Hal ini yang sering disebut dengan kontraksi pada ibu hamil.
- c. Tekanan pada bagian terendah janin pada saraf yang menjalar melalui *foramen iskiadikum mayor* dan menuju ke tungkai sehingga menyebabkan keram tungkai.
- d. Akibat tekanan pada bagian presentasi pelvis minor, stasis vena yang lebih besar yang menyebabkan edema dependen menghambat aliran balik vena dari ekstremitas bawah.

Lightening menyebabkan turunnya tinggi fundus sampai dengan ukuran setara 8 bulan usia kehamilan (32 minggu). Dalam kondisi ini, ibu hamil tidak akan dapat lagi melakukan pemeriksaan *ballote* terhadap kepala janin, yang sebelumnya dapat digerakkan di atas *simfisis pubis* saat palpasi abdomen. Dalam langkah keempat pemeriksaan Leopold ini, jari-jari petugas yang tadi rapat kini akan terbuka lebar.

2. Perubahan Pelviks

Menjelang waktu persalinan, serviks mengalami proses "matang". Pada masa kehamilan, serviks dalam keadaan tertutup, panjang, dan lembut. Namun, menjelang persalinan serviks tetap lembut dengan konsistensi mirip pudding, mengalami sedikit penipisan, serta kemungkinan mengalami dilatasi kecil. Tingkat kematangan serviks dapat bervariasi antar individu wanita dan dipengaruhi oleh paritasnya. Sebagai contoh, pada ibu yang telah melahirkan sebelumnya (multipara), serviks biasanya sudah membuka hingga 2 cm, sedangkan pada ibu yang baru pertama kali hamil (primagravida), serviks cenderung tetap tertutup dalam kondisi normal.

Perubahan yang terjadi pada serviks ini diduga akibat peningkatan intensitas kontraksi Braxton Hicks. Proses pematangan serviks berlangsung pada periode yang berbeda sebelum proses persalinan. Kematangan serviks menjadi indikator kesiapan tubuh untuk menghadapi persalinan.

3. Persalinan Palsu

Persalinan palsu ditandai dengan kontraksi rahim yang menyakitkan serta memberikan dampak besar pada serviks. Kontraksi ini merupakan akibat dari kontraksi *Braxton Hicks* yang tidak nyeri, yang telah muncul sejak sekitar enam minggu kehamilan.

Persalinan palsu dapat berlangsung beberapa hari atau muncul secara sporadis, bahkan tiga hingga empat minggu sebelum persalinan sejati dimulai. Rasa ketidaknyamanan yang ditimbulkan akibat persalinan palsu dapat membuat ibu hamil kurang tidur dan kehabisan energi. Beberapa ibu hamil juga sangat sulit membedakan persalinan palsu atau persalinan sejati sehingga beberapa kali akan merasa bingung dan melakukan pemeriksaan ke tenaga kesehatan.

Frekuensi munculnya persalinan palsu dan perjalanan yang bolak-balik ke klinik atau rumah sakit tempat praktik bidan bisa sangat menguras tenaga dan menambah tingkat frustrasi bagi wanita serta keluarganya. Dalam menghadapi kondisi tersebut, diharapkan semua tenaga medis yang

berinteraksi dengan wanita hamil ini dapat menunjukkan pemahaman, kesabaran, serta memberikan dukungan dan informasi yang dibutuhkan. Sebagai catatan, meskipun menyakitkan, persalinan palsu juga menandakan bahwa persalinan sejati semakin mendekat.

4. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Pada umumnya, pecahnya ketuban akan terjadi pada akhir Kala I Persalinan. Jika terjadi kejadian pecahnya ketuban sebelum waktu tersebut, dikenal dengan sebutan Ketuban Pecah Dini (KPD). Kasus KPD saat ini dialami oleh 12% ibu hamil.

5. *Bloody Show*

Plak lendir atau kerap didengar dengan sebutan *bloody show* yang dihasilkan oleh kelenjar serviks selama awal kehamilan dapat keluar sebagai tanda. *Bloody show* muncul sebagai rabas lendir yang kental dan bercampur darah, yang perlu dibedakan dengan perdarahan murni. Melihat rabas ini, banyak wanita menganggapnya sebagai tanda bahwa persalinan akan segera dimulai. Terkadang plak lendir tersebut dapat keluar dalam bentuk massa yang utuh. Selama proses persalinan, plak yang dikeluarkan dan terlihat dalam vagina sering kali salah diartikan oleh tenaga medis pemula sebagai tali pusat yang lepas. Namun, seharusnya perlu diingat bahwa tali pusat umumnya akan keluar dalam satu hingga dua hari setelah kelahiran.

Bloody show seringkali menjadi indikator bahwa persalinan akan berlangsung dalam waktu 1-2 hari (24 – 48 jam) ke depan. Meskipun begitu, kehadiran *bloody show* tidak selalu menjadi tanda yang signifikan jika pemeriksaan vagina telah dilakukan dalam waktu 48 jam sebelumnya. Hal ini karena lendir bercampur darah yang muncul pada waktu tersebut dapat disebabkan oleh trauma kecil atau kerusakan pada plak lendir saat pemeriksaan dilakukan.

6. Lonjakan Energi

Ibu hamil akan mengalami proses peningkatan energy dalam 24-48 jam sebelum dimulainya proses melahirkan. Setelah beberapa hari atau minggu, ibu hamil dapat merasakan kelelahan fisik dan kelelahan karena kehamilan, dan suatu hari ibu hamil dapat bangun dan menyadari bahwa ibu hamil memiliki semangat tinggi. Secara umum, ibu hamil akan merasa energik selama beberapa jam dan didorong untuk melakukan berbagai kegiatan seperti pekerjaan rumah tangga ringan. Akibatnya, ibu hamil akan melalui proses persalinan dalam kondisi lelah dan membuat prosesnya menjadi sulit dan memakan waktu yang lebih lama.

Kenaikan energi yang terjadi saat ini belum dapat dipahami sepenuhnya, kecuali bahwa ini merupakan proses alami yang membantu wanita mendapatkan kekuatan yang dibutuhkan untuk melahirkan. Wanita perlu diberi tahu mengenai potensi kenaikan energi ini dan disarankan untuk tidak menggunakannya secara berlebihan, melainkan untuk menyimpannya demi persalinan.

7. Gangguan Saluran Cerna

Ketika terdapat penjelasan yang jelas untuk diare, tantangan dalam mencerna, perasaan mual, dan juga muntah, kemungkinan besar kondisi-kondisi tersebut adalah tanda-tanda yang muncul sebelum proses persalinan meskipun belum ada penjelasan yang pasti mengenai hal ini. Beberapa perempuan merasakan satu atau lebih dari gejala-gejala ini. Proses intrapartum mencakup sejumlah tahap krusial yang mendukung ibu serta bayi selama perjalanan menuju kelahiran.

a. Fase Awal (*Latent Phase*)

Fase awal intrapartum dimulai ketika kontraksi pertama muncul dan berlangsung hingga pembukaan serviks mencapai sekitar 3-4 cm. Kontraksi pada fase ini umumnya ringan dan jarang, berlangsung sekitar 30 hingga 45 detik, dengan interval antar kontraksi yang lebih lama. Ibu mungkin masih bisa beraktivitas ringan seperti berjalan atau berbicara.

b. Fase Aktif

Pada fase aktif, pembukaan serviks akan meningkat lebih cepat, dari 4 hingga 7 cm. Kontraksi semakin kuat dan berlangsung lebih lama, biasanya selama 60 detik, dengan jarak antar kontraksi sekitar 3-5 menit. Ibu mulai merasakan ketidaknyamanan yang lebih intens dan membutuhkan dukungan yang lebih besar dari tenaga kesehatan atau pendamping.

c. Fase Transisi

Fase transisi merupakan fase yang paling intens selama intrapartum, berlangsung ketika pembukaan serviks mencapai 8 hingga 10 cm. Kontraksi lebih kuat, berlangsung sekitar 90 detik dengan interval antar kontraksi hanya sekitar 2-3 menit. Ibu mungkin merasa lelah, mual, dan ingin istirahat sejenak di tengah-tengah rasa sakit.

d. Fase II : Kala II (Fase Mengedan)

Fase kedua intrapartum dimulai ketika pembukaan serviks mencapai 10 cm, yang menandai dimulainya proses melahirkan bayi. Ibu akan mulai mengejan untuk membantu bayi keluar melalui jalan lahir. Fase ini dapat berlangsung dari beberapa menit hingga beberapa jam, tergantung pada banyak faktor, termasuk pengalaman melahirkan sebelumnya, posisi bayi, dan kemampuan fisik ibu.

e. Fase II : Kala III (Keluar Plasenta)

Setelah bayi lahir, fase ketiga dimulai dengan pelepasan plasenta. Biasanya, plasenta keluar dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Fase ini memastikan bahwa plasenta sepenuhnya dikeluarkan untuk menghindari komplikasi seperti perdarahan postpartum.

7.3 Penanganan Intra Partum

Kebutuhan asuhan intrapartum meliputi kebutuhan dasar ibu bersalin, asuhan sayang ibu, dan pertolongan persalinan.

1. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

- a. Kebutuhan eliminasi
- b. Kebutuhan nutrisi
- c. Kebutuhan *personal hygiene*
- d. Kebutuhan istirahat dan tidur

- e. Kebutuhan oksigen
 - f. Kebutuhan mobilisasi dan pengaturan posisi
 - g. Pengurangan nyeri
 - h. Cairan
2. Asuhan Sayang Ibu
 - a. Menghargai budaya, kepercayaan, dan praktik keagamaan
 - b. Menjaga privasi
 - c. Memenuhi kebutuhan dan keinginan ibu
 - d. Memberikan rasa nyaman dan aman
 - e. Memberikan dukungan emosional, sosial, dan spiritual
 3. Pertolongan Persalinan
 - a. Melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman
 - b. Melakukan penatalaksanaan komplikasi pada ibu dan bayi baru lahir
 - c. Melakukan pemeriksaan vagina untuk menilai kemajuan persalinan
 - d. Melakukan palpasi perut
 - e. Melakukan dorong pengosongan kandung kemih
 - f. Melakukan pemeriksaan tekanan darah, suhu, dan laju pernapasan
 - g. Melakukan pemeriksaan vagina sebelum pemberian narkotik atau pemasangan epidural

Penanganan kebidanan yang dapat diberikan pada intra partum adalah pendekatan konvensional dan tradisional. Pendekatan konvensional meliputi kebutuhan dasar ibu intra partum, sedangkan pendekatan tradisional meliputi modalitas ramuan, ketrampilan dan campuran. Apabila memadukan pendekatan disebut sebagai pendekatan tradisional komplementer. Pendekatan tersebut seperti :

1. Ramuan

Beberapa herbal yang dapat dikonsumsi ibu bersalin di antaranya kunyit (*Curcuma domestica*), lempuyang, adas, daun pepaya, kayu manis, jahe, asam jawa, rumput patimah (*Labisia pumila*) yaitu daun juang (*Cordyline fruticosa*), asam kandis (*Garcinia celebica*), , daun jeruk (*Citrus aurantifolia swingle*) daun tiarak (*Jatropha curcas L.*).

2. Aromaterapi

Aromaterapi yang dipergunakan dalam proses persalinan seperti mawar, chamomile, minyak biji anggur, minyak jojoba, minyak almond, minyak lemon, minyak zaitun, minyak lavender. Aromaterapi memberikan pengaruh relaks. Kondisi rileks berpengaruh terhadap kemajuan proses persalinan.

3. *Crystal* Terapi

Crystal sebagai salah satu pilihan terapi yang dapat dipergunakan untuk kesejahteraan ibu dan janin, diantaranya : garnets, aturquoise, agate, amber, jade, white opal, rose quartz, green jasper. *Crystal* memberikan pengaruh terhadap system organ di dalam tubuh. Penggunaan *crystal* dapat dipergunakan dalam air ataupun digunakan bersentuhan langsung terhadap tubuh.

4. Yoga dan Meditasi

Yoga dan meditasi dapat dilakukan untuk membantu proses persalinan. Adapun *asana* yoga yang dapat dilakukan yaitu *easy pose, squat pose, child pose, butterfly pose, wide angle, crescent lunge*. Melakukan meditasi dilakukan dengan pengaturan nafas sehingga membantu ibu lebih rileks, nyaman selama proses. Mudra yoni salah satu tekhnik petanganan yang membantu proses persalinan. Pernafasan dapat melakukan nafas diafragma, nafas lebah, nafas desis. Pernafasan dari hidung keluar melalui hidung, nafas masuk melalui hidung keluar melalui mulut, nafas dari mulut keluar melalui mulut.

5. *Hypnobirthing*

Hypnobirthing berpacu pada sugesti yang dipusatkan kepada pasien/klien. Proses ini biasanya menggunakan beberapa media seperti music, video, dan atau kata-kata positif sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masing-masing orang sehingga hal tersebut akan memandu pikiran ke arah positif serta membuat tubuh menjadi lebih rileks. Terapi ini dapat membantu ibu hamil melewati masa persalinan secara normal dengan minimal rasa nyeri/sakit serta menjadi rileks dan nyaman dalam melewati masa persalinan normal. Manfaat melakukan metode *hypnobirthing* saat proses melahirkan secara normal, di antaranya : membuat rileks dan nyaman

menghadapi proses persalinan, mengurangi hingga menghilangkan rasa khawatir dan stress berlebih, hingga mengurangi rasa nyeri pasca melahirkan sehingga dapat mengurangi minum obat penghilang rasa nyeri.

6. Singing Bowl

Penggunaan singing bowl membantu meringankan stres meningkatkan kualitas tidur, mengatasi kelelahan, mengatasi depresi. Perasaan tenang yang diciptakan oleh suara singing bowl bisa membuat suasana hati menjadi lebih baik. Dengan pengelolaan stres yang baik, gejala depresi bisa menurun.

7. Pijat Akupresure

Pijat induksi persalinan adalah teknik pijat yang dilakukan untuk merangsang titik-titik akupresur tertentu pada tubuh. Pijat ini diyakini dapat membantu mempersiapkan tubuh untuk persalinan. Manfaat pijat induksi : memancing pelepasan oksitosin, hormon yang memicu kontraksi rahim, menurunkan kadar kortisol, hormon yang dilepaskan sebagai respons terhadap stress, mengurangi rasa sakit selama kontraksi, merangsang kontraksi rahim, menurunkan risiko terjadinya robekan jalan lahir saat persalinan, membantu membuat otot-otot jalan lahir menjadi lebih lentur.

Titik akupresur yang umum digunakan : titik limpa 6 (SP6), terletak di atas pergelangan kaki bagian dalam, titik *kunlun*, terletak di luar pergelangan kaki, antara tulang pergelangan kaki dan tendon achilles titik Zhiyin, terletak pada ujung kelingking kaki di tepi luar dasar kuku, titik PC8 (*Lao Gong*), terletak di sisi telapak tangan, di bagian tengah telapak tangan, tepat di bawah jari tengah.

8. Pijat Perineum

Pijat perineum merupakan pijatan yang dilakukan pada area antara vagina dan anus. Tidak semua ibu bersalin boleh melakukan hal ini . Pijatan bermanfaat membuat otot-otot jalan lahir ibu hamil menjadi lebih lentur. Mengurangi resiko robekan di perineum.

9. Akupunktur

Akupunktur adalah cara alami dan non-invasif untuk mempersiapkan tubuh menghadapi persalinan. Akupunktur

dilakukan dengan menusukkan jarum yang sangat tipis ke titik-titik tertentu pada tubuh untuk merangsang sistem saraf guna menciptakan perubahan di seluruh tubuh. Stimulasi dilakukan pada titik-titik : titik limpa 6 (SP6), terletak di atas pergelangan kaki bagian dalam, titik *kunlun*, terletak di luar pergelangan kaki, antara tulang pergelangan kaki dan tendon achilles, titik Zhiyin, terletak pada ujung kelingking kaki di tepi luar dasar kuku, titik PC8 (*Lao Gong*), terletak di sisi telapak tangan, di bagian tengah telapak tangan, tepat di bawah jari tengah.

10. *Birthing Ball*

Birthing ball atau *gym ball* merupakan salah satu alternatif dalam upaya mempercepat kontraksi sehingga bayi lahir lebih cepat, hal ini meminimalkan rasa nyeri yang dirasakan ibu saat mengalami kontraksi. Ibu hamil dapat menduduki *gymball* untuk merangsang terbukanya serviks atau jalan lahir sehingga menyebabkan kepala atau bagian terendah janin menjadi mudah untuk turun.

11. Merangsang Puting Payudara

Merangsang puting payudara merupakan salah satu cara untuk merangsang kontraksi agar bayi cepat lahir. Hal ini juga salah satu cara yang digunakan untuk merangsang produksi hormon oksitosin sehingga rahim dapat berkontraksi dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilia, Y. (2014). *Gentle Birth Balance : Persalinan Holistik Mind, Body, and Soul*. Bandung: Qanita Mizan.
- Aprilia, Y. (2020). *Prenatal Gentle Yoga*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Fitriana Y, Nurwiandani W. 2020. Asuhan Persalinan Konsep Persalinan secara Komprehensif dalam Asuhan Kebidanan. I. Umayyah Luatul N, editor. Yogyakarta: Pustaka Baru Press. 208 p.
- Fitriahadi E, Utami I. 2021. Deep back dan rubbing massage berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri dan percepatan pembukaan serviks ibu bersalin. *Jurnal Kebidanan*. 10(1):13.
- Puspitasari L. 2020. Efektifitas Teknik Effleurage Dan Counter Pressure Vertebra Sacralis Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I. *Jurnal Kebidanan*. 12(01):46.
- Saputra, K. (2017). *Akupunktur Dasar : Edisi 2*. University Airlangga.

BAB 8

ASUHAN POST PARTUM

Oleh Rini Wahyuni

8.1 Pendahuluan

Masa nifas (*Post Partum*) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal post partum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020).

Tujuan dilakukannya tatalaksana asuhan kepada ibu nifas adalah untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi, pencegahan diagnosa dini dan pengobatan komplikasi pada ibu, merujuk ibu kepada tenaga ahli bilamana perlu, mendukung dan memperkuat keyakinan ibu serta meyakinkan ibu mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus, imunisasi ibu terhadap tetanus dan mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak (Ambarwati dan Wulandari, 2018).

Asuhan kebidanan masa nifas yang diberikan oleh bidan harus terpusat kepada ibu (*women centered care*), yaitu dengan mempertimbangkan hak-hak dan pilihan ibu. Asuhan kebidanan masa nifas yang berpusat pada ibu merupakan filosofi dasar dan pendekatan praktis adalah dengan menekankan pada interaksi untuk membangun hubungan antara bidan dengan ibu. Asuhan kebidanan masa nifas diberikan secara terus menerus dan holistik yang mempertimbangkan konteks fisik, emosional, psikologis, spiritual, sosial, dan budaya. (Sulfiyanti, 2021).

8.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan pada masa nifas memiliki tujuan tertentu yang bermanfaat bagi ibu dan bayinya. Menurut Saifuddin (2009), tujuan asuhan masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya secara fisik maupun psikologi. Tujuan pertama asuhan masa nifas adalah memastikan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayinya. Hal ini melibatkan pemantauan secara rutin terhadap kondisi fisik ibu, termasuk proses pemulihan dari persalinan dan tanda-tanda komplikasi. Selain itu, penting pula untuk memberikan dukungan psikologis kepada ibu agar dapat mengatasi perubahan emosional yang mungkin terjadi pasca persalinan.
2. Melakukan deteksi dini, mendeteksi masalah, atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya. Tujuan kedua adalah untuk melakukan deteksi secara rutin guna mendeteksi dini masalah atau komplikasi yang mungkin muncul pada ibu atau bayi baru lahir. Jika ada masalah yang terdeteksi, maka langkah-langkah yang sesuai harus diambil segera, termasuk merujuk ibu atau bayi ke fasilitas kesehatan yang lebih spesialis untuk perawatan lebih lanjut.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat. Tujuan ketiga adalah memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu dan keluarganya tentang berbagai aspek perawatan kesehatan, termasuk nutrisi, keluarga berencana, teknik menyusui yang benar, pentingnya imunisasi untuk bayi, serta perawatan yang diperlukan untuk menjaga kesehatan bayi selama masa nifas.
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana (KB). Tujuan terakhir adalah memberikan layanan keluarga berencana kepada ibu setelah melahirkan untuk mengendalikan kehamilan yang tidak diinginkan dan merencanakan keluarga dengan baik. Sosialisasi KB melibatkan pemberian informasi tentang berbagai metode kontrasepsi dan

dukungan dalam membuat keputusan yang tepat terkait perencanaan keluarga.

8.3 Peran dan Tanggung Jawab Bidan

Selama masa nifas, bidan berperan memberikan perawatan yang konsisten dan dukungan kepada ibu dalam proses pemulihan dari stres akibat persalinan. Selain itu, bidan juga bertugas untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayinya. Dalam melakukan penyesuaian terhadap perubahan pasca persalinan, bidan diharapkan mampu menghadirkan kontribusi yang relevan melalui penerapan kompetensi, keterampilan, dan kepekaan terhadap kebutuhan serta harapan ibu dan keluarganya. Bidan juga diharapkan dapat merencanakan asuhan secara individual yang sesuai dengan kebutuhan ibu. (Sulistiyowati,2024).

Dalam pandangan Jannah (2012), bidan memiliki peran yang sangat penting sebagaimana diuraikan di bawah ini.

1. Bidan berperan sebagai teman dekat sekaligus pendamping saat ibu menghadapi masa kritis nifas. Di awal masa nifas, ibu akan menghadapi tantangan yang berat dan memerlukan dukungan yang solid. Keberadaan teman dekat yang dapat diandalkan akan menjadi penting dalam membantu ibu mengatasi kesulitan. Bagaimana interaksi antara ibu dan bidan terbentuk sangat bergantung pada keterampilan bidan dalam menjadi teman dan pendamping bagi ibu. Jika pada tahap ini hubungan antara ibu dan bidan terjalin dengan baik, maka mencapai tujuan asuhan akan menjadi lebih mudah.
2. Bidan memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu dan keluarga. Masa nifas merupakan periode yang sangat berharga bagi bidan untuk menjalankan perannya sebagai pendidik. Selama masa ini, tidak hanya ibu yang akan menerima pembelajaran tentang kesehatan; tetapi juga seluruh anggota keluarga akan terlibat. Bidan akan mengajak keluarga untuk mempelajari teknik-teknik yang relevan dalam memberikan pendidikan kesehatan yang sesuai. Selain itu, setiap keputusan yang berkaitan dengan

kesehatan akan melibatkan keluarga sehingga bidan selalu mengikutsertakannya dalam proses perawatan.

8.4 Tahapan Masa Nifas Masa nifas

Tahapan Masa Nifas Masa nifas dibagi dalam 3 tahap, yaitu puerperium dini (*immediate puerperium*), puerperium intermedial (*early puerperium*), dan remote puerperium (*later puerperium*). Adapun penjelasannya sebagai berikut:

1. Puerperium dini (*immediate puerperium*) yaitu pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. Puerperium intermedial (*early puerperium*) yaitu suatu masa di mana pemulihan dari organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
3. Remote puerperium (*later puerperium*) yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun. (Nugroho, 2014).

8.5 Kebijakan Program Nasional Asuhan Masa Nifas

Pelayanan nifas ialah pelayanan kesehatan terpadu serta menyeluruh yang ditawarkan bagi ibu serta bayi selama enam jam hingga 42 hari setelah kelahiran. Layanan komprehensif disediakan di sini, termasuk pengumpulan riwayat, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (termasuk laboratorium), KB setelah persalinan, manajemen kasus, KIE, serta rujukan jika diperlukan. (KEMENKES RI.2020)

8.6 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan pilar utama dalam proses menyusui, IMD adalah usaha bayi untuk menyusui segera setelah lahir. Segera setelah lahir, bayi dikeringkan seluruh tubuhnya, kecuali bagian telapak tangan, kemudian diletakkan pada bagian perut, dada ibu untuk melakukan kontak kulit 170 Asuhan

Kebidanan Pada Masa Nifas dengan kulit, dan bayi diselimuti agar tetap hangat. Selama satu jam proses IMD ini, bayi dibiarkan merayap untuk mencari puting susu ibu. Pelaksanaan IMD memberikan banyak manfaat pada ibu dan bayi. Kontak kulit antara ibu dan bayi dapat memberikan kehangatan pada bayi, sehingga bayi bisa terhindar dari hipotermia. Manfaat selanjutnya adalah IMD dapat meningkatkan ikatan batin antara ibu dan bayi, serta memberikan efek psikologis berupa ketenangan pada ibu dan bayinya. Kemampuan bayi untuk menemukan dan menghisap puting susu ibu saat IMD akan memicu produksi oksitosin pada tubuh ibu. Oksitosin ini berguna untuk membantu proses pengeluaran plasenta dan mencegah terjadinya perdarahan setelah bersalin. ASI yang keluar pertama kali mengandung banyak antibodi dan zat penting lainnya yang berguna untuk melindungi bayi. Praktik IMD di pelayanan kesehatan dilindungi oleh Undang-Undang dan Peraturan, yaitu sebagai berikut:

1. Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang tertuang pada Pasal 4, Pasal 5 dan Pasal 6.
2. Keputusan Menteri Kesehatan No. 450/MENKES/SK/VI/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif pada Bayi di Indonesia, yang tertuang pada Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui

8.7 Rawat Gabung

Rawat gabung adalah suatu perawatan pasca salin dengan menempatkan ibu dan bayi pada ruang perawatan yang sama, sehingga ibu dapat selalu bersama dengan bayinya dan bisa segera memberikan perhatian kepada bayinya. Manfaat rawat gabung bagi ibu dan bayi antara lain:

1. Mendukung pemberian ASI Eksklusif.
2. Mendorong involusi uterus terjadi dengan baik.
3. Meningkatkan ikatan batin antara ibu dan bayi.
4. Melatih keterampilan ibu dalam merawat bayinya.
5. Meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayinya.

6. Mendorong ibu untuk melakukan mobilisasi dini sehingga dapat mencegah munculnya komplikasi pasca salin.
7. Kontak antara ibu dan bayi dapat memberikan stimulus pada bayi yang akan mempengaruhi perkembangan bayi.
8. Menurunkan biaya perawatan. Rawat gabung merupakan pilihan perawatan terbaik untuk ibu dan bayi sehat.

Memberikan asuhan kebidanan masa nifas dengan rawat gabung, memerlukan komitmen dan kerja sama yang kuat antara instansi pemberi pelayanan kesehatan dengan ibu dan keluarga.

8.8 Vitamin A Dosis Tinggi

Vitamin A merupakan salah satu zat gizi esensial yang tidak hanya dibutuhkan oleh ibu tetapi juga dibutuhkan oleh bayinya. Vitamin A adalah zat gizi penting yang larut dalam lemak dan disimpan dalam hati, tidak dapat dibuat oleh tubuh, sehingga harus dipenuhi dari luar. Ibu pada masa nifas memiliki kebutuhan akan vitamin A yang tinggi. Vitamin A ini berperan terhadap penglihatan, sistem kekebalan pada tubuh ibu dalam mempertahankan diri dari infeksi, selain itu dapat memenuhi kebutuhan ibu nifas selama masa pemulihan. Kekurangan vitamin dapat meningkatkan gangguan pada mata, hingga bisa terjadi komplikasi, meningkatkan resiko suatu penyakit dan risiko kematian. Pemberian vitamin A kepada ibu selama masa nifas adalah sebanyak 2 kali dengan dosis masing-masing kapsul 200.000 IU. Vitamin A dosis pertama diberikan segera setelah ibu melahirkan, lalu dosis kedua diberikan pada hari berikutnya dan tidak lebih dari 6 minggu. Dengan mengonsumsi vitamin A dosis tinggi, maka dapat meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI sehingga dapat memenuhi kebutuhan bayi sampai bayi berusia 6 bulan dan dapat mencegah terjadinya kekurangan vitamin A pada bayi.

8.9 ASI Eksklusif

ASI Eksklusif menurut *World Health Organization* (WHO, 2019) adalah memberikan hanya ASI saja tanpa memberikan makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai berumur 6 bulan, kecuali obat dan vitamin (Humune et al., 2020).

Menurut Kemenkes RI (2021) ASI (Air Susu Ibu) merupakan asupan yang terbaik untuk bayi. bayi sehat pada umumnya tidak memerlukan makanan tambahan sampai usia 6 bulan. Memberikan ASI kepada bayi secara eksklusif ini merupakan salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan anak. Menurut Kemenkes RI (2021) upaya untuk mencapai keberhasilan pemberian ASI Eksklusif adalah:

1. Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dalam satu jam pertama sejak bayi lahir
2. Menyusui bayi paling sedikit 8-12 kali sehari
3. Memerah ASI dengan tangan lebih dianjurkan. ASI dapat juga diperah dengan menggunakan pompa
4. Tidak menggunakan botol susu ketika memberikan ASI perah
5. Bila memungkinkan membawa bayi ke tempat ibu bekerja sehingga ibu tetap dapat menyusui
6. Tidak memberikan makanan atau minuman lain kepada bayi hingga berumur 6 bulan.

Praktik ASI eksklusif memerlukan dukungan dari berbagai pihak dan berbagai sektor yang ada di masyarakat, termasuk pemerintah. Pemberian ASI eksklusif terjamin oleh negara melalui beberapa Peraturan Hukum, antara lain: 1. Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yang tertuang pada Pasal 128 ayat 2 dan 3, 2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, yang tertuang pada Pasal 6, tentang Keputusan Menteri Kesehatan No. 450/MENKES/SK/VI/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif pada Bayi di seluruh Indonesia, yang tertuang pada Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM).

8.10 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Asuhan masa nifas harus diberikan secara menyeluruh sesuai kebutuhan ibu nifas. Kebutuhan tersebut akan bisa diketahui dari hasil pengkajian yang dilakukan oleh bidan, yang terdiri dari:

1. Anamnesa dilakukan untuk mengetahui keluhan ibu terkait kondisi masa nifas yaitu (Nama, umur , Agama, Pendidikan, Suku, Pekerjaan dan alamat). Keluhan utama pasien Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, Kondisi lain yang perlu dikaji adalah riwayat menstruasi, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu, riwayat KB, riwayat Kesehatan ibu, pola kebiasaan sehari-hari seperti (Nutrisi, eliminasi, istirahat, personal hygiene, aktivitas), dan kondisi psikososial ibu selama masa nifas. Pengkajian secara mendalam akan membantu bidan untuk menggali permasalahan yang terjadi pada ibu dan bisa merencanakan asuhan yang dapat mengatasi permasalahan tersebut.
2. Pemeriksaan fisik Setelah melakukan anamnesis, bidan perlu melakukan pemeriksaan fisik pada ibu, hal ini diperlukan untuk memastikan kondisi ibu. Pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan adalah:
 - a. Pemeriksaan kondisi umum, tingkat kesadaran dan postur tubuh.
 - b. Pemeriksaan tanda-tanda vital (Tekanan Darah, Nadi, Pernapasan dan suhu tubuh)
 - c. Pemeriksaan tinggi dan berat badan ibu.
 - d. Pemeriksaan fisik lengkap head to toe dengan menekankan pada pemeriksaan payudara, abdomen dan anogenital
 - e. Data penunjang : Laboratorium (Kadar Hb, Hamatokrit, Kadar leukosit, Golongan darah), USG dll. (Mirong & Yulianti, 2023).

8.11 Kunjungan Masa Nifas

Selama masa nifas, ibu dianjurkan datang ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan asuhan yang komprehensif. Kunjungan masa nifas, atau yang biasa disebut dengan KF, dianjurkan untuk dilakukan sebanyak 4 kali.

Kegiatan yang dilakukan oleh bidan selama kunjungan meliputi pemeriksaan untuk deteksi dini, pencegahan, intervensi, dan penanganan masalah-masalah yang terjadi pada saat nifas.

Ada 4 kali Kunjungan Masa Nifas yaitu :

1. Kunjungan Nifas 1 (KF I) pada 6 – 8 jam pasca bersalin
Tujuan dari kunjungan nifas 1 adalah:
 - a. Mencegah terjadinya pendarahan pasca persalinan karena atonia uteri
 - b. Mendeteksi dan mengobati penyebab lain dari pendarahan serta merujuk pasien jika perdarahan berlanjut
 - c. Memberikan konseling kepada ibu atau anggota keluarga tentang cara mencegah pendarahan pascapersalinan karena atonia uteri
 - d. Memberikan dukungan dan panduan awal tentang pemberian asi
 - e. Membangun hubungan yang baik antara ibu dan bayi yang baru lahir
 - f. Mencegah hipotermia dan menjaga kesehatan bayi; dan jika petugas kesehatan membantu proses persalinan, mereka harus tinggal bersama ibu dan bayi baru lahir selama dua jam pertama setelah kelahiran atau sampai kondisi ibu dan bayi stabil
2. Kunjungan Nifas 2 (KF II) pada 3 – 7 hari pasca bersalin
Tujuan dari kunjungan nifas 2 adalah:
 - a. Memeriksa involusi uterus untuk memastikan kontraksi yang baik, menilai posisi fundus uteri di bawah umbilikus, dan memastikan tidak adanya perdarahan abnormal
 - b. Mengevaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan yang tidak normal
 - c. Memastikan bahwa ibu mendapatkan asupan makanan, cairan, dan istirahat yang cukup
 - d. Memverifikasi praktik menyusui yang baik dan mengidentifikasi tanda-tanda potensi masalah dalam menyusui
 - e. Serta memberikan konseling kepada ibu tentang perawatan bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat, dan perawatan sehari-hari untuk bayi yang baru lahir.

3. Kunjungan Nifas 3 (KF III) pada 8 – 28 hari pasca persalinan.
 - a. Memantau proses involusi uterus dan memeriksa posisi fundus uteri untuk memastikan kontraksi yang baik dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
 - b. Mengevaluasi kondisi kesehatan ibu, termasuk memeriksa adanya tanda-tanda infeksi, demam, atau masalah kesehatan lainnya.
 - c. Memberikan konseling dan dukungan terkait dengan perawatan bayi, menyusui, dan perubahan emosional yang mungkin dialami oleh ibu pascapersalinan.
 - d. Memastikan bahwa ibu mendapatkan cukup istirahat, nutrisi, dan dukungan sosial selama masa pemulihan pasca persalinan.
 - e. Menyediakan informasi dan saran terkait dengan perencanaan keluarga dan penggunaan kontrasepsi pasca persalinan.
 - f. Memantau perkembangan bayi, termasuk peningkatan berat badan, pola makan, dan tanda-tanda kesehatan lainnya.
4. Kunjungan Nifas 4 (KF IV) pada 29 – 42 hari pasca salin
 - a. Menilai apakah ibu atau bayi mengalami komplikasi atau masalah kesehatan lainnya
 - b. Memberikan konseling awal tentang perencanaan keluarga dan penggunaan kontrasepsi pasca persalinan
 - c. Mendorong atau mengajak ibu untuk membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan rutin dan imunisasi (Sulfiyanti,Dkk.2021)

8.12 Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Kemenkes RI (2021) ada beberapa tanda bahaya masa nifas yang harus diperhatikan, diantaranya yaitu :

1. Demam lebih dari 37,5°C
2. Perdarahan Aktif Dari Jalan Lahir
3. Muntah
4. Rasa Sakit Saat Buang Air Kecil

5. Pusing Atau Sakit Kepala Yang Terus Menerus Atau Gangguan Penglihatan
6. Lochea Berbau
7. Sulit Dalam Menyusui
8. Sakit Perut Yang Hebat
9. Merasa Lebih Letih Dan Sedih
10. Pembengkakan
11. Kehilangan Nafsu Makan Dalam Waktu Yang Lama.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Bari, Saifuddin. 2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta : Bina Pustaka
- Anita, Nur Dkk. 2023. *Asuhan Kebidanan Pasca Persalinan dan Menyusui*. Jawa Barat : Kaizen Media Publishing
- Ambarwati Retna Eny, Wulandari Diah. 2018. *Asuhan Kebidanan Nifas. 5th ed*. Yogyakarta: Mitra Cendika Pers Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Kepmenkes RI No.450/MENKES/IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif pada Bayi Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2004
- Jannah, Nurul. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: C.V Andi Offset
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. *Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas, Dan Bayi Baru Lahir Selama Social Distancing*. Jakarta: Kemenkes RI
- Kementrian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. Jakarta: Kemenkes RI; 2022
- Mirong, ignasensia D. & Yulianti,Hasri. 2023. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Malang : Rena Cipta Mandiri
- Nugroho, T., dkk. 2014. *Buku ajar asuhan kebidanan nifas (askeb 3)*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Sulfiyanti.Dkk. 2023. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Medan : Yayasan Kita Menulis
- Sulistiyowati,anisa nanang. 2024. *Asuhan kebidanan pada ibu nifas dan menyusui*. Malang: CV. Literasi Nusantara Abadi
- Yuliana & Hakim. 2020. *Emodemo Dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Sulawesi Selatan: Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia

BAB 9

KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Oleh Sriwahyuni

9.1 Konsep Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala hal yang berkaitan dengan system, fungsi dan proses reproduksinya.

Menurut ICPD kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan social secara utuh, tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala hal yang berkaitan dengan system, fungsi dan proses reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera secara menyeluruh tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala hal yang berkaitan dengan system fungsi dan proses reproduksi, baik itu pada wanita maupun pria (Widyastuti, 2009).

9.2 Tujuan Kesehatan Reproduksi

Tujuan kesehatan reproduksi adalah untuk menjamin keberlangsungan hidup manusia, meningkatkan kualitas hidup, dan mendukung kemampuan memperoleh keturunan.

1. Tujuan kesehatan reproduksi secara umum
 - a. Menjamin keberlangsungan hidup manusia dari generasi ke generasi
 - b. Meningkatkan kualitas hidup
 - c. Mendukung kemampuan memperoleh keturunan
 - d. Menjaga kesehatan organ reproduksi
 - e. Menjaga kesejahteraan fisik, mental, dan social

2. Tujuan kesehatan reproduksi bagi remaja
 - a. Melindungi dari pernikahan usia dini
 - b. Melindungi dari kehamilan yang tidak dikehendaki
 - c. Melindungi dari aborsi
 - d. Melindungi dari Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV/AIDS
 - e. Melindungi dari kekerasan seksual
 - f. Membangun kebiasaan baik, seperti menjaga kebersihan
 - g. Membangun sikap dan tingkah laku yang bertanggung jawab

9.3 Organ Reproduksi

Organ reproduksi dibagi menjadi dua antara lain:

1. Organ Reproduksi Wanita

Organ reproduksi wanita terdiri dari sepasang indung telur (ovarium), sepasang fimbria, sepasang saluran telur, rahim (uterus) dan vagina.

2. Organ Reproduksi Pria

Organ reproduksi pria terdiri dari sepasang buah zakar, skrotum, saluran sperma, penis dan lubang kencing. Organ reproduksi merupakan hal yang sangat vital maka perlu dijaga kesehatannya. Pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi harus diberikan sejak awal terutama pada remaja dan sebelum menikah.

9.4 Hak-Hak Reproduksi

Konferensi internasional kependudukan dan pembangunan, disepakati hal-hal reproduksi yang bertujuan untuk mewujudkan kesehatan bagi individu secara utuh, baik kesehatan rohani dan jasmani, meliputi :

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi
2. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi
3. Hak kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi

4. Hak dilindungi dan kematian karena kehamilan
5. Hak untuk menentukan jumlah dan jarak kehamilan
6. Hak atas kebebasan dan keamanan yang berkaitan dengan kehidupan reproduksinya
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari pelecehan, perkosaan, kekerasan, penyiksaan seksual
8. Hak mendapatkan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi
9. Hak atas pelayanan dan kehidupan reproduksinya
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga
11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam berkeluarga dan kehidupan kesehatan reproduksi
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi

9.5 Pemeriksaan Kesehatan Reproduksi

Pemeriksaan atau skrining kesehatan reproduksi penting dilaksanakan untuk mengetahui secara dini kualitas kesehatan reproduksi. Berikut beberapa jenis pemeriksaan kesehatan reproduksi:

1. Skrining Pra Nikah

Skrining pra nikah merupakan serangkaian tes kesehatan reproduksi yang dilakukan sebelum menikah. Pemeriksaan skrining pra nikah meliputi pemeriksaan genetik, penyakit infeksi dan menular melalui darah dan hubungan seksual. Pemeriksaan disarankan dilakukan 6 bulan sebelumnya. Keuntungan skrining pra nikah antara lain:

- a. Mencegah penyakit pada keturunan seperti thalassemia
- b. Mengetahui riwayat kesehatan diri dan pasangan
- c. Membuat calon mempelai semakin siap, lebih terbuka dan yakin satu dengan lainnya.

2. Skrining Marital

Skrining marital merupakan serangkaian tes kesehatan reproduksi yang dilakukan saat memasuki tahap perkawinan. Adapun serangkaian tes yang dilakukan antara lain:

- a. Pemeriksaan Fisik
- b. Pemeriksaan Penyakit Hereditas
- c. Pemeriksaan Penyakit Menular
- d. Pemeriksaan Organ Reproduksi
- e. Pemeriksaan Alergi

9.6 Penyakit Menular Seksual

Penyakit menular seksual adalah penyakit infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual. Orang yang berisiko terkena PMS adalah orang yang suka berganti-ganti pasangan seksual dan orang yang mempunyai satu pasangan seksual namun pasangan seksualnya berganti-ganti pasangan. Adapun beberapa penyakit menular seksual yang kerap kali ditemukan antara lain :

1. Gonorrhoea

Infeksi ini disebabkan oleh bakteri. Gejala pada laki-laki antara lain nyeri saat kencing, keluar nanah, gatal dan perih saat BAK. Sedangkan gejala pada wanita yaitu sebagian besar (60-80%) tidak ada gejala atau keluar nanah saat BAK.

2. Infeksi Chlamydia

Infeksi disebabkan oleh bakteri. Gejala dari infeksi ini mirip dengan gonorrhoea namun lebih ringan.

3. Sifilis (Raja Singa)

Sifilis disebabkan oleh bakteri. Gejalanya yaitu luka pada kemaluan yang tidak nyeri dan berwarna kemerahan, bias disertai pembengkakan kelenjar di seluruh tubuh, bercak merah pada kulit yang tidak khas, hilangnya kontrol saraf dan akibatnya dapat mengalami pikun dan sering ngompol.

4. Herpes Genitalis

Infeksi ini disebabkan oleh virus. Gejalanya timbul gerombolan bintil-bintil berukuran kecil, bias berisi air atau darah terutama pada pasien penderita HIV.

5. Trikomoniasis

Trikomoniasis disebabkan oleh parasit. Gejalanya yaitu keluar cairan vagina berwarna putih hingga kuning kehijauan, berbau busuk, encer dan keluar banyak. Bisa muncul bintik kemerahan pada mulut rahim atau biasa disebut dengan strawberry cervix.

6. Candidiasis

Candidiasis disebabkan oleh jamur, gejalanya yaitu keluarnya cairan yang mudah menggumpal, berwarna putih dengan rasa gatak yang hebat yang dirasakan di dalam dan di luar vagina. Seseorang dengan candidiasis patut dicurigai menderita HIV bila candidiasis sangat parah dan muncul di daerah mulut atau di sisi dalam pipi.

7. HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Penderita yang terjangkit HIV mudah terkena penyakit infeksi lain dan keganasan. AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) merupakan kumpulan gejala akibat gangguan sistem kekebalan tubuh yang didapat. AIDS didapat dari infeksi HIV. Sampai saat ini obat yang tersedia hanya untuk mengendalikan virus HIV, bukan untuk memberantasnya.

HIV/AIDS termasuk Penyakit Menular Seksual, Menular lewat cairan tubuh antara lain cairan mani, cairan vagina, produk darah dan air susu. Penularannya melalui hubungan seksual dan penggunaan jarum suntik bekas, dari ibu hamil ke janinnya. Pengidap HIV/AIDS dapat terlihat normal dan baik-baik saja. Orang yang baru saja tertular HIV sudah langsung dapat menularkan ke orang lain.

9.7 Pencegahan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS

Pencegahan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS menggunakan metode ABCDE yaitu antara lain :

1. A = Absen yaitu tidak berhubungan seksual saat jauh dari pasangan
2. B = Be faithful (setia) yaitu tidak berganti-ganti pasangan
3. C = Condom yaitu memakai kondom saat melakukan hubungan seksual
4. D = Drugs yaitu tidak menggunakan narkoba
5. E=Education yaitu aktif mencari informasi yang benar

9.8 Cara Menjaga Kesehatan Reproduksi

Adapun cara menjaga kesehatan reproduksi antara lain :

1. Ganti pakaian dalam minimal 2 kali sehari
2. Tidak memakai pakaian dalam yang ketat dan berbahan sintetik
3. Bersihkan organ reproduksi luar dari arah depan ke belakang, gunakan air bersih dan keringkan
4. Tidak terlalu sering menggunakan cairan pembilas vagina
5. Jangan menggunakan panty liner dalam waktu lama
6. Ganti pembalut setiap 4 jam sekali
7. Bagi laki-laki, sebaiknya disunat

9.9 Konsep Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) adalah program pemerintah untuk membatasi angka kelahiran dan mengendalikan pertumbuhan penduduk. KB juga bertujuan untuk mewujudkan keluarga yang sehat dan sejahtera.

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah menjaga sperma laki – laki mencapai dan membuahi telur wanita (Fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi dan berkembang dalam rahim.

9.10 Ruang Lingkup Program KB

1. Peningkatan pelaksanaan keluarga berencana
2. Perbaikan kesehatan reproduksi remaja
3. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
4. Penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas
5. Keserasian kebijakan kependudukan
6. Pengelolaan SDM Aparatur
7. Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan
8. Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur Negara
9. Pelatihan bagi pendidik sebaya dan konselor sebaya

9.11 Tujuan KB

1. Mengendalikan penambahan penduduk
2. Membatasi angka kelahiran
3. Mengatur jarak kelahiran
4. Menciptakan keluarga sehat dan sejahtera
5. Mendorong kecukupan ASI dan pola asuh anak yang baik
6. Mencegah gangguan kesehatan mental keluarga

9.12 Manfaat KB

1. Pertumbuhan dan kesehatan anak terjaga dengan baik
2. Anak mendapatkan perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup
3. Masa depan dan pendidikan anak terencana dengan baik
4. Pasangan suami istri bisa hidup lebih sehat dan sejahtera

9.13 Sasaran KB

1. Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk
2. Menurunnya angka kelahiran total (TFR)
3. Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya
4. Meningkatkan peserta KB laki-laki
5. Meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif, dan efisien.
6. Meningkatkan rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
7. Meningkatkan partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
8. Meningkatkan jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.
9. Meningkatkan jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional.

9.14 KIE (Komunikasi, Informasi Dan Edukasi)

Komunikasi kesehatan adalah usaha sistematis untuk mempengaruhi perilaku positif dimasyarakat, dengan

menggunakan prinsip dan metode komunikasi baik menggunakan komunikasi pribadi maupun komunikasi massa.

Informasi adalah keterangan, gagasan maupun kenyataan yang perlu diketahui masyarakat (pesan yang disampaikan).

Edukasi adalah proses perubahan perilaku ke arah positif

1. Tujuan KIE

- a. Meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek KB sehingga tercapai penambahan peserta baru
- b. Membina kelestarian peserta KB
- c. Meletakkan dasar bagi mekanisme sosio-kultural yang dapat menjamin berlangsungnya proses penerimaan
- d. Mendorong terjadinya proses perubahan perilaku ke arah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat (klien) secara wajar sehingga masyarakat melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab.

2. Jenis Kegiatan KIE

- a. KIE Individu Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana Page 106 Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan individu sasaran program KB.
- b. KIE Kelompok Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan kelompok (2-15 orang)
- c. KIE MASSA Suatu proses KIE tentang program KB yang dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung kepada masyarakat dalam jumlah besar.

3. Prinsip Langkah KIE

- a. Memperlakukan klien dengan sopan, baik dan ramah
- b. Memahami, menghargai dan menerima keadaan ibu sebagaimana adanya
- c. Memberi penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami
- d. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari
- e. Menyesuaikan isi penyuluhan dengan keadaan dan resiko yang dimiliki ibu

4. Faktor Yang Mempengaruhi KIE
 - a. Faktor Penunjang Pengetahuan dan keterampilan dari komunikator / pelaksana sangat menunjang kelancaran proses KIE
 - b. Faktor Penghambat
 - 1) Komunikator tidak menguasai isi pesan yang disampaikan, kurang pengalaman, pengetahuan dan keterampilan serta penampilan yang meyakinkan
 - 2) Pesan yang disampaikan kurang jelas karena suara terlalu kecil atau cepat sehingga sulit ditangkap oleh penerima, atau menyampaikannya menggunakan bahasa asing yang tidak dimengerti
 - 3) Media yang digunakan tidak sesuai dengan topik permasalahan
 - 4) Pengetahuan komunikasi terlalu rendah sehingga sulit mencerna pesan yang disampaikan
 - 5) Lingkungan tempat KIE berlangsung terlalu bising sehingga pesan yang disampaikan tidak jelas
5. Konseling KB
 - a. Pengertian Konseling KB Merupakan proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan KB dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kali kesempatan tapi juga saat pemberian pelayanan
 - b. Tujuan Konseling KB
 - 1) Meningkatkan penerimaan Informasi yang benar, diskusi bebas dengan cara mendengarkan, berbicara dan komunikasi non-verbal meningkatkan penerimaan informasi mengenai KB oleh klien
 - 2) Menjamin pilihan yg cocok Menjamin petugas dan klien memilih cara terbaik yang sesuai dengan keadaan kesehatan dan kondisi klien
 - 3) Menjamin penggunaan yg efektif Konseling efektif diperlukan agar klien mengetahui bagaimana menggunakan KB dengan benar dan mengatasi informasi yang keliru tentang cara tersebut

- 4) Menjamin kelangsungan yang lebih lama
Kelangsungan pemakaian cara KB akan lebih baik bila klien ikut memilih cara tersebut, mengetahui cara kerjanya dan mengatasi efek sampingnya
6. Jenis Konseling
- a. Konseling Awal
 - 1) Bertujuan menentukan metode apa yg diambil
 - 2) Bila dilakukan dengan objektif langkah ini akan membantu klien untuk memilih jenis KB yang cocok untuknya
 - 3) Yang perlu diperhatikan dalam langkah ini :
 - a) Menanyakan langkah yg disukai klien
 - b) Apa yg diketahui tentang cara kerjanya, kelebihan dan kekurangannya
 - b. Konseling Khusus
 - 1) Memberi kesempatan klien untuk bertanya ttg cara KB dan membicarakan pengalamannya
 - 2) Mendapatkan informasi lebih rinci tentang KB yg diinginkannya
 - 3) Mendapatkan bantuan untuk memilih metoda KB yang cocok dan mendapatkan penerangan lebih jauh tentang penggunaannya
 - c. Konseling Tindak Lanjut
 - 1) Konseling lebih bervariasi dari konseling awal
 - 2) Pemberi pelayanan harus dapat membedakan masalah yg serius yang memerlukan rujukan dan masalah yang ringan yang dapat diatasi di tempat
7. Langkah-Langkah Dalam Konseling KB
- Langkah konseling KB dikenal dengan SATUTUJU, yaitu :
- a. SA : Sapa dan Salam, artinya :
 - 1) Sapa klien secara terbuka dan sopan
 - 2) Beri perhatian sepenuhnya, jaga privasi pasien
 - 3) Bangun percaya diri pasien
 - 4) Tanyakan apa yang perlu dibantu dan jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
 - b. T : Tanya, Artinya :
 - 1) Tanyakan informasi tentang dirinya

- 2) Bantu klien pengalaman tentang KB dan kesehatan reproduksi
 - 3) Tanyakan kontrasepsi yang ingin digunakan
- c. U: Uraikan, Artinya :
- 1) Uraikan pada klien mengenai pilihannya
 - 2) Bantu klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia ingini serta jelaskan jenis yang lain.
- d. TU : Bantu, Artinya :
- 1) Bantu klien berfikir apa yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya
 - 2) Tanyakan apakah pasangan mendukung pilihannya
- e. J : Jelaskan, Artinya :
- 1) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya.
 - 2) Jelaskan bagaimana penggunaannya
 - 3) Jelaskan manfaat ganda dari kontrasepsi
- f. U : Kunjungan Ulang, Artinya :
- Perlu dilakukan kunjungan ulang untuk dilakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan.
- Selain langkah SATUTUJU, langkah dalam konseling KB juga dikenal dengan GATHER.
- 1) G : Greet Berikan salam, kenalkan diri dan buka komunikasi
 - 2) A : Ask Tanya keluhan/kebutuhan pasien dan menilai apakah keluhan/ kebutuhan sesuai dengan kondisi yang dihadapi?
 - 3) T : Tell Beritahukan persoalan pokok yg dihadapi pasien dari hasil tukar informasi dan carikan upaya penyelesaiannya
 - 4) H : Help Bantu klien memahami & menyelesaikan masalahnya
 - 5) E : Explain Jelaskan cara terpilih telah dianjurkan dan hasil yang diharapkan mungkin dapat segera terlihat/ diobservasi)

- 6) R : Refer/Return visit Rujuk bila fasilitas ini tidak dapat memberikan pelayanan yang sesuai. Buat jadwal kunjungan Ulang).

9.15 Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah cara atau alat yang digunakan dengan tujuan untuk mencegah terjadinya kehamilan. Penggunaan alat kontrasepsi akan mencegah sel telur dan sel sperma bertemu, menghentikan produksi sel telur, menghentikan penggabungan sel sperma dan sel telur yang telah dibuahi yang menempel pada lapisan rahim.

Ada banyak jenis alat kontrasepsi, berikut beberapa di antaranya:

1. Kontrasepsi Alami

Cara ini dilakukan dengan menghitung masa subur wanita secara manual melalui perhitungan siklus menstruasi. Metode ini bisa dilakukan dengan pemeriksaan suhu tubuh, perubahan pada cairan vagina, hingga menghitung menggunakan kalender.



2. Pil KB

Pil KB menjadi alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan. Pil ini mengandung hormon estrogen dan progesteron yang berfungsi untuk mencegah terjadinya ovulasi. Ada dua jenis yang bisa ayah bunda temui, yaitu pil KB kombinasi dan pil yang hanya mengandung progesteron.

3. Kondom Pria

Alat kontrasepsi ini dipasang pada alat kelamin pria untuk mencegah masuknya sperma ke dalam vagina ketika sedang berhubungan. Kelebihan dari kondom adalah harganya yang terjangkau, memberikan perlindungan dari bahaya penularan penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS), dan sangat mudah didapatkan. Namun, alat kontrasepsi ini hanya bersifat sekali pakai.



4. Suntik

Alat kontrasepsi berupa suntik terbagi menjadi dua jenis, yaitu KB suntik yang memiliki jangka waktu tiga bulan untuk mencegah terjadinya kehamilan, dan KB suntik yang hanya bisa bertahan selama satu bulan. Metode ini disinyalir lebih efektif dibandingkan dengan mengonsumsi pil KB. Akan tetapi, tidak memberikan perlindungan maksimal terhadap penyakit menular seksual.



5. Implan

Alat kontrasepsi jenis ini memiliki bentuk dan seukuran batang korek api dan dimasukkan ke bagian bawah kulit, biasanya pada lengan bagian atas. KB implan akan mengeluarkan hormon progesterin secara perlahan, dan bisa mencegah terjadinya kehamilan hingga tiga tahun. Sama halnya dengan suntik, KB implan dan memiliki beberapa efek samping, seperti menstruasi tidak teratur, pembengkakan dan memar pada area kulit yang terpasang, dan tidak efektif untuk mencegah penularan IMS.



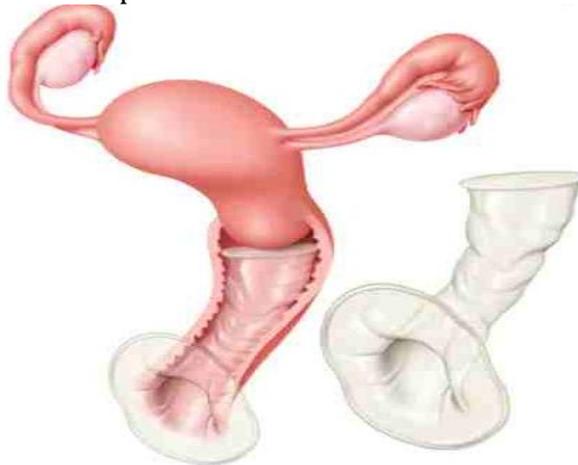
6. IUD

IUD merupakan singkatan dari intrauterine device, memiliki bentuk seperti huruf T. Alat KB ini dipasang pada rahim untuk menghalangi sperma dari proses pembuahan. Secara umum, IUD memiliki dua bentuk utama, yaitu IUD yang dibuat dari tembaga, misalnya ParaGard yang memiliki ketahanan hingga 10 tahun, dan IUD yang memiliki kandungan hormon, seperti Mirena yang harus diperbarui setiap lima tahun.



7. Kondom Wanita

Kondom wanita merupakan alat kontrasepsi berupa plastik yang dipasang menyelubungi vagina. Di bagian ujungnya terdapat cincin plastik yang berperan untuk menyesuaikan posisi alat kelamin pria ketika berhubungan. Sama halnya dengan kondom pria, kondom wanita juga memberikan perlindungan dari IMS, tetapi kurang efektif dibandingkan dengan kondom pria.



Kontrasepsi digunakan pada wanita dan pria usia subur yang sudah berusia antara 15-49 tahun yang sudah menikah. Cara menentukan alat kontrasepsi yang sesuai harus melalui konseling oleh tenaga kesehatan terlatih, setelah memahami penjelasan konseling pasangan berhak untuk memilih dan menentukan metode kontrasepsinya sendiri. Alat

kontrasepsi kondom pria bisa dibeli di apotek dan minimarket terdekat, untuk alat kontrasepsi wanita, bisa mendapatkannya di puskesmas, klinik, bidan, atau rumah sakit terdekat. (Edited by Unit PKRS)

DAFTAR PUSTAKA

- Podungge, Yusni dkk.2023.Kesehatan Perempuan dan Keluarga Berencana. Yogyakarta: CV Budi Utama
- Wahyuni, Candra. 2017.Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Kediri : Strada Press.
- Prijitni.2015. Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Pusat Pendidikan: Jakarta

BAB 10

MANAJEMEN LAKTASI

Oleh Murti Ani

10.1 Pendahuluan

Memberikan ASI merupakan intervensi yang paling hemat biaya untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas bayi, serta memberikan manfaat bagi bayi dan ibu. Air Susu Ibu (ASI) mengandung asam lemak esensial, protein, karbohidrat, vitamin, mineral, oligosakarida, antibodi, lisozim, laktoferin, sitokin, faktor pertumbuhan, hormon, yang membantu dalam pencegahan infeksi, mendukung pertumbuhan bakteri menguntungkan, membantu menciptakan lingkungan mikro yang tepat untuk perkembangan usus dan pematangan, serta penting untuk kesehatan bayi secara keseluruhan. Bayi yang mendapatkan ASI akan memperoleh semua kelebihan ASI serta terhindar dari bahaya kesehatan, sehingga bayi memiliki status gizi yang baik. Selain itu, menyusui dapat memberikan pengalaman ikatan unik antara ibu dan bayi, yang dapat meningkatkan hubungan kesejahteraan emosional bagi kedua belah pihak. Akan tetapi, sebagian ibu mengalami masalah dalam menyusui.

Upaya untuk menunjang keberhasilan menyusui dapat dilakukan dengan manajemen laktasi, yang dimulai saat ibu hamil, bersalin, dan masa nifas atau menyusui. Serangkaian praktik, taktik, dan perawatan yang dikenal sebagai manajemen laktasi dimaksudkan untuk meningkatkan dan mendorong menyusui bagi ibu dan bayi. Manajemen laktasi mencakup sejumlah topik yang berkaitan dengan produksi, distribusi, dan penyimpanan ASI serta bantuan yang dibutuhkan ibu menyusui agar dapat menyusui dengan sukses.

10.2 Anatomi Payudara

Meskipun payudara merupakan satu-satunya sumber nutrisi bagi bayi, organ ini jarang dipelajari dalam keadaan fungsionalnya.

Menariknya, salah satu penyelidikan paling menyeluruh berasal dari lebih dari 180 tahun yang lalu, oleh ahli anatomi dan ahli bedah terkenal Sir Astley Cooper. Karya ini, yang diterbitkan pada tahun 1840, merupakan deskripsi luar biasa tentang anatomi payudara manusia yang sedang menyusui dan dilakukan sebagai tanggapan atas permintaan untuk mendokumentasikan penyakit payudara.

Cooper menegaskan bahwa pengetahuan tentang anatomi dasar sangat penting untuk memahami anomali dan penyakit payudara. Karena itu, ia melanjutkan untuk menyelidiki anatomi payudara dengan cermat, mengambil payudara untuk dibedah dari mayat wanita yang meninggal selama menyusui. Selama lebih dari 150 tahun, karya Cooper merupakan pemeriksaan paling lengkap pada payudara yang sedang menyusui, dengan karyanya yang paling terkenal adalah penggambaran struktur duktus payudara, yang diperoleh melalui pembedahan halus sistem duktus mammae setelah penyuntikan lilin berwarna ke dalam duktus puting susu.



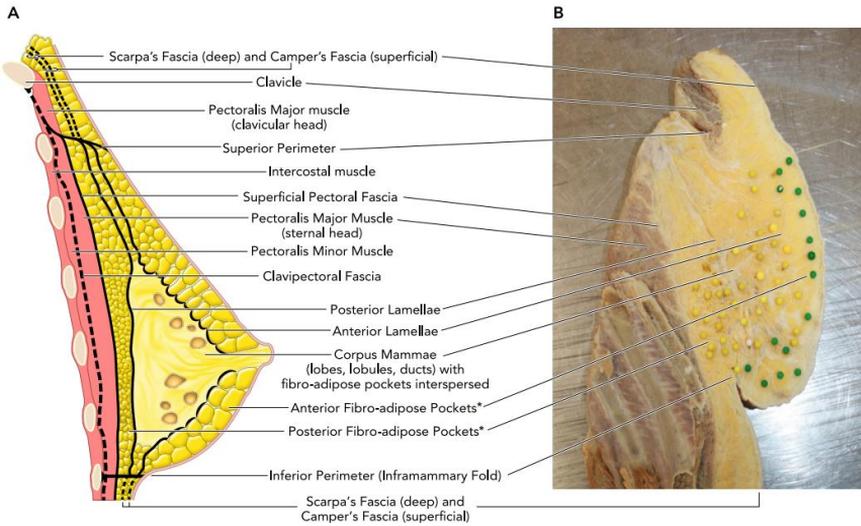
Gambar 10.1. Ilustrasi Sir Astley Cooper tentang sistem saluran payudara yang sedang menyusui. Saluran tersebut disuntik dengan lilin berwarna sebelum dibedah
(Sumber : Cooper, 1840)

10.2.1 Kulit Payudara

Kulit menutupi seluruh permukaan luar payudara, yang meliputi puting susu, areola, dan lapisan kulit umum. Di bawah lapisan epidermis, lapisan dermal kulit payudara membentuk jalinan kolagen yang saling berhubungan dan serat elastin, yang menentukan perilaku mekanis kulit. Terpasang dengan kuat di

seluruh permukaan payudara ke struktur jaringan fibro-adiposa yang terletak jauh di dalamnya, kulit yang menutupi payudara memberikan sedikit dukungan anatomis pada payudara. Lipatan kulit inframammary, perimeter inferior payudara, memiliki struktur yang dikenal sebagai "zona perlekatan", yang menciptakan bentuk lengkung khas pada dasar payudara. Lapisan papiler dan retikuler dermis lipatan inframammary mengandung kolagen padat dan teratur, berorientasi sejajar dengan sumbu panjang lipatan inframammary dan kulit. Struktur dermal yang dimodifikasi ini melekat erat pada fascia otot di bawahnya melalui beberapa sambungan fibrosa pendek yang berjalan di antara dermis dan fascia otot superfisial. Ia berfungsi untuk mengikat jaringan payudara ke dinding dada dan menyediakan jalur bagi arteri dan saraf untuk bergerak dalam perjalanan mereka menuju parenkim payudara dan areola puting, yang membatasi geseran struktur ini saat payudara bergerak.

Kulit payudara paling tipis berada di kuadran lateral dan superior payudara dan paling tebal di kuadran medial dan inferior payudara. Namun, ketebalan kulit menurun secara signifikan seiring bertambahnya usia, dengan kulit mulai menipis saat wanita berusia pertengahan 40-an. Pengurangan ketebalan kulit terbesar seiring bertambahnya usia terjadi di kuadran lateral dan medial payudara. Penipisan kulit dikaitkan dengan berkurangnya estrogen yang terkait dengan menopause. Elastisitas kulit payudara juga terus menurun seiring bertambahnya usia, dimulai sejak pertengahan usia 20-an. Penurunan elastisitas kulit ini disebabkan oleh serat elastis dalam dermis yang terdegradasi, penurunan biosintesis elastin, dan berkurangnya ketegangan fibroblas. Perubahan struktural pada kolagen dermal dan serat elastis berkontribusi terhadap perubahan bentuk payudara, seperti terkulai atau kendur, yang biasanya terjadi seiring bertambahnya usia. Namun, gagasan ini memerlukan penyelidikan sistematis.



Gambar 10.2. Irisan sagital payudara

A: ilustrasi irisan sagital payudara sejajar dengan puting susu.

B: irisan sagital payudara kadaver yang diawetkan sejajar dengan puting susu

(Sumber : McGhee & Steele, 2020)

10.2.2 Struktur Internal Payudara

Di dalam kulit payudara terdapat lapisan lemak subkutan (0,5–2,5 cm tebalnya). Di bawah lemak subkutan terletak “fasia superfisial,” lapisan fasia tipis yang menutupi seluruh payudara, melekat erat pada perimeter fibrosa payudara di sekeliling seluruh lingkarnya. Fasia superfisial ini adalah permukaan luar dari gundukan jaringan fibro-adiposa tiga dimensi yang kompleks, yang sepenuhnya membungkus jaringan fibroglandular yang dikenal sebagai “korpis mammae.”

Korpis mammae terdiri dari lobus jaringan kelenjar yang tersusun dalam pola radial di sekitar puting susu, terkonsentrasi di sekitar bagian tengah payudara. Lobus ini mencakup lobulus (kelenjar penghasil susu di ujung lobus) dan duktus (saluran susu). Saluran tersebut meluas ke luar hingga ke tepi payudara dan melebar di sekitar daerah areolar puting susu untuk membentuk kantung. Dalam keadaan matang, lobulus korpis mammae mengandung 10–100 alveoli, dengan diameter 0,12 mm. Alveoli

dialirkan oleh banyak duktal kecil yang menyatu dan berpuncak pada satu saluran utama, yang melebar untuk membentuk sinus laktiferus (2–4,5 mm) yang terbuka ke dalam puting susu.

Korpus mammae berfungsi untuk mensintesis, mengeluarkan, dan menyalurkan susu kepada bayi yang baru lahir. Struktur dan fungsinya berubah sepanjang rentang hidup wanita, dimulai sebagai struktur seperti kuncup sebelum masa pubertas, yang mengembang selama masa pubertas. Korpus mammae sepenuhnya matang dan berubah bentuk selama kehamilan, menyusui, dan kemudian pasca-menopause, akhirnya mengalami involusi pasca-menopause. Invulsi mengakibatkan regresi dan atrofi jaringan kelenjar, hingga sekitar sepertiga dari volume aslinya, dengan peningkatan jumlah jaringan adiposa dan berkurangnya elastisitas jaringan ikat pendukung. Namun, rasio jaringan adiposa terhadap jaringan kelenjar bervariasi di antara wanita selama periode ini.

Kelenjar susu manusia berkembang selama kehidupan janin dan kemudian terus berkembang hingga pubertas, dengan proliferasi dan pertumbuhan jaringan kelenjar-duktal yang terjadi selama setiap siklus menstruasi. Namun, perkembangan lengkap kelenjar susu hanya terjadi selama kehamilan. Pada awal trimester pertama, sel-sel epitel kelenjar susu berkembang biak, menciptakan percabangan yang luas pada sistem duktal. Unit-unit alveolar juga terbentuk, dan sel-sel yang melapisi lumen alveolar berdiferensiasi menjadi sel-sel sekretori yang mampu menghasilkan susu (yaitu, laktosit). Setiap alveolus terdiri dari lumen (yaitu, area tempat susu terkumpul), dikelilingi oleh satu lapisan laktosit (yaitu, sel yang memproduksi susu) dan lapisan sel mioepitel (yaitu, sel yang mampu berkontraksi untuk menekan alveolus). Selama kehamilan, angiogenesis juga terjadi, menciptakan jaringan kapiler yang mengelilingi alveolus untuk menyediakan darah.

Setiap alveolus mengalir ke saluran susu. Ada banyak alveoli pada payudara yang sedang hamil dan menyusui, yang membentuk gugusan alveolus seperti anggur, yang masing-masing mengalir ke sistem duktal, yang memungkinkan pergerakan susu dari alveoli ke puting. Saluran susu secara bertahap bertambah besar saat bergerak dari alveoli ke puting, dengan penyempitan di saluran saat melewati puting. Penyempitan ini dianggap membantu menjaga

susu tetap berada di payudara di antara waktu menyusui. Ada sekitar 4 hingga 18 saluran susu yang keluar dari puting melalui pori-pori puting. Meskipun saluran yang keluar dari puting susu berukuran kecil saat istirahat di antara waktu menyusui, terdapat pelebaran saluran yang signifikan selama refleksi pengeluaran ASI (juga dikenal sebagai “pengeluaran ASI”) untuk memungkinkan ASI keluar dari payudara.

10.3 Produksi ASI

Ada dua tahap dalam produksi ASI yang terkait dengan proses hormonal selama kehamilan dan setelah melahirkan. Selama kehamilan, estrogen merangsang proliferasi dan diferensiasi kelenjar dan saluran susu, sementara progesteron menyebabkan pertumbuhan lobus dan alveoli serta menghambat laktasi. Pada saat kelahiran, penurunan cepat kadar hormon-hormon ini menghambat sekresi prolaktin, peningkatan yang memicu sekresi ASI. Menyusui oleh bayi baru lahir membantu mempertahankan laktasi dan disertai dengan produksi oksitosin, yang menyebabkan kontraksi epitel payudara dan pengeluaran ASI.

Produksi ASI yang cukup dan berkelanjutan bergantung pertama-tama pada pembagian dan penyerapan nutrisi yang efisien oleh kelenjar susu, dan kedua pada pengosongan ASI yang sering dan lengkap dari payudara, dan dengan demikian bergantung pada interaksi bio-perilaku dalam hubungan ibu-bayi. Isapan bayi merangsang neuron di areola untuk memicu pelepasan oksitosin dari neuron hipotalamus ibu di jalur kesenangan/hadiah, yang mengarah pada efek menenangkan bagi ibu menyusui.

Isapan bayi juga mendorong pelepasan oksitosin dari hipofisis posterior ke dalam sirkulasi ibu, yang menyebabkan kontraksi sel-sel mioepitel di sekitar alveoli untuk memungkinkan ASI dikeluarkan ke dalam saluran untuk dialirkan ke bayi. Jika pengosongan payudara sebagian atau jarang, ASI terakumulasi di saluran, memperluasnya dan memaparkan kelenjar susu pada peningkatan konsentrasi protein whey kecil yang disebut penghambatan umpan balik laktasi (FIL).

FIL (*Feedback Inhibition of Lactation*) memberikan kontrol umpan balik autokrin pada produksi ASI untuk mencocokkan

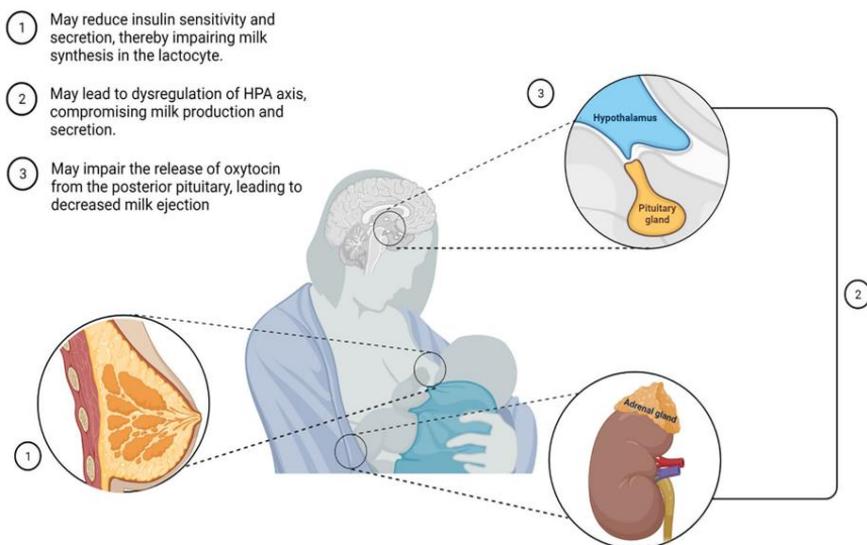
pasokan ASI ibu dengan permintaan ASI bayi. Oleh karena itu, keberhasilan pembentukan dan kelanjutan laktasi bergantung pada orkestrasi kompleks yang digerakkan oleh hormon terhadap perkembangan kelenjar selama kehamilan dan kemudian aktivasi sekresi pada periode pascapersalinan awal, yang harus disertai dengan dorongan untuk memulai menyusui setelah melahirkan, posisi bayi yang tepat pada payudara dan pelekatan yang efisien untuk mencapai pengeluaran ASI yang efisien, interaksi ibu-bayi yang positif selama menyusui, dan menyusui yang terus-menerus.

Hal terpenting yang dilakukan untuk meningkatkan produksi ASI adalah membiarkan bayinya menghisap payudara sesering mungkin untuk merangsang payudara dan meningkatkan pengeluaran prolaktin. Jika bayi tidak sering menghisap, ASI tidak akan meningkat apapun yang dilakukan. Tidak masalah berapa lama waktu yang dibutuhkan. Lamanya waktu menyusui sangat bervariasi. Namun, pelekatan mungkin menjadi masalah jika menyusui berlangsung terlalu lama (lebih dari 30 menit) atau terlalu singkat (kurang dari 4 menit). Namun, menyusui biasanya berlangsung lama dengan banyak jeda dalam beberapa hari pertama setelah lahir atau untuk bayi yang berat badannya kurang.

Setelah 2 jam pertama, 14 hari berikutnya adalah waktu yang paling kritis untuk memulai produksi ASI. Selama waktu ini, bayi yang sehat dan disusui secara eksklusif secara alami menyusu setiap 1 hingga 3 jam. Menyusui secara sering ini penting untuk mempertahankan kadar prolaktin yang tinggi untuk produksi ASI jangka panjang. Agar ibu dapat bereaksi cepat terhadap isyarat menyusui dini, ibu dan bayi sebaiknya, jika memungkinkan, tetap bersama. Jika bayi baru lahir dibawa ke tempat penitipan anak, sangat penting bagi bayi untuk segera dikembalikan kepada ibunya saat menunjukkan isyarat pemberian ASI dini. Pada bayi yang sehat, dot harus dihindari karena bayi mungkin mengisap dot saat mereka seharusnya menyusu.

Kehilangan sedikit kolostrum di awal dapat menyebabkan penurunan berat badan. Selain itu, bayi harus memberikan rangsangan mengisap pada puting susu untuk mempertahankan kadar prolaktin yang tinggi, jika bayi mengisap dot, puting susu tidak terstimulasi secara memadai untuk menghasilkan susu. Kadar

prolaktin tertinggi di malam hari. Inilah sebabnya mengapa pasokan ASI ibu paling banyak di malam hari dan mengapa sangat penting untuk menyusui dan/atau memompa ASI di malam hari. Ketika ibu dan bayi dipisahkan, penting bagi ibu untuk diberikan peralatan yang diperlukan untuk memompa kedua payudara selama 15 hingga 20 menit kira-kira setiap 3 jam atau setidaknya 7 kali sehari untuk merangsang produksi ASI.



Gambar 10.3. Mekanisme tekanan psikologis ibu dan gangguan laktasi: (1) Mengganggu pelepasan oksitosin; (2) Mengurangi sensitivitas dan sekresi insulin; atau (3) Menyebabkan disregulasi aksis hipotalamus-hipofisis-adrenokortikal (HPA).

(Sumber: Nagel et al, 2022)

Mengingat sifat laktasi yang sangat bio-perilaku dan interaktif, masuk akal untuk mempertimbangkan kesehatan psikologis dan kesejahteraan ibu dan bayi sebagai pendorong penting yang berpotensi untuk keberhasilan menyusui. Pelepasan oksitosin, hormon yang penting untuk produksi ASI selama menyusui, dapat terganggu oleh stres psikologis pada ibu menyusui. Karena payudara tidak kosong sepenuhnya setiap kali menyusui, gangguan produksi ASI yang berkelanjutan dapat mengakibatkan

berkurangnya produksi ASI. Kadar kortisol serum juga dapat naik atau turun akibat stres psikologis ibu..

Persepsi “ASI tidak cukup” oleh ibu menyusui memiliki konsekuensi serius terhadap keberhasilan menyusui. Persepsi ibu mengenai bayi sering menangis, perasaan ibu tidak merasakan aliran ASI, dan perasaan payudara ibu terasa kosong seringkali menjadi indikator ibu yang beranggapan bayi kekurangan ASI. Ibu seringkali mudah kehilangan kepercayaan diri untuk menyusui sehingga beralih untuk memberikan susu formula kepada bayinya. Faktanya, tidak semua bayi menangis karena lapar, bisa jadi karena bayi tidak nyaman (BAB, BAK, kotor, panas, dingin) atau alasan lainnya.

Tanda bayi mungkin tidak cukup mendapat ASI adalah:

1. Pertambahan berat badan kurang
 - a. Pertumbuhan berjalan lambat dari kurva standard
 - b. Berat badan bayi tidak kembali pada berat badan lahir di hari ke-14
 - c. Penambahan berat badan < 15gram sehari
2. Buang air kecil dengan konsentrasi Dalam dosis sedang, kurang dari enam kali sehari, dengan bau menyengat dan warna kuning

10.4 ASI Eksklusif

Pemberian ASI eksklusif dianggap sangat penting bagi kesehatan anak dan ibu, serta merupakan sumber gizi penting bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Hingga enam bulan setelah melahirkan, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyarankan pemberian ASI eksklusif. Setelah itu, anak harus terus disusui sambil menerima makanan pendamping yang tepat hingga mereka berusia dua tahun. Bila bayi disusui secara eksklusif, tidak ada cairan atau makanan padat lain bahkan air yang diberikan kepada mereka. Satu-satunya pengecualian adalah perawatan rehidrasi oral dan tetes atau sirup vitamin, mineral, atau obat-obatan. Memahami konsep ASI eksklusif perlu mendapat perhatian khusus, karena ASI sering kali dipraktikkan sebagai makanan tambahan, bukan pemberian ASI eksklusif.

Tujuh kontak untuk mempertahankan menyusui meliputi kontak pertama pada saat antenatal, kontak kedua saat kelahiran di fasilitas bersalin atau di rumah, kontak ketiga, pada saat postnatal 1 dalam 24 jam, kontak keempat pada saat postnatal 2 hari 2-4, kontak kelima pada saat postnatal 3 hari 5-8, kontak keenam pada saat postnatal 4 antara hari 14-28, kontak ketujuh pada saat postnatal 5 antara 6-8 minggu. Kontak lanjutan atau setelah 2 bulan, kontak ini dilakukan saat pemeriksaan pertumbuhan atau imunisasi, atau ketika ibu dan bayi datang untuk penyakit atau KB.

10.5 Ketrampilan Menyusui

Kemampuan ibu untuk memberikan ASI kepada bayinya dengan memperhatikan posisi, hubungan, dan hisapan yang tepat dikenal sebagai kemampuan menyusui. Salah satu hal yang menentukan efektif atau tidaknya proses menyusui adalah kemampuan menerapkan metode menyusui yang tepat. Memberikan edukasi kepada ibu baru tentang teknik menyusui yang tepat merupakan salah satu cara untuk membantu mereka menjadi ahli dalam seni menyusui.

Saat menyusui, cara menggendong bayi yang tepat adalah:

1. Kepala dan tubuh bayi diposisikan dalam satu garis lurus.
2. Bayi digendong di dekat ibu.
3. Seluruh tubuh bayi disangga.
4. Bayi menghadap puting susu dengan hidungnya saat mendekati payudara.

Jika ibu menopang seluruh tubuh bayi, bayi akan lebih mudah menyusu pada payudara. Menyusui akan lebih sulit jika Anda hanya menopang kepala dan punggung bayi. Namun, menopang seluruh badan bayi tidak lagi penting setelah beberapa bulan pertama, ketika bayi sudah lebih dapat dikontrol. Jika ibu santai dan kalem, ini akan membantu aliran ASI. Jika ibu gugup, misalnya mengguncang atau mendorong bayi, ini dapat membuat bayi berhenti menghisap dan menghambat aliran ASI.

Agar dapat menyangga payudara dengan baik saat menyusui, ibu sebaiknya: (1) meletakkan jari-jari pada dinding dada di belakang payudara; (2) menyangga payudara dengan jari telunjuk;

(3) meletakkan ibu jari di atas payudara; dan (4) menghindari meletakkan jari-jari terlalu dekat dengan puting susu..

Langkah-langkah untuk melekatkannya adalah sebagai berikut: (1) letakkan puting susu pada bibir bayi; (2) tunggu sampai mulut bayi terbuka; dan (3) segera pindahkan bayi ke payudara ibu, dengan meletakkan bibir bawah di bawah puting susu.



Gambar 10.4. Perlekatan bayi menyusui
(Sumber: WHO, 2011)

Tanda perlekatan bayi menyusui dengan benar yaitu: (1) Mulut bayi terbuka lebar; (2) Bibir menghisap areola/bagian hitam di seputar puting (tidak di puting); (3) Bibir bawah muncul; (4) Dagu bayi menempel pada payudara.

Berikut ini merupakan indikator perlekatan yang buruk: (1) mulut bayi tidak terbuka lebar; (2) bibir mengerucut ke depan atau bibir bawah mengarah ke dalam; (3) dagu tidak menyentuh payudara; dan (4) terdapat lebih banyak areola di bagian bawah mulut bayi dibandingkan bagian atas, atau jumlah yang sama antara bagian atas dan bawah.

Pemberian ASI yang efektif ditandai dengan hal-hal berikut: (1) Bayi mengisap dengan lembut dan dalam; (2) Bayi berhenti sejenak dan menunggu saluran susu terisi kembali. Agar ASI mengalir, bayi akan mengisap beberapa kali dengan cepat. Bayi mengisap lebih lambat dan dalam setelah ASI mengalir; (3) suara menelan bayi terdengar dan terlihat; (4) pipi bayi membulat. Bayi

menerima ASI yang cukup jika ada tanda-tanda mengisap dengan efisien.

Bayi yang terus-menerus mengisap dengan dangkal, mengeluarkan bunyi klik saat mengisap, atau pipinya kaku atau tertarik ke dalam saat menyusui merupakan indikator kegagalan menyusui. Bayi tidak menerima cukup ASI jika mereka menunjukkan tanda-tanda mengisap yang tidak efisien.

Cara menyendawakan bayi bisa dilakukan dengan dua cara, yaitu:

1. Metode pertama dilakukan dengan menggendong bayi dalam posisi tegak sambil bersandar pada bahu ibu dan menepuk-nepuk punggung bayi dengan lembut.
2. Cara kedua adalah dengan menyentuh punggung bayi dengan lembut setelah menidurkannya dalam posisi tengkurap di pangkuan ibu.

10.6 Pijat Untuk Merangsang Hormon Oksitosin

Dua faktor produksi dan pelepasan dapat memengaruhi jumlah ASI yang diproduksi. Prolaktin dan oksitosin adalah hormon yang memengaruhi produksi dan pelepasan ASI. Puting payudara dirangsang untuk melepaskan hormon oksitosin. Rangsangan ini ditimbulkan oleh isapan mulut bayi saat punggung dan payudara ibu dipijat. Agar pelepasan oksitosin dan produksi ASI lancar, ibu akan merasa tenang dan nyaman.

Pijat punggung merupakan metode yang mudah dan efektif karena memiliki efek positif seperti merangsang refleks keluarnya ASI dengan meningkatkan hormon oksitosin. Pijat oksitosin tidak hanya merangsang keluarnya hormon oksitosin tetapi juga membuat ibu rileks dan mengurangi pembengkakan, penyumbatan, dan ASI yang tersumbat di payudara. Sumsum tulang belakang akan terstimulasi oleh pijatan oksitosin, dan neurotransmitter medulla oblongata akan berkomunikasi dengan hipotalamus. Oleh karena itu, hormon oksitosin yang memicu produksi ASI dilepaskan oleh kelenjar pituitari posterior. Sel-sel mioepitel yang mengelilingi alveoli susu dipengaruhi oleh oksitosin, yang menyebabkan alveoli berkontraksi dan melepaskan ASI yang dihasilkan oleh kelenjar susu.



Gambar 10.5. Pijat Oksitosin
(Sumber: Erciyas & Kavlak, 2024)

10.7 Memerah ASI

Jenis pompa khusus yang menggunakan listrik atau baterai disebut pompa ASI elektrik. Pompa elektrik memiliki kelebihan karena dapat memompa jauh lebih cepat daripada pompa manual, dan kecepatannya dapat diubah sesuai dengan keinginan dan tingkat kenyamanan Anda.

Pompa ASI menyediakan pilihan yang lebih baik untuk memerah ASI secara elektif bagi ibu-ibu yang memiliki bayi, terutama bayi prematur yang tidak dapat menyusui di payudara dan penggunaan pompa ASI telah ditelusuri hingga abad ke-5 hingga ke-6 SM. Pada tahun 1920-an, pompa ASI elektrik diperkenalkan untuk penggunaan di rumah sakit dan meskipun desainnya terus ditingkatkan, awalnya pompa ASI elektrik hanya ditujukan untuk digunakan di rumah sakit. Oleh karena itu, pada tahun 1990-an, ibu-ibu lebih cenderung menggunakan pompa manual daripada pompa elektrik, namun pada tahun 1996, pompa ASI elektrik dengan efisiensi tinggi tersedia untuk penggunaan pribadi, dan pada dekade berikutnya, penggunaan pompa elektrik di rumah mulai dilakukan.

Meningkatnya prevalensi pemerahan ASI mencerminkan peningkatan prevalensi pemberian ASI perah pada bayi cukup bulan

yang sehat. Di Australia, 61,3% wanita melaporkan pemberian ASI perah pada 6 bulan pascapersalinan, dan di Singapura, 56,6% wanita melaporkan pemberian ASI perah pada 3 bulan pascapersalinan. Satu studi sebelumnya di Hong Kong melaporkan bahwa selama periode lima tahun, setiap pemerahan ASI pada satu bulan pascapersalinan meningkat dari 28,6% menjadi 41,9%. Pada bayi prematur, manfaat kesehatan dari pemberian ASI perah sebagai pengganti pemberian susu formula sangat banyak dan mencakup penurunan risiko sepsis dan enterokolitis nekrotikans dan tingkat kematian yang lebih rendah.



Gambar 10.6. Pompa ASI Elektrik
(Sumber: Data Primer, 2025)

Proses pemerahan ASI tidak boleh menghilangkan proses ibu menyusui bayi secara langsung pada bayi (*direct breastfeeding*). Pemberian ASI perah tanpa menyusui langsung telah dikaitkan dengan penghentian menyusui dini, menurut sejumlah penelitian.

Ibu yang memberikan ASI langsung saat bekerja memiliki durasi menyusui yang lebih lama daripada ibu yang hanya memberikan ASI perah. Namun, ibu yang memberikan ASI perah saat bekerja menunjukkan penurunan intensitas menyusui yang lebih lambat daripada ibu yang tidak memberikan ASI perah atau menyusui langsung saat bekerja. Kembali bekerja telah ditemukan sebagai alasan utama untuk menyapih dan tidak mengherankan jika

ibu umumnya menghadapi hambatan menyusui di tempat kerja. Oleh karena itu, meningkatkan dukungan di tempat kerja untuk memerah ASI akan membantu ibu memperpanjang masa menyusui.

10.8 Dukungan Menyusui

Kunjungan rumah menawarkan kesempatan untuk edukasi, bantuan praktis, dukungan emosional, dan perawatan lanjutan, yang memberikan kontribusi signifikan terhadap keberhasilan praktik menyusui. Variasi dalam waktu, frekuensi, dan durasi kunjungan ini menyoroti kemampuan adaptasi praktik keperawatan dan kebidanan untuk memenuhi kebutuhan khusus ibu dan bayi pada periode pascapersalinan.

Dukungan menyusui dengan teknologi merupakan pendekatan inovatif dan terpadu dimana perawat dan bidan menggunakan berbagai alat digital untuk meningkatkan perawatan pascapersalinan. Intervensi yang terdokumentasi meliputi: Aplikasi yang dirancang untuk membantu perawatan pascapersalinan, menawarkan konten edukasi dan dukungan interaktif untuk menyusui, intervensi email, kelompok dukungan sosial. Selain itu intervensi dapat dilakukan dengan konseling telepon dan pesan teks serta dukungan komprehensif, menggabungkan kunjungan rumah dengan dukungan telepon.

DAFTAR PUSTAKA

- Ani, M., Rahmawati, M.A., Armini, N.W., Citra, N., Ningrum, N.B., Wijayanti, E., Noviasari, D., Kuswandari, E. and Yusuf, S.A., 2023. *Asuhan Kebidanan Pasca Persalinan Dan Menyusui*. Get Press Indonesia.
- Ballard, O. and Morrow, A.L., 2013. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics*, 60(1), pp.49-74.
- Cabrera-Rubio, R., Collado, M.C., Laitinen, K., Salminen, S., Isolauri, E. and Mira, A., 2012. The human milk microbiome changes over lactation and is shaped by maternal weight and mode of delivery. *The American journal of clinical nutrition*, 96(3), pp.544-551.
- Cazorla-Ortiz, G., Obregón-Guitérrez, N., Rozas-Garcia, M.R. and Goberna-Tricas, J., 2020. Methods and success factors of induced lactation: a scoping review. *Journal of Human Lactation*, 36(4), pp.739-749.
- Cooper, A.P., 1840. *On the Anatomy of the Breast (Vol. 1)*. Longman.
- Cooper, B. and Paston, A., 1840. *On the anatomy of the breast, volume I*.
- Couto, C., Queiros, C., Prata, A.P. and Roquete, C., 2023. Nurse and midwife interventions to protect, promote and support breastfeeding: an umbrella review protocol. *Practising Midwife*, 26(8), pp.40-44.
- Cox, D.B., Kent, J.C., Casey, T.M., Owens, R.A. and Hartmann, P.E., 1999. Breast growth and the urinary excretion of lactose during human pregnancy and early lactation: endocrine relationships. *Experimental Physiology*, 84(2), pp.421-434.
- Erciyas, Ş.K. and Kavlak, O., 2024. The effect of back and breast massage on the amount of milk and anxiety level of mothers with preterm birth: A randomized controlled study. *Journal of Neonatal Nursing*, 30(3), pp.251-257.
- Fan, H.S.L., Fong, D.Y.T., Lok, K.Y.W. and Tarrant, M., 2020. Expressed breast milk feeding practices in Hong Kong Chinese women: A descriptive study. *Midwifery*, 91, p.102835.

- Geddes, D. and Perrella, S., 2019. Breastfeeding and human lactation. *Nutrients*, 11(4), p.802.
- Geddes, D.T., Gridneva, Z., Perrella, S.L., Mitoulas, L.R., Kent, J.C., Stinson, L.F., Lai, C.T., Sakalidis, V., Twigger, A.J. and Hartmann, P.E., 2021. 25 years of research in human lactation: from discovery to translation. *Nutrients*, 13(9), p.3071.
- Haque, M.A., Zaman Wahid, B., Farzana, F.D., Tanvir Ahmed, S.M., Ali, M., Naz, F., Rahman, S.S., Siddiqua, T.J., Faruque, A.S.G., Choudhury, N. and Ahmed, T., 2023. Influence of the Suchana intervention on exclusive breastfeeding and stunting among children aged under 6 months in the Sylhet region of Bangladesh. *Maternal & child nutrition*, 19(4), p.e13535.
- Hossain, M., Islam, A., Kamarul, T. and Hossain, G., 2018. Exclusive breastfeeding practice during first six months of an infant's life in Bangladesh: a country based cross-sectional study. *BMC pediatrics*, 18, pp.1-9.
- Hutagaol, A., 2018. Hubungan pengetahuan ibu tentang manajemen laktasi dengan pemberian asi eksklusif di rumah sakit imelda pekerja indonesia. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda*, 4(2), pp.58-63.
- Nagel, E.M., Howland, M.A., Pando, C., Stang, J., Mason, S.M., Fields, D.A. and Demerath, E.W., 2022. Maternal psychological distress and lactation and breastfeeding outcomes: A narrative review. *Clinical therapeutics*, 44(2), pp.215-227.
- Love, S.M. and Barsky, S.H., 2004. Anatomy of the nipple and breast ducts revisited. *Cancer*, 101(9), pp.1947-1957.
- McGhee DE, Steele JR. Breast biomechanics: what do we really know?. *Physiology*. 2020 Feb 6.
- Mikołajczyk-Stecyna, J., 2024. The impact of exclusive breastfeeding on breastfeeding duration. *Applied Nursing Research*, 79, p.151824.
- Mulati, T.S. and Susilowati, D., 2016. Pengaruh Pelatihan Tehnik Menyusui Yang Benar Pada Ibu Nifas Primipara Terhadap Ketrampilan Dalam Menyusui. *Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(1).

- Pados, B.F. and Camp, L., 2024. Physiology of human lactation and strategies to support milk supply for breastfeeding. *Nursing for Women's Health*, 28(4), pp.303-314.
- Petherick, A., 2010. Development: mother's milk: a rich opportunity. *Nature*, 468(7327), pp.S5-S7.
- Rahmadani, P.A., Widyastuti, N., Fitranti, D.Y. and Wijayanti, H.S., 2020. Asupan vitamin A dan tingkat kecemasan merupakan faktor risiko kecukupan produksi ASI pada ibu menyusui bayi usia 0-5 bulan. *Journal of Nutrition College*, 9(1), pp.44-53.
- Triansyah A, Indarty A, Tahir M, Sabir M, Nur R, Basir-Cyio M, Anshary A, Rusydi M. The effect of oxytocin massage and breast care on the increased production of breast milk of breastfeeding mothers in the working area of the public health center of Lawanga of Poso District. *Gaceta sanitaria*. 2021 Jan 1;35:S168-70.
- World Health Organization. Pelatihan konseling menyusui modul 40 jam WHO/UNICEF. WHO/UNICEF. 2011

BAB 11

DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN

Oleh Ida Widaningsih

11.1 Pendahuluan

Latar Belakang

Pelayanan kebidanan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang dilaksanakan secara professional. Dengan demikian, pelayanan kebidanan memegang peran penting dalam upaya menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di institusi tepat bidan tersebut memberikan pelayanan kebidanan. (K. K. Indonesia, 2021)

Dokumentasi kebidanan tidak hanya merupakan dokumen sah, tetapi juga merupakan instrumen untuk melindungi para asien dan bidan. Atas dasar itu, dalam memberikan pelayanan kebidanan, bidan diharapkan mampu bekerja sesuai dengan standar profesi yang telah ada. ((IBI), 2020)

Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Hal ini karena kebidanan yang di berikan kepada klien membutuhkan pencatatan dan laporan yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menuntut tanggung jawab dai berbagai permasalahan yang mungkin dialami oleh klien berkaitan dengan pelayanan yang di berikan.(K. K. R. Indonesia, 2018)

Dokumentasi kebidanan juga digunakan sebagai informasi tentang status kesehatan klien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan. Manfaat dokumentasi kebidanan dapat dilihat dari berbagai aspek-aspek, seperti aspek administrasi, aspek hukum, aspek pendidikan, aspek penelitian, aspek ekonomi, dan manajemen. ((IBI), 2020)

Berdasarkan penjelasan diatas dokumentasi kebidanan merupakan kegiatan pencatatan, pemeliharaan, dan proses komunikasi informasi yang berkaitan dengan pengolahan klien guna mempertahankan sejumlah fakta dari satu kejadian dalam suatu waktu.(Dewi, 2017)

11.2 Pengertian Dokumentasi Kebidanan

Dokumentasi kebidanan adalah pencatatan dan pelaporan secara tertulis yang akurat dan lengkap mengenai asuhan kebidanan yang diberikan oleh bidan. Dokumentasi ini berfungsi sebagai bukti autentik dalam praktik kebidanan, baik untuk kepentingan klien, tim kesehatan, maupun bidan itu sendiri. Selain itu, dokumentasi juga memiliki peran penting dalam aspek hukum, komunikasi, serta evaluasi pelayanan kebidanan. ((IBI), 2020)

Dalam praktiknya, dokumentasi kebidanan dikenal dengan istilah *charting*, *recording*, dan *record-keeping*. *Chart* adalah dokumen yang berisi informasi kesehatan pasien, termasuk grafik perkembangan kondisi vital seperti suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, dan tekanan darah. *Record* adalah catatan mengenai kejadian atau tindakan yang telah dilakukan dalam pelayanan kesehatan, yang bersifat autentik dan memiliki nilai legal. (RI, 2018)

Dokumentasi kebidanan juga mencakup pencatatan sistematis yang dapat digunakan kembali saat dibutuhkan. Dengan demikian, dokumentasi bukan hanya sekadar proses mencatat, tetapi juga sebagai alat komunikasi, bukti hukum, dan sumber informasi dalam pelayanan kebidanan. ((IBI), 2020)

11.3 Tujuan Dokumentasi Kebidanan

Dokumentasi kebidanan memiliki beberapa tujuan utama, yaitu:

1. Aspek Legal

Berfungsi sebagai bukti hukum jika terjadi permasalahan dalam pelayanan kebidanan.

2. Alat Komunikasi Antar Tim Kesehatan

Mempermudah komunikasi antara tenaga kesehatan, terutama dalam memberikan pelayanan yang berkelanjutan.

3. Aspek Finansial dan Ekonomi

Berkas dokumentasi dapat digunakan untuk menetapkan biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya.

4. Sumber Penelitian

Data dalam dokumentasi kebidanan dapat menjadi referensi untuk penelitian guna meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan.

5. Jaminan Mutu

Pencatatan yang lengkap dan akurat membantu dalam memastikan standar pelayanan kebidanan yang optimal.

6. Sarana Komunikasi

Dokumentasi yang baik dapat membantu dalam menyampaikan informasi terkait kondisi pasien dan tindakan yang telah dilakukan oleh tim kesehatan.

11.4 Fungsi Dokumentasi Kebidanan

1. Tanggung Jawab Profesi

Dokumentasi merupakan bukti akuntabilitas bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2. Perlindungan Hukum

Jika terjadi kasus malpraktik atau sengketa, dokumentasi dapat digunakan sebagai bukti apakah tindakan bidan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

3. Mematuhi Standar Pelayanan

Institusi pelayanan kesehatan harus memiliki sistem dokumentasi yang baik agar memenuhi standar akreditasi.

4. Efisiensi Kegiatan dan Pembiayaan

Dokumentasi menjadi sumber informasi penting dalam perencanaan dan efisiensi pembiayaan pelayanan kebidanan.

11.5 Prinsip-Prinsip Dokumentasi Kebidanan

Dokumentasi kebidanan yang efektif bergantung pada pencatatan yang akurat dan sistematis. Setiap catatan harus memenuhi aspek berikut:

- 1. Administratif** → Sebagai dasar hukum bagi rumah sakit, tenaga kesehatan, dan pasien.
- 2. Keuangan** → Mencerminkan biaya yang dikeluarkan dalam pelayanan kebidanan.
- 3. Riset** → Berisi data yang dapat digunakan untuk penelitian dan evaluasi layanan kesehatan.

4. **Edukasi** → Sebagai sumber informasi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan.

11.6 Aspek Legal dan Etik dalam Dokumentasi

Pendokumentasian dalam kebidanan harus memenuhi standar yang benar untuk memastikan perlindungan hukum bagi bidan dan pasien. Bidan harus memahami aturan legal dan etik dalam pencatatan agar dokumentasi dapat berfungsi sebagai bukti yang sah dalam praktik kebidanan.

11.7 Manfaat Dokumentasi Kebidanan

1. **Administrasi** → Sebagai dasar pencatatan tindakan bidan dalam pelayanan kesehatan.
2. **Medis** → Digunakan untuk merencanakan pengobatan dan perawatan pasien.
3. **Hukum** → Menjadi bukti yang sah dalam penyelesaian kasus hukum terkait pelayanan kebidanan.
4. **Dokumentasi** → Sebagai sumber informasi untuk laporan dan evaluasi pelayanan.
5. **Statistik** → Data dalam dokumentasi dapat digunakan untuk analisis dan perencanaan tenaga kesehatan di masa mendatang.

Dengan adanya dokumentasi kebidanan yang sistematis dan akurat, kualitas pelayanan kebidanan dapat terus ditingkatkan, serta memberikan perlindungan bagi tenaga kesehatan dan pasien.

11.8 Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan SOAP

Setelah memahami konsep pendokumentasian menggunakan metode SOAP, tenaga kesehatan diharapkan mampu menerapkannya dalam pencatatan asuhan kebidanan pada ibu hamil. Pendokumentasian ini dilakukan secara sistematis mulai dari tahap pengkajian, perumusan diagnosis atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, hingga pencatatan dalam bentuk SOAP. (Kemenkes RI, 2018)

Dokumentasi dalam SOAP (Kemenkes RI, 2018)

Pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas dalam format SOAP:

S (Subjektif): Catatan hasil wawancara dengan ibu.

O (Objektif): Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang.

A (Analisis): Diagnosis kebidanan dan masalah yang diidentifikasi.

P (Perencanaan): Rencana tindakan, edukasi, kolaborasi, serta tindak lanjut.

Pendokumentasian yang baik sangat penting untuk memastikan kesinambungan asuhan kebidanan yang efektif dan berkualitas bagi ibu hamil.

1. Pengkajian

Pengkajian bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang akurat dan relevan terkait kondisi ibu hamil. Data yang dikumpulkan terdiri dari data subjektif dan data objektif.

a. Data Subjektif

Data yang diperoleh langsung dari pasien, meliputi:

Identitas: Nama, usia (kehamilan ideal 20-35 tahun untuk mengurangi risiko komplikasi), suku/bangsa (berpengaruh pada kebiasaan perawatan kehamilan), agama, pendidikan, pekerjaan, dan alamat.

Keluhan utama: Keluhan umum pada trimester III, seperti sering buang air kecil, nyeri pinggang, sesak napas, konstipasi, dan kelelahan.

Riwayat menstruasi: Menentukan kesuburan dan HPHT untuk memperkirakan usia kehamilan.

Riwayat perkawinan: Menilai kondisi psikologis ibu dalam menghadapi kehamilan.

Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas sebelumnya: Menganalisis kemungkinan komplikasi berdasarkan riwayat sebelumnya.

Riwayat kehamilan saat ini: Menilai kondisi ibu dan janin, termasuk gerakan janin dan HPHT.

Riwayat penyakit terdahulu/operasi: Mendeteksi kemungkinan dampak penyakit kronis seperti diabetes pada kehamilan.

Riwayat penyakit keluarga: Menentukan risiko penyakit keturunan.

Riwayat ginekologi: Mengidentifikasi kemungkinan masalah reproduksi sebelumnya.

Riwayat kontrasepsi: Menganalisis penggunaan KB sebelum kehamilan dan rencana KB pascapersalinan.

Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari: Termasuk pola makan, eliminasi, istirahat, dan aspek psikososial ibu.

b. Data Objektif

Data yang diperoleh dari pemeriksaan langsung, meliputi:

Pemeriksaan umum: Keadaan umum, kesadaran, keadaan emosional, tinggi dan berat badan, lingkaran lengan atas (LILA), serta tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan laju pernapasan.

Pemeriksaan fisik: Meliputi wajah, mata (pemeriksaan konjungtiva untuk anemia), mulut, gigi, leher, payudara, perut (inspeksi, palpasi Leopold, DJJ), area ano-genital, serta ekstremitas.

Pemeriksaan penunjang: Hemoglobin, golongan darah, USG, serta pemeriksaan urine untuk protein dan glukosa.

2. Analisis (Diagnosis kebidanan dan masalah yang diidentifikasi)

Diagnosis disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, misalnya G2P1A0 hamil 30 minggu, janin tunggal hidup intra uterin presentasi kepala.

Masalah yang umum terjadi pada trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang, sesak napas, konstipasi, dan kecemasan menghadapi persalinan.

3. Penatalaksanaan (Rencana tindakan, edukasi, kolaborasi, serta tindak lanjut)

- a. Melakukan asuhan dibuat berdasarkan kondisi ibu dan janin, termasuk tindakan segera, tindakan antisipatif, serta asuhan komprehensif. Standar pelayanan antenatal mencakup
- b. Pengukuran berat dan tinggi badan, tekanan darah, LILA, serta tinggi fundus uteri.
- c. Pemberian imunisasi TT dan tablet tambah darah.
- d. Pemantauan DJJ dan presentasi janin.
- e. Edukasi mengenai pola hidup sehat, perawatan kehamilan, persiapan persalinan, serta perawatan bayi dan ASI.
- f. Pemeriksaan laboratorium dan tindakan medis lain sesuai kebutuhan.

Asuhan kebidanan diberikan berdasarkan rencana yang telah disusun, mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Kegiatan yang dilakukan meliputi pemantauan kesehatan ibu dan janin, pemberian suplemen, imunisasi, edukasi, serta pemeriksaan penunjang.

Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil (ANC)

P.Lahan	P.Akademik	Nama Mahasiswa : NIM : Tempat :
		Tanggal masuk : No register :

I. DATA SUBJEKTIF

Pengkajian :pukul ;

Identitas (Biodata)

Nama klien : _____ Nama Suami : _
 Umur : _____ Umur:

Suku/kebangsaan : _____
 Suku/kebangsaan: _____
 Agama : _____
 Agama : _____
 Pendidikan : _____
 Pendidikan : _____
 Pekerjaan : _____
 Pekerjaan : _____
 Alamat Rumah : _____
 Alamat Rumah : _____
 Alamat Kantor : _____
 Alamat Kantor : _____
 Penghasilan : _____
 Penghasilan :

Quick Chek : menanyakan tanda-tanda bahaya sesuai dengan trimester kehamilan

1. Alasan kunjungan saat ini: kontrol kehamilan
 Keluhan:
2. Riwayat kehamilan ini
 - a. Riwayat menstruasi
 Hari pertama dari haid yang terakhir tanggal :
 Pasti, Lamanya :, Banyaknya :
 Haid sebelumnya tanggal :Lamanya :,
 Banyaknya:SiklusHari
 Kontensitas : Tafsiran persalinan :.....
 Hasil tes kehamilan (Jika dilakukan)
 Tanggal : Hasil :
 - b. Pergerakan fetus dirasakan pertama kali :bulan
 Pergerakan fetus dirasakan 24 jam dlm 2 jam terakhir :
 kali
 - c. Keluhan yang dijalankan (Bila ada dijelaskan)
 - Rasa Lelah : ada pada saat hamil muda
 - Mual dan muntah yang lama : tidak ada
 - Nyeri perut : tidak ada
 - Panas, menggigil ; tidak ada
 - Sakit kepala berat/terus-menerus : ada

- Pengelihatn kabur : ada
Nyeri/panas waktu BAK :
Rasa gatal pada vulva, vagina dan sekitarnya :
Pengeluaran cairan pervaginaan :
Nyeri, kemerahan, tegang pada tungkai :
Oedema :
- d. Diet/makan
Pola makan dan menu :)
Perubahan makan yang dialami (termasuk dalam nafsu makan , dll) : Pola eliminasi :
BAB : 1X sehari Keluhan :
BAK: sering Keluhan :
- e. Aktivitas sehari-hari
Pola istirahat dan tidur :
Seksualitas :
Pekerjaan :
- f. Imunisasi TT1 tanggal :
- g. Kontrasepsi yang pernah digunakan :

3. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

No	Tgl/tahun persalinan	Tempat pertolongan	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	Penyulit kehamilan & Persalinan	Anak				Nifas	
							Jenis kelamin	BB	PB	Keadaan	Laktasi	Keadaan

4. Riwayat kesehatan :

- a. Riwayat penyakit yang pernah atau sedang diderita
 - Jantung : tidak ada
 - Tekanan darah tinggi :
 - Hepar :
 - Diabetes Melitus :
 - Anemia berat
 - Penyakit hubungan seksual dan HIV/AIDS :
 - Campak :
 - Malaria :
 - Tuberkulosis :
 - Gangguan mental :
 - Operasi :
 - Lain - lain :

- b. Perilaku kesehatan
- Penggunaan alcohol/obat-obat sejenisnya :
 - Obat-obatan/jamu yang sering digunakan :
 - Merokok, makan sirih :
 - Irigasi vagina/ganti pakaian dalam :

5. Riwayat sosial

- a. Apakah kehamilan ini direncanakan/diinginkan? Ya
- b. Jenis kelamin yang diharapkan : apa saja yang penting sehat
- c. Status perkawinan : syah
 Jumlah : 1 kali
 Lama perkawinan : 12 tahun
- d. Susunan keluarga yang tinggal serumah

No	Jenis kelamin	Umur tahun	Hubungan keluarga	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

- e. Kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, nifas : tidak ada

6. Riwayat kesehatan keluarga

(Tanyakan tentang penyakit-penyakit keturunan)
 Hypertensi , DM, Gemelli, talasemia tidak ada

II. DATA OBJEKTIF

Pemeriksaan :

1. Keadaan umum : Kesadaran :
Keadaan emosional :
2. Tanda vital
Tekanan darah : Denyut nadi :
Suhu tubuh : Pernafasan :
3. Tinggi badan : cm Berat badan sebelum hamil :
.....Berat badan sekarang : kg Lila : cm
Kenaikan berat badan : kg

4. Pemeriksaan fisik :
- a. Kepala : Rambut & kebersihannya :
 - b. Muka : Kelopak mata :
Konjungtiva : tidak pucat / anemis
Sklera : tidak kuning / icterik
 - c. Mulut & gigi : Lidah : bersih
tidak ada stomatitis
Gigi : ada caries
Gusi : tidak ada bengkak
 - d. Kelenjar tyroid : Pembesaran : tidak ada
 - e. Kelenjar getah bening : Pembesaran : tidak ada
 - f. Dada : simetris / tidak ; Ya
Jantung: t
Paru : _____
Axila
Payudara :
Pembesaran :
Puting susu :
Simetris :
Benjolan / Tumor :
Pengeluaran :
Rasa nyeri :
Areola :
DII : _____
 - g. Abdomen
Bekas luka operasi ::
Konsistensi : lunak Benjolan :
Pembesaran lien/liver :
Linea : alba ada Stirae : ada
 - h. Tinggi fundus uteri :
(gunakan jari pada usia kehamilan < 28 minggu)
(gunakan pita cm pada usia kehamilan > 28 minggu)
Kontraksi : Braxton Hicks ____
 - i. Palpasi
Leopold I :
Leopold II Kanan :
Kiri :

- Leopold III :
 Leopold IV :
 TBJ :
 Auskultasi
 DJJ :
 Frekuensi :
 Punctum maximum :
 j. Ekstrimitas atas dan bawah
 Oedema :
 Kekakuan sendi :
 Kemerahan :
 Varises :
 Refleks: kiri/kanan
 k. Anogenital
 1) Kelainan :
 - Vulva : warna : kemerahan Luka : tidak ada
 - Vagina : warna : kebiruan Polip : tidak ada
 - Parut perineum : ada
 - Condiloma akuminata : tidak ada/ada
 - Condiloma matalata : tidak ada /ada
 - Varises : tidak ada /ada
 - Oedema : tidak ada/ada
 - Kelenjar bartolin: tidak ada
 - Rasa nyeri : tidak ada /ada
 2) Pengeluaran
 - Air ketuban : tidak ada
 - Warna _____
 - Darah lendir : tidak ada /ada
 - Lendir : tidak ada /ada
 - Darah/fluxus : tidak ada /ada
 3) Anus
 - Haemoroid : tidak ada /ada
 - Periksa dalam : (jika ada indikasi)
 - Vulva : _____
 - Vagina : _____
 - Serviks : _____

- Posisi : _____
- Konsistensi: _____
- Mobilitas: _____

l. Punggung dan pinggang

Posisi tulang belakang :
 Pinggang nyeri :
 CVAT :

m. Previ metri klinis

1) Pemeriksaan panggul dalam

PAP : Promontorium : tidak dilakukan
 Linea anominata : _____
 Coniungata vera : _____
 PTP : Coniungata diagnosis : _____
 Spina wall (dinding samping) _____
 PBP : Arcus pubis : _____
 Os cocigigys : _____

2) Pemeriksaan panggul luar

- Distasia spinarum : _____
- Distasia Cristarum: _____
- Coniungta Externa: _____
- Lingkar Panggul: _____

Pemeriksaan Laboratorium

Darah : Hb :

.....

Golongan darah :

Urine : Protein:glukosa :

Pemeriksaan penunjang lain :

III. ANALISA :

Masalah :

Kebutuhan :

Tindakan Segera :

Diagnose Potensial :

IV. PENATALAKSANAAN

1. Informed consent
2. Memberitahukan hasil pemeriksaan. TD, UK , DJJ. HPHT/HPL Ibu dan bayinya pada saat ini dalam keadaan sehat
3. Memberitahukan fisiologis pada saat hamil (contoh sering BAK. Sakit pinggang)
4. Memberitahukan personal hygiene
5. Memberitahukan nutrisi ibu hamil
6. Memberitahukan pola istirahat
7. Memberitahukan tanda –tanda bahaya kehamilan
8. Memberitahukan tanda –tanda persalinan
9. Memberitahukan persiapan bersalin
10. Memberitahukan tentang , IMD, ASI EKLSKUSIF. KB,
11. Memberitahukan terafi
12. Memberitahukan kunjungan ulang
13. Pendokumentasian

11.9 Kesimpulan

Dokumentasi kebidanan adalah catatan autentik atau dokumen resmi yang dapat dijadikan bukti dalam aspek hukum. Dokumentasi ini memiliki berbagai manfaat, salah satunya dalam bidang hukum, di mana seluruh informasi yang dicatat mengenai klien memiliki nilai legal. Jika terjadi permasalahan terkait praktik kebidanan, dokumentasi dapat dijadikan sebagai bukti yang mendukung baik bagi bidan sebagai penyedia layanan maupun klien sebagai penerima layanan. Oleh karena itu, dokumentasi kebidanan sangat penting dan dapat digunakan sewaktu-waktu jika diperlukan dalam penyelesaian masalah hukum.

DAFTAR PUSTAKA

- (IBI), I. B. I. (2020). *Standar Asuhan Kebidanan dan Dokumentasi*. Ikatan Bidan Indonesia (IBI).
- Dewi, S. (2017). *Asuhan Kebidanan Berbasis Bukti*. 2017.
- Indonesia, K. K. (2021). *Kode Etik dan Standar Pelayanan Kebidanan*. Konsil Kebidanan Indonesia.
- Indonesia, K. K. R. (2018). *Pedoman Manajemen Asuhan Kebidanan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2018). *Panduan Praktik Klinik Bidan*. Kemenkes RI.
- RI, K. (2018). *Pedoman Manajemen Asuhan Kebidanan*. Kemenkes RI.

BAB 12

KOMUNIKASI DAN KOLABORASI DALAM KEBIDANAN

Oleh Inke Malahayati

12.1 Pendahuluan

Komunikasi antara bidan dan klien/pasien adalah kunci asuhan kebidanan. Hal ini dapat membantu membangun ikatan dan kepercayaan pada saat yang sangat rentan dalam kehidupan seorang wanita. Dalam hal ini, bidan harus mahir menyampaikan kabar baik dan kabar buruk. Komunikasi efektif mencakup metode verbal dan non-verbal (Gardner, 2014). Keterampilan komunikasi yang baik penting dimiliki oleh bidan. Keterampilan ini mencakup berbicara dengan lancar dan jelas, menggunakan istilah yang ramah pasien, dan mampu mendengarkan pasien (Skarbaliene, Skarbalius and Gedrimė, 2019).

Komunikasi juga berperan penting dalam kolaborasi tim kesehatan (Skarbaliene, Skarbalius and Gedrimė, 2019). Asuhan kolaboratif selama periode antepartum, intrapartum, pascapersalinan, dan menyusui sangat penting untuk keselamatan pasien di semua tempat persalinan, termasuk rumah sakit, Puskesmas, klinik bersalin, dan fasilitas pelayanan kesehatan dasar lainnya. Kolaborasi antar profesi kesehatan akan meningkatkan kesehatan ibu dan anak, kualitas dan pengalaman asuhan. Tenaga medis dan tenaga kesehatan memberikan pelayanan sesuai dengan pendidikan, keahlian, dan ruang lingkup praktik mereka. Ketika mereka bekerja sama, mereka dapat membangun sistem untuk meningkatkan komunikasi yang efektif, kejelasan peran, akses ke layanan, dan koordinasi asuhan di seluruh tempat pelayanan (Birth Place Lab, 2018).

12.2 Komunikasi Dalam Kebidanan

Komunikasi diartikan sebagai suatu proses pengiriman dan penerimaan pesan atau berita antara dua orang maupun lebih sehingga pesan tersebut dapat dipahami (Tim Penyusun Kamus Pusat Bahasa, 2008). Komunikasi tidak hanya berbentuk verbal. Informasi yang penting seringkali disampaikan melalui tulisan tangan, email, atau pesan teks, yang dapat menimbulkan konsekuensi yang serius jika terjadi miskomunikasi (O'Daniel and Rosenstein, 2008).

Keterampilan komunikasi sangat dibutuhkan oleh tenaga kesehatan. Komunikasi tidak terbatas pada keterampilan verbal saja, yaitu berbicara, tetapi mencakup banyak aspek non-verbal, seperti mendengarkan secara aktif, bahasa tubuh, ekspresi wajah, mendapatkan umpan balik, interaksi emosional, dan lain-lain. Kemampuan komunikasi yang baik membantu membangun hubungan yang saling menghormati dan efektif dengan pasien, keluarga, dan kolega, serta membantu menunjukkan kepemimpinan pribadi, menyelesaikan konflik, dan memotivasi orang lain. Komunikasi sangat penting untuk membantu pasien memahami situasi kesehatan, masalah, dan rencana perawatan mereka. Komunikasi yang berpusat pada pasien mengembangkan hubungan yang holistik dengan pasien (Skarbalienė, Skarbalius and Gedrimė, 2019).

12.2.1 Unsur Komunikasi

Ada sembilan (9) unsur komunikasi yang saling berkaitan, yaitu (Hariyanto, 2021):

1. *Sender*, yaitu komunikator yang menyampaikan pesan
2. *Encoding*/penyandian, yaitu proses pengalihan pikiran, ide, dan gagasan seseorang ke dalam bentuk lambang yang mengandung arti dan dapat dimengerti oleh orang lain.
3. *Message*/pesan, adalah serangkaian lambang-lambang yang disusun dan dipilih secara sengaja oleh komunikator atau sumber dan mempunyai makna bagi pelaku komunikasi
4. *Media*, adalah saluran komunikasi yang digunakan dari pengirim ke penerima

5. *Decoding*/pengawasandian, adalah proses dimana komunikasi menetapkan makna atau menginterpretasikan lambang-lambang yang dipilih dalam bentuk pesan yang disampaikan oleh komunikator
6. *Receiver*, adalah penerima pesan
7. Efek, adalah reaksi dari komunikasi ketika menerima pesan
8. *Feedback*, adalah umpan balik atau tanggapan komunikasi ketika mendapatkan pesan dari komunikator yang dikirim kembali kepada komunikator.
9. *Noise*/gangguan dari proses komunikasi yang tidak ditencanakan yang mengganggu pesan sehingga membuat perbedaan makna pesan dari komunikator.

12.2.2 Model Komunikasi

Untuk menyampaikan pesan, manusia menggunakan alat komunikasi yang berbeda, bisa berupa lidah dan kata, jenis kata kerja yang digunakan, nada suara, ekspresi wajah, tekstur tubuh, dan penampilan. Secara umum ada lima (5) faktor penting yang berperan dalam metode komunikasi yang tepat dan efektif yang harus dipertimbangkan selama sesi komunikasi. Selain pengirim dan penerima, media, umpan balik, dan hambatan adalah yang paling berpengaruh. Berikut model-model komunikasi (Abu Bakar *et al.*, 2022):

Tabel 12.1. Model-model komunikasi

Model komunikasi oral	Deskripsi	Komponen
Shannon and Weaver (1948)	Model linier komunikasi satu arah (2 orang)	Sumber informasi/ <i>information source</i> Pemancar/ <i>transmitter</i> Saluran/ <i>channel</i> Penerima/ <i>receiver</i> Destinasi/ <i>tujuan</i>
Lasswell (1948)	Model linier komunikasi satu	Komunikator / <i>Communicator</i>

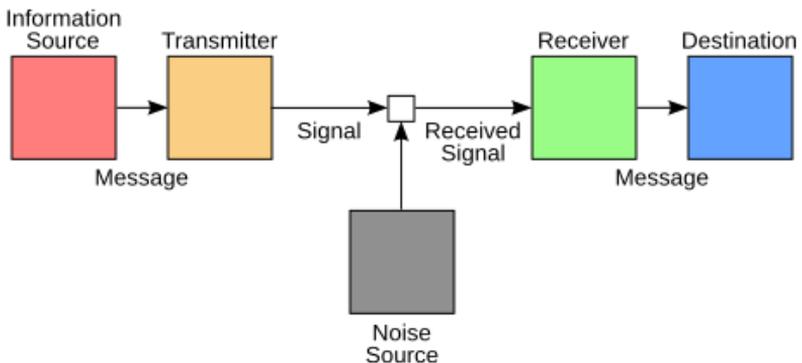
Model komunikasi oral	Deskripsi	Komponen
	arah (dalam kelompok)	Pesan / <i>Message</i> Media / <i>Medium</i> Penerima / <i>Receiver</i> Efek/ <i>Effect</i>
Newcomb (1953)	Hubungan sosial	Pengirim/ <i>Sender</i> Penerima/ <i>Receiver</i> Topik/ <i>Topic</i> Hubungan antara pengirim dan penerima / <i>Relationship between sender and receiver</i>
Schramm (1954)	Penyandian (<i>encoding</i>) dan penguraian (<i>decoding</i>) pesan	Penyandi / <i>Encoder</i> Pengurai / <i>Decoder</i> Penerjemah/ <i>Interpreter</i> Pesan/ <i>Message</i>

Sumber: Abu Bakar *et.al.*, 2022

Salah satu model awal komunikasi dikembangkan oleh Shannon-Weaver (1948). Model ini dikembangkan untuk menjelaskan komunikasi yang efektif antara pengirim dan penerima. Model ini merupakan model komunikasi satu arah yang terdiri dari sumber informasi/pengirim, transmiter, saluran, penerima, tujuan, dan gangguan (*noise*) (Shannon, 1948). Model ini mensyaratkan bahwa komunikasi melewati lima tahap, yaitu (gambar 15.1):

1. Sumber informasi. Otak adalah sumber informasi komunikasi bagi manusia
2. Transmitter. Transmitter yang digunakan tergantung pada jenis komunikasi yang dilakukan. Pada proses ini juga dilakukan penyandian. Penyandian dilakukan untuk mengubah ide ke dalam otak dalam suatu sandi yang cocok dengan transmiter. Pada saat berkomunikasi tatap muka, sinyal yang cocok dengan alat-alat suara adalah berbicara.

- Anggukan kepala, sentuhan, dan kontak mata adalah sinyal yang cocok dengan otot-otot tubuh dan indra.
3. Saluran, adalah media yang digunakan untuk menyampaikan pesan
 4. Penerima, biasanya melakukan operasi kebalikan dari apa yang dilakukan oleh transmiter dan merekonstruksi pesan dari sinyal
 5. Tujuan/*destination*, adalah orang (atau benda) yang menjadi sasaran pesan
 6. Sumber gangguan/*noise*
Gangguan pada model komunikasi Shannon terjadi pada saat memindahkan sinyal dari transmiter ke penerima. Gangguan ini ada dalam setiap komunikasi

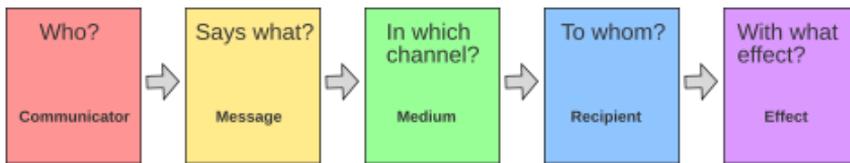


Gambar 12.1. Model Komunikasi Shannon-Weaver
(Sumber : Shannon, 1948)

Model Shannon dan Weaver (1948) memiliki kelemahan. Model ini merupakan model satu sisi yang tidak menyertakan umpan balik. Dengan kata lain, model ini memiliki keterbatasan karena terlalu umum dan terutama ditujukan untuk untuk tujuan telekomunikasi (Abu Bakar *et al.*, 2022).

Model lain dari komunikasi lisan adalah model Lasswell (1948). Perbedaan antara Shannon-Weaver (1948) dan Lasswell (1948) adalah bahwa Lasswell berfokus pada komunikasi massa yang bertentangan dengan percakapan sederhana antara dua orang dalam model Shannon-Weaver (1948). Model Lasswell menyatakan bahwa untuk memahami proses komunikasi massa, setiap

tahapannya harus dipahami. Model Lasswell terdiri dari lima komponen, yaitu komunikator (siapa/*who?*), pesan (mengatakan apa/*says what?*), media (melalui saluran apa/*in which channel?*), penerima (kepada siapa/*to whom?*), dan efek (efek apa/*with what effect?*). Model Lasswell berfokus pada efek daripada pesan itu sendiri. Efek dalam konteks ini berarti perubahan yang dapat diamati pada penerima. Ia juga menyatakan bahwa setiap perubahan pada elemen-elemen tersebut akan mengubah efeknya (Abu Bakar *et al.*, 2022). Berikut gambaran model komunikasi menurut Lasswell:



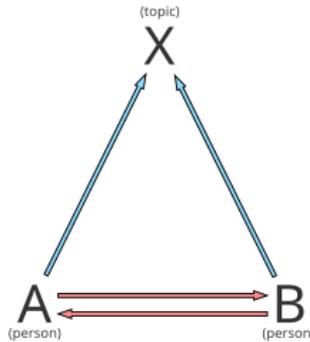
Gambar 12.2. Model Komunikasi Lasswell

(Sumber: *Lasswell's model of communication - Wikipedia*)

Meskipun model komunikasi Lasswell dianggap sebagai model yang paling berpengaruh, namun dapat dikatakan bahwa model ini tidak mempertimbangkan aspek konteks sosial dalam komunikasi. Hal ini dikarenakan model ini merupakan model linier yang hanya bekerja satu arah ketika menyampaikan pesan. Model ini biasa digunakan dalam media massa karena Lasswell ingin mencapai komunikasi massa yang efektif untuk sejumlah besar orang (Abu Bakar *et al.*, 2022).

Model berikutnya adalah model Newcomb (1953). Ini adalah model pertama yang mengusulkan fungsi komunikasi dalam suatu masyarakat. Fungsi utama menurut Newcomb adalah untuk menjaga keseimbangan dalam suatu masyarakat. Model ini terdiri dari 3 elemen yaitu pengirim, penerima dan subjek. Pengirim dan penerima dapat terdiri dari individu atau kelompok, dan subjek adalah bagian dari lingkungan sosial pengirim dan penerima. Berbeda dengan dua model sebelumnya sebelumnya, model komunikasi Newcomb adalah salah satu model pertama yang memperkenalkan peran komunikasi dalam suatu masyarakat dan berfokus pada pemeliharaan keseimbangan dalam masyarakat.

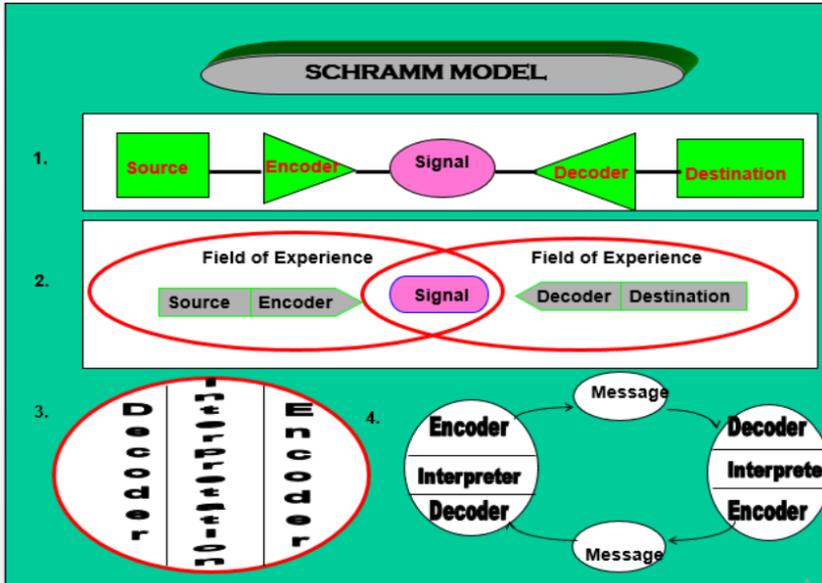
Meskipun model ini memasukkan aspek sosial, model Newcomb tidak memiliki unsur umpan balik dari pengirim dan penerima (Abu Bakar *et al.*, 2022). Berikut gambaran model komunikasi Newcomb:



Gambar 12.3. Model Komunikasi Newcomb

(Sumber: *Model komunikasi Newcomb - Wikipedia bahasa Indonesia, ensiklopedia bebas*)

Model komunikasi lisan lainnya berasal dari Schramm (1954). Dalam modelnya, Schramm menyatakan bahwa komunikasi adalah sesuatu yang dilakukan orang. Sebuah pesan hanya memiliki makna yang diberikan oleh orang ke dalamnya. Oleh karena itu, untuk memahami proses komunikasi manusia, kita harus mengetahui bagaimana orang berhubungan satu sama lain. Karena ada beberapa elemen yang hilang dalam model tersebut, model Schramm dimodifikasi dan beberapa perubahan ditambahkan ke dalamnya. Ini termasuk konteks dari hubungan dan bagaimana hubungan ini mempengaruhi komunikator A dan komunikator B. Model komunikasi menurut Schramm dapat dilihat pada gambar berikut (Hariyanto, 2021):



Gambar 12.4. Model Komunikasi Schramm
(Sumber : Hariyanto, 2021)

Pada model Schramm 1 masih sangat linier, belum ada interaksi antara sumber dan penerima pesan. Pada model Schramm 2 sudah terlihat pengalaman sumber/komunikator yang sangat menentukan dalam proses komunikasi. Pada model ini ada perpaduan kesamaan antara pengetahuan dan pengalaman dari komunikator dan komunikan. Pada model Schramm 3 dan 4, sudah menekankan pada efek komunikasi terhadap penerima pesan.

12.2.3 Komunikasi Verbal dan Non-Verbal

Secara umum, keterampilan dasar komunikasi yang harus dimiliki pemberi layanan kesehatan adalah komunikasi verbal dan non-verbal. **Komunikasi verbal** membantu untuk berhubungan dengan pasien agar mengetahui apa yang dia butuhkan dan siapa dia. Pasien ingin agar pemberi layanan kesehatan memahami siapa dirinya dan apa yang ingin ia terima darinya. Elemen-elemen kunci dari komunikasi verbal meliputi (Sheriff, Kumar and Ismail, 2021):

1. Pilihan kata

Komunikator harus mengembangkan keterampilan untuk menyapa pasien dengan menggunakan bahasa pasien dengan nada hormat dan percaya diri untuk membangun hubungan baik dengan pasien. Setelah hubungan dengan pasien terbentuk, selanjutnya adalah menganalisa kebutuhan pasien. Hal ini membutuhkan pertanyaan yang sistematis dengan pilihan kata yang tepat agar pasien merasa rileks. Setelah pasien merasa rileks, barulah mereka membuka pikiran secara perlahan-lahan tentang masalah mereka dan bagaimana masalah fisik atau psikologis tersebut mempengaruhi kesehatan mental pasien.

2. Bahasa

Gunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien. Perhatikan latar belakang pendidikan pasien saat berkomunikasi. Pemberi layanan kesehatan sebaiknya menggunakan bahasa yang tidak rumit tetapi dengan nada penuh perhatian.

3. Artikulasi

Pemberi layanan kesehatan harus menggunakan artikulasi sederhana dan tidak membingungkan

4. Penyampaian

Saat berkomunikasi verbal, komunikator harus menyampaikan dengan jelas dan dapat dimengerti, menggunakan bahasa yang mudah dimengerti pasien dan penuh empati.

Komunikasi verbal juga dipengaruhi oleh keadaan lain, seperti interaksi tatap muka atau interaksi media sosial melalui laptop, ponsel, atau perangkat komunikasi lainnya. Pengaturan eksperimental diperlukan untuk komunikasi verbal yang efektif antara pasien dan konselor. Ruang harus ramah, terbuka, berventilasi baik, dan privat. Untuk memahami pasien dan kebutuhannya, komunikator harus memiliki pemahaman yang jelas tentang gaya komunikasi yang harus digunakan. Bidan harus menyambut pasien dengan senyuman dan sapaan seperti “Pak” atau “Bu.” Membangun suasana fisik yang nyaman dan menggunakan

bahasa yang baik akan membantu dalam membangun hubungan baik dengan pasien dengan segera. Selain mahir dalam berkomunikasi, tenaga kesehatan juga harus memiliki pengetahuan yang cukup dan kemampuan untuk menggunakan strategi komunikasi untuk mendapatkan informasi yang akurat dari pasien. Membangun hubungan baik dengan pasien akan memudahkan komunikasi. Komunikator harus dapat merefleksikan urutan informasi yang diperoleh dari pasien dan menggunakan pertanyaan terbuka dengan suara yang tegas.

Komunikasi non-verbal mendukung komunikasi verbal yang melibatkan ekspresi wajah, suara, bahasa tubuh, dukungan keluarga dan kerja sama tim. Selain komunikasi verbal, pesan juga memainkan peran penting dalam asuhan kebidanan. Pesan dapat berupa email, berbagi informasi melalui media sosial, panggilan video, data seluler, dan berbagai platform komunikasi seperti google drive, Skype, Microsoft office dan lainnya memungkinkan komunikasi online, yang memungkinkan berbagi, mentransfer informasi, file, dan data. Ketika berhadapan dengan pasien yang apatis, terkadang membutuhkan komunikator yang berpengalaman dalam jaringan yang menghubungkan tenaga kesehatan dengan pasien, ke pusat diagnostik, dokter umum, dokter spesialis, ahli gizi, fisioterapis, dan tenaga keperawatan. Oleh karena itu, komunikasi yang baik atau komunikasi yang efektif antara penyedia layanan kesehatan dan pasien membantu pasien dengan waktu pemulihan yang baik, mengurangi kecemasan, membantu pasien untuk mematuhi rejimen pengobatan dan kadang-kadang, meringankan pasien dari rasa sakit (Sheriff, Kumar and Ismail, 2021)

12.2.4 Prinsip Komunikasi Efektif

Ada lima (5) prinsip untuk mencapai komunikasi efektif yang sukses yang dikenal dengan singkatan REACH yaitu (*Mengenal Prinsip Komunikasi Efektif "REACH" _ Humas Indonesia, 2024*):

1. *Respect*/menghormati, merupakan perasaan positif atau penghormatan diri kepada lawan bicara
2. *Empathy*/empati, memosisikan diri sebagai pendengar yang baik agar komunikasi dapat merasakan ketulusan pesan

3. *Audible*/dapat didengar, menyampaikan pesan yang mudah didengar dan dimengerti dengan bahasa sederhana
4. *Clarity*/jelas, pesan yang disampaikan harus jelas agar tidak menimbulkan interpretasi yang beragam
5. *Humble*/rendah hati, memberikan kesempatan kepada orang lain untuk berbicara terlebih dahulu atau memosisikan diri sebagai pendengar yang baik.

12.2.5 Keuntungan Komunikasi Efektif

Komunikasi yang baik meningkatkan interaksi bidan-pasien, meningkatkan hubungan mereka, mengembangkan kemitraan yang baik, dan juga meningkatkan kerja sama di antara keduanya. Selain itu, komunikasi yang efektif memudahkan pasien untuk mendapatkan edukasi tentang sifat penyakit mereka, memicu mereka untuk mengadopsi perilaku kesehatan yang preventif, dan meningkatkan kepatuhan mereka terhadap rekomendasi medis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan bidan untuk menjelaskan, mendengarkan, dan berempati dapat sangat mempengaruhi hasil kesehatan biologis dan fungsional pasien. Selain itu, hal ini juga meningkatkan tingkat kepuasan pasien. Di sisi lain, komunikasi juga memiliki efek positif pada tim perawatan kesehatan, karena mendorong kinerja dan kepuasan kerja yang lebih baik. Secara keseluruhan, hal ini akan memungkinkan pasien untuk lebih aktif terlibat dalam proses pengambilan keputusan tentang kondisi mereka dan menyadari harapan dan tujuan dari rencana manajemen (Alnasir, 2020).

Sebaliknya, komunikasi yang buruk dapat menyebabkan banyak kerugian, yang paling penting adalah memburuknya kesehatan, cedera, atau kematian pasien. Dalam tinjauan retrospektif terhadap kematian di rumah sakit, ditemukan bahwa kesalahan dalam komunikasi dianggap sebagai penyebab utama kematian, dua kali lebih sering daripada kesalahan karena keterampilan klinis yang tidak memadai. Ditemukan juga bahwa sekitar 50% dari semua kejadian buruk yang terdeteksi di layanan kesehatan primer terkait dengan kesulitan komunikasi. Sebuah penelitian selama sepuluh tahun (antara 1995-2005) melaporkan bahwa komunikasi tim yang tidak

efektif merupakan akar penyebab dari hampir 66% kesalahan medis. Dalam menyoroiti hasil dari kurangnya komunikasi yang memadai, penelitian lain menemukan bahwa hanya kurang dari setengah pasien yang dirawat di rumah sakit yang mengetahui diagnosis atau pengobatan mereka. Menurut Huntington dan Kuhn, “akar penyebab” dari sebagian besar malapraktik adalah rusaknya komunikasi antara dokter dan pasien (Alnasir, 2020).

12.2.6 Penghalang Komunikasi Efektif

Ada banyak penghalang komunikasi efektif antara pemberi layanan kesehatan dengan pasien, diantaranya (Alnasir, 2020):

1. Hubungan yang terganggu.
Jika hubungan bidan-pasien terganggu atau tidak sehat, sudah pasti komunikasi akan terhambat, dan pesan tidak dapat tersampaikan dengan baik.
2. Masalah psikologis
Sulit untuk mengedukasi pasien yang mengeluhkan masalah psikologis. Mereka akan memiliki pikiran yang tertutup terhadap saran yang logis. Jika bidan memiliki masalah seperti itu, ia juga akan kehilangan minat untuk berdialog dengan pasien, sehingga menjadi penghalang bagi komunikasi yang sukses.
3. Lingkungan yang tidak nyaman
Lingkungan yang ideal untuk komunikasi yang efektif haruslah tenang, santai, nyaman, bersih, kondisi iklim yang sesuai, dan situasi yang tidak mengancam.
4. Perbedaan usia
Bidan terkadang mengalami kesulitan dalam menyampaikan pesan kepada kelompok usia tertentu seperti anak-anak dan orang tua.
5. Jenis kelamin
Dialog dalam kondisi terkait gender terkadang bisa menjadi tantangan
6. Tingkat pendidikan
Pesan yang diberikan harus sesuai dengan tingkat pendidikan penerima, jika tidak, maka akan terjadi kegagalan komunikasi.

7. Kerahasiaan dan kepercayaan diri
Karena hubungan bidan-pasien dibangun di atas kepercayaan, pasien harus mengembangkan keyakinan bahwa dokter mereka akan menjaga kerahasiaan mereka dan dapat dipercaya dalam perkataan mereka.
8. Rasa sakit, takut, cemas, dan marah
Dalam situasi seperti itu, pasien tidak siap untuk mendengarkan karena mereka terlalu terbebani dengan perasaan mereka. Pasien yang marah, khususnya dari tenaga kesehatan, akan memiliki perasaan negatif terhadap tim kesehatan yang menyebabkan kegagalan komunikasi.
9. Kurangnya minat. Hal ini terjadi ketika pasien tidak tertarik untuk didukasi.
10. Perbedaan bahasa. Jika keduanya (bidan dan pasien) memiliki bahasa yang berbeda, tentu saja, mereka tidak akan dapat saling memahami, yang menyebabkan kegagalan komunikasi.
11. Kurangnya harapan. Pasien dengan penyakit terminal biasanya kehilangan harapan dan tidak tertarik untuk berdiskusi.
12. Kurangnya waktu. Ketika bidan atau pasien sibuk dan tidak memiliki waktu yang tersisa untuk melakukan percakapan yang memadai, hal tersebut akan menyebabkan komunikasi yang tidak memadai.
13. Superioritas. Salah satu hambatan komunikasi yang paling signifikan adalah ketika salah satu pihak (biasanya bidan) memiliki rasa superioritas yang sangat besar. Perasaan seperti itu menghalangi pesan apa pun untuk ditransfer ke penerima.
14. Pendekatan yang berpusat pada penyakit, bukan pada orang. Untuk konsultasi yang sukses, konsultasi harus selalu berpusat pada pasien dan tidak berorientasi pada penyakit.
15. Hambatan lain dalam komunikasi terjadi ketika tidak ada kontak mata atau sentuhan pribadi

12.2.7 Komunikasi SBAR dalam pelayanan kebidanan

Komunikasi yang efektif di antara tenaga kesehatan merupakan kunci untuk memastikan keselamatan dan kualitas perawatan pasien. Salah satu strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan komunikasi adalah metode SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Metode ini menyediakan kerangka kerja standar yang memudahkan tenaga kesehatan dalam menyampaikan informasi penting terkait kondisi pasien dengan jelas dan ringkas. Dalam konteks layanan kebidanan, komunikasi yang baik antara bidan dan dokter menjadi sangat krusial untuk menjamin bahwa ibu dan bayi menerima perawatan yang terbaik. Dengan menerapkan metode SBAR, bidan dapat melaporkan kondisi pasien secara sistematis, sehingga dokter dapat segera mengambil keputusan yang tepat dan efektif.

SBAR adalah singkatan dari *Situation, Background, Assessment, dan Recommendation*. Metode ini merupakan alat komunikasi yang digunakan dalam konteks kesehatan untuk menyampaikan informasi secara ringkas dan jelas. SBAR pertama kali dikembangkan oleh Angkatan Laut AS dan diadaptasi ke dalam dunia kesehatan untuk meningkatkan kualitas komunikasi antar profesional kesehatan.

Berikut penjelasan teknik komunikasi SBAR (Müller *et al.*, 2018):

Tabel 12.2. Teknik Komunikasi SBAR

		Pertanyaan	Deskripsi	Contoh
S	<i>Situation</i> / situasi	Apa yang sedang terjadi dengan pasien? Situasi apa yang sedang Anda bicarakan?	Pertama, pembicara menyampaikan situasi, dengan memperkenalkan diri, menyebutkan nama pasien, dan menjelaskan secara singkat masalahnya.	"Dokter, saya ingin melaporkan kondisi Ny. A, usia 28 tahun, yang saat ini berada di ruang bersalin dengan kontraksi teratur selama 10 jam terakhir.
B	<i>Background</i> / latar belakang	Apa latar belakang atau konteks dari pasien ini?	Pembicara kemudian memberikan latar belakang, seperti diagnosis pasien atau alasan masuk,	"Ny. A adalah pasien dengan kehamilan kedua. Riwayat persalinan sebelumnya normal, namun saat ini

		Pertanyaan	Deskripsi	Contoh
			status medis dan riwayat yang relevan. Catatan rekam medik pasien dilihat dan pertanyaan yang mungkin diajukan oleh bidan lain diantisipasi	tekanan darahnya meningkat menjadi 160/90 mmHg."
A	<i>Assesment / asesmen</i>	Apa masalahnya?	Kemudian, informasi spesifik mengenai tanda-tanda vital, laboratorium terbaru dan data kuantitatif atau kualitatif lainnya yang terkait dengan kondisi pasien saat ini juga disediakan. Bagian ini dapat mencakup diagnosis sementara atau kesan klinis	"Saat ini pembukaan serviks sudah mencapai 8 cm, denyut jantung janin 160 x/menit dan pasien tampak gelisah serta mengalami nyeri hebat."
R	<i>Recommen dation / rekomenda-si</i>	Apa langkah selanjutnya dalam pengelola-an pasien?	Saran yang tepat untuk perawatan lanjutan pasien harus dibuat oleh pembicara, kebutuhan mendesak dijelaskan dengan jelas dan spesifik, termasuk apa yang diperlukan untuk mengatasi masalah tersebut.	"Saya merekomendasi-kan untuk segera melakukan evaluasi lebih lanjut dan mempertimbang-kan intervensi medis jika kondisi ibu dan janin semakin memburuk.

Sumber: Müller *et al.*, 2018

Keuntungan Metode SBAR

Metode SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) memberikan berbagai keuntungan dalam praktik pelayanan kesehatan, khususnya dalam meningkatkan komunikasi dan koordinasi tim medis. Berikut adalah beberapa keuntungan utama dari penerapan metode SBAR (Irawati, Widodo and Yulian, 2025):

1. Meningkatkan kualitas perawatan pasien

SBAR membantu memastikan bahwa informasi yang diberikan dalam tim medis lebih jelas, terstruktur, dan akurat. Hal ini memungkinkan pengambilan keputusan yang lebih baik, sehingga kualitas perawatan pasien dapat meningkat secara signifikan.

2. Mengurangi miskomunikasi

Dengan format komunikasi yang terstandarisasi, SBAR membantu mengurangi kesalahan dalam penyampaian informasi. Hal ini sangat penting untuk mencegah miskomunikasi yang dapat berdampak pada keselamatan pasien.

3. Meningkatkan koordinasi dalam tim medis

SBAR memungkinkan setiap anggota tim kesehatan memahami informasi dengan lebih baik, sehingga koordinasi antarprofesi dalam memberikan perawatan pasien menjadi lebih efektif dan efisien.

4. Meningkatkan kepuasan pasien

Penerapan SBAR yang baik berkontribusi pada peningkatan kepuasan pasien karena tim medis dapat merespons kondisi pasien dengan lebih cepat dan tepat.

5. Menurunkan kejadian kesalahan medis

Penelitian menunjukkan bahwa SBAR berkorelasi dengan penurunan kejadian kesalahan medis. Dengan informasi yang lebih terstruktur dan jelas, tenaga kesehatan dapat menghindari kesalahan dalam diagnosis, perawatan, maupun pengobatan.

6. Mempercepat respons terhadap perubahan kondisi pasien

Perawat dan tenaga medis yang terampil dalam menggunakan SBAR dapat menyampaikan informasi penting dengan lebih cepat dan tepat waktu. Hal ini memungkinkan tim medis untuk segera mengambil tindakan yang diperlukan ketika kondisi pasien berubah.

Hambatan penerapan metode SBAR

Meskipun metode SBAR memiliki beberapa keuntungan, dalam pelaksanaannya ada juga ditemukan hambatan dalam mengaplikasikan metode SBAR diantaranya keengganan beberapa dokter, kebiasaan yang sudah ada dan praktik komunikasi yang efektif, dan kurangnya adopsi SBAR oleh tenaga kesehatan (Toumi *et al.*, 2024).

12.3 Kolaborasi Dalam Kebidanan

Kolaborasi merupakan aspek penting dalam perawatan kesehatan, terutama dalam asuhan kebidanan, karena membantu mengelola risiko dan memastikan asuhan yang berkualitas.

12.3.1 Konsep Dasar Kolaborasi

Kolaborasi adalah istilah yang sering dijumpai di berbagai bidang perawatan kesehatan, termasuk penelitian, pendidikan, dan praktik klinis. Kegiatan di sektor ini memerlukan kontribusi dari berbagai profesi dan disiplin klinis yang beragam, seperti perawatan kanker, perawatan paliatif, layanan gawat darurat, serta penelitian dan pengelolaan anggaran perawatan kesehatan. Partisipasi dan kerja sama antara individu, kelompok, dan organisasi menjadi langkah yang efektif dan efisien dalam konteks kehidupan sosial manusia. Melalui kolaborasi yang terintegrasi dengan pemberdayaan sistem kesehatan, kita dapat mencapai tujuan kesehatan yang diharapkan (Vaseghi, Yarmohammadian and Raeisi, 2022).

WHO menyatakan praktik kolaboratif dalam perawatan kesehatan terjadi ketika beberapa petugas kesehatan dari berbagai latar belakang profesi memberikan layanan komprehensif dengan

bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, pengasuh, dan masyarakat untuk memberikan perawatan dengan kualitas terbaik di berbagai tempat. Praktik mencakup pekerjaan yang berhubungan dengan kesehatan klinis dan non-klinis, seperti diagnosis, pengobatan, pengawasan, komunikasi kesehatan, manajemen dan teknik sanitasi. Hal ini memungkinkan petugas kesehatan untuk melibatkan setiap individu yang memiliki keterampilan yang dapat membantu mencapai tujuan kesehatan setempat (Gilbert, Yan and Hoffman, 2010).

Interprofessional collaboration adalah suatu bentuk kerjasama antara dua atau lebih profesi di bidang kesehatan yang bekerja sebagai tim. Dalam kolaborasi ini, terdapat kesamaan tujuan, komitmen, serta saling menghormati di antara setiap profesi yang terlibat (Babiker *et al.*, 2014). 2014)

Ada beberapa komponen kolaborasi dalam penerapan *interprofessional collaboration* (Noviyanti *et al.*, 2023), yaitu :

1. Kerjasama

Kerjasama dapat diartikan sebagai aktivitas yang dilakukan oleh dua orang atau lebih, yang saling berkolaborasi antar berbagai profesi untuk mencapai tujuan yang telah direncanakan dan disepakati bersama. Di lingkungan rumah sakit, kerjasama tim telah menjadi suatu kebutuhan demi meraih keberhasilan dalam mencapai tujuan yang ditetapkan.

2. Kemitraan

Kemitraan adalah kolaborasi antara berbagai pihak, baik dari pemerintah maupun swasta, di mana setiap individu di dalamnya berperan sebagai mitra atau rekan kerja. Tujuan utama dari kemitraan ini adalah untuk mencapai sasaran bersama, sekaligus memenuhi kewajiban dan berbagi risiko, tanggung jawab, sumber daya, kemampuan, serta keuntungan secara kolektif.

3. Koordinasi

Koordinasi merupakan kegiatan yang melibatkan berbagai pihak yang setara untuk bersama-sama mengatur atau mencapai kesepakatan mengenai suatu hal. Dalam proses ini, masing-masing pihak saling berbagi informasi sehingga

- pelaksanaan tugas dan keberhasilan satu pihak tidak mengganggu pihak lainnya.
4. Pengambilan keputusan
Pengambilan keputusan bersama merupakan suatu proses di mana keputusan mengenai tindakan perawatan pasien diambil berdasarkan kesepakatan kolektif. Beberapa karakteristik dari pengambilan keputusan ini meliputi (a) keterlibatan dua atau lebih peserta ; (b) kolaborasi semua pihak untuk mencapai konsensus tentang opsi perawatan yang ada; (c) pembagian informasi di antara semua individu yang terlibat; dan (d) tercapainya kesepakatan kolaboratif yang akan dilaksanakan oleh Pemberi Pelayanan Asuhan (PPA).
 5. Diskusi
Diskusi dalam kolaborasi interprofesional (IPC) merupakan pertukaran pendapat dan informasi antara berbagai profesi kesehatan, yang bertujuan untuk memberikan pelayanan terbaik kepada pasien.
 6. Kontrol kekuasaan
Pengaturan kekuasaan dalam kolaborasi interprofesional (IPC) dapat dicapai dengan menjamin adanya koordinasi dan komunikasi yang efektif di antara berbagai profesi kesehatan.
 7. Lingkungan praktik
Lingkungan praktik dalam pelayanan kesehatan memainkan peran penting dalam mendukung atau menghambat kolaborasi interprofesi (*Interprofessional Collaboration/IPC*). Lingkungan yang mendukung akan memfasilitasi komunikasi, koordinasi, dan kerja sama antar tenaga kesehatan, sementara lingkungan yang kurang kondusif dapat menjadi hambatan dalam implementasi IPC. Lingkungan yang terbuka, komunikatif, dan berbasis tim memungkinkan tenaga kesehatan untuk bekerja sama secara lebih efektif. Faktor-faktor seperti budaya organisasi yang mendukung kolaborasi, kebijakan rumah sakit yang mendorong kerja sama tim, serta fasilitas yang menunjang interaksi antarprofesi sangat berpengaruh dalam

meningkatkan IPC. Misalnya, di rumah sakit yang menerapkan ruang diskusi tim secara rutin, tenaga kesehatan dari berbagai disiplin dapat lebih mudah berbagi informasi tentang kondisi pasien dan membuat keputusan yang lebih tepat.

8. Kepentingan bersama

Kepentingan bersama dalam konteks kolaborasi interprofesi mengacu pada tujuan, nilai, dan tanggung jawab yang dimiliki oleh berbagai tenaga kesehatan untuk mencapai hasil terbaik bagi pasien. Ini berarti bahwa setiap profesi dalam tim kesehatan bekerja bukan hanya untuk kepentingan individu atau kelompoknya sendiri, tetapi untuk kepentingan pasien, sistem kesehatan, dan masyarakat secara keseluruhan.

9. Tujuan bersama

Salah satu faktor utama yang mendorong keberhasilan IPC adalah adanya tujuan bersama di antara tenaga kesehatan dari berbagai profesi. Tujuan bersama ini menciptakan keselarasan, meningkatkan komunikasi, serta mendorong kerja tim yang efektif untuk mencapai hasil terbaik dalam perawatan pasien. Tujuan bersama dalam kolaborasi interprofesi mengacu pada visi, misi, atau sasaran yang ingin dicapai oleh tim kesehatan secara kolektif. Tujuan ini bersifat lintas disiplin dan mengutamakan kesejahteraan pasien serta efisiensi sistem pelayanan kesehatan (Reeves *et al.*, 2017). Ketika setiap anggota tim memahami dan berkomitmen terhadap tujuan bersama, mereka lebih cenderung bekerja sama dengan harmonis serta mengesampingkan perbedaan profesi untuk mencapai hasil terbaik bagi pasien.

10. Komunikasi interprofesional

Komunikasi interprofesional adalah pertukaran informasi yang efektif dan terstruktur antara tenaga kesehatan dari berbagai profesi, seperti dokter, perawat, apoteker, fisioterapis, dan tenaga medis lainnya, dalam rangka memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien. Komunikasi interprofesional adalah fondasi utama dari

kolaborasi interprofesi. Tanpa komunikasi yang baik, kolaborasi dalam tim kesehatan akan sulit terwujud.

12.3.2 Keuntungan Kolaborasi

Tujuan utama dari kolaborasi ini adalah untuk memberikan perawatan yang lebih holistik, efisien, dan aman bagi pasien. Dengan komunikasi yang efektif serta pembagian peran yang jelas, kolaborasi ini mendatangkan banyak manfaat bagi pasien, tenaga kesehatan, dan sistem kesehatan secara keseluruhan, yaitu :

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan

Ketika tenaga kesehatan dari berbagai disiplin ilmu berkolaborasi, perawatan yang diberikan menjadi lebih komprehensif. Setiap profesional membawa keahlian dan perspektif unik, sehingga kolaborasi ini menghasilkan keputusan yang lebih akurat dan menyeluruh (Green and Johnson, 2015). Dengan demikian, kualitas layanan dan hasil kesehatan pasien pun mengalami peningkatan.

2. Mengurangi risiko komplikasi dan angka kematian

Kesalahan komunikasi sering menjadi penyebab utama komplikasi dan bahkan kematian pasien. Dengan pendekatan kolaboratif, tim kesehatan dapat lebih cepat mendeteksi tanda-tanda perburukan dan mengambil tindakan yang diperlukan sebelum kondisi pasien memburuk (Green and Johnson, 2015). Dengan cara ini, kolaborasi interprofesi memiliki dampak langsung terhadap peningkatan keselamatan pasien.

3. Mempercepat proses penyembuhan dan mengurangi lama rawat inap

Koordinasi yang baik antar tenaga kesehatan mempercepat proses diagnosis dan pengobatan menjadi lebih tepat sasaran. Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang dirawat dalam tim kolaboratif memiliki durasi rawat inap yang lebih singkat dibanding pasien yang ditangani oleh tenaga kesehatan yang bekerja secara terpisah (Green and Johnson, 2015). Ini tidak hanya bermanfaat bagi pasien tetapi juga mengurangi beban pada rumah sakit.

4. Efisiensi biaya perawatan

Durasi rawat inap yang lebih singkat berkontribusi pada biaya perawatan yang lebih rendah, baik bagi pasien maupun rumah sakit. Selain itu, komunikasi yang lebih baik antara tenaga kesehatan memastikan penggunaan sumber daya yang lebih efisien, sehingga pemeriksaan atau prosedur medis yang tidak perlu dapat dihindari (Green and Johnson, 2015).

5. Meningkatkan kepuasan pasien

Pasien merasa lebih diperhatikan ketika mendapatkan perawatan dari tim yang bekerja dengan baik. Mereka tidak perlu lagi menjelaskan kondisi mereka berulang kali kepada tenaga kesehatan yang berbeda, karena semua informasi telah tercatat dan dikomunikasikan secara efektif dalam tim (Green and Johnson, 2015). Hal ini membuat pasien merasa lebih nyaman dan puas dengan pelayanan yang diterima.

6. Mengurangi stres dan beban kerja tenaga kesehatan

Bekerja dalam tim yang saling mendukung dapat mengurangi beban kerja individu serta meningkatkan kesejahteraan tenaga kesehatan. Dengan pembagian tugas yang adil dan sesuai dengan keahlian masing-masing, risiko kelelahan kerja (*burnout*) pun dapat diminimalkan (Galletta-Williams *et al.*, 2020). Ini sangat penting, mengingat tenaga kesehatan sering menghadapi tekanan tinggi di tempat kerja mereka.

7. Meningkatkan keselamatan pasien

Ketika tim berkolaborasi dengan efektif, kemungkinan terjadinya kesalahan medis dapat berkurang secara signifikan. Sebagai contoh, dalam proses pemberian obat, kolaborasi antara dokter, perawat, dan apoteker memastikan bahwa dosis dan jenis obat yang diberikan telah tepat, sehingga risiko efek samping atau kesalahan pengobatan dapat diminimalkan (Green and Johnson, 2015).

8. Memperkuat hubungan dan komunikasi antarprofesi

Banyak konflik di lingkungan kesehatan muncul akibat kurangnya komunikasi yang baik. Dengan menerapkan prinsip kolaborasi interprofesi, tenaga kesehatan dapat

- lebih memahami peran dan tanggung jawab satu sama lain, sehingga konflik dapat diminimalkan dan lingkungan kerja menjadi lebih harmonis (Gilbert, Yan and Hoffman, 2010).
9. Mendorong inovasi dalam pelayanan kesehatan
Ketika berbagai disiplin ilmu bersatu, ide-ide inovatif cenderung muncul dengan lebih mudah. Contohnya, kolaborasi antara tenaga medis dan teknologi kesehatan dapat melahirkan solusi baru yang meningkatkan efisiensi perawatan. Hal ini bisa terlihat dari pemanfaatan telemedicine dan kecerdasan buatan dalam proses diagnosis penyakit (Hyrkäs *et al.*, 2020).
 10. Meningkatkan kesiapan dalam menangani krisis kesehatan
Dalam menghadapi situasi darurat atau wabah penyakit, kerjasama antarprofesi menjadi krusial untuk memberikan respons yang cepat dan efektif. Pandemi COVID-19 adalah contoh nyata di mana kolaborasi antarprofesi sangat penting dalam merawat pasien, mengelola fasilitas kesehatan, serta menyusun strategi pencegahan yang efektif (Nazir *et al.*, 2021).

12.3.3 Penghambat Kolaborasi

Kolaborasi interprofesi (*Interprofessional Collaboration/IPC*) merupakan bentuk kerja sama antara berbagai profesi kesehatan untuk memastikan pasien mendapatkan perawatan yang terbaik (Reeves *et al.*, 2017). Namun, dalam praktiknya, terdapat berbagai kendala yang menghambat efektivitas kolaborasi ini. Hambatan-hambatan tersebut dapat muncul dari individu, tim, organisasi, maupun sistem kesehatan secara keseluruhan. Berikut faktor penghambat kolaborasi interprofesi (O'Daniel and Rosenstein, 2008; Rawlinson *et al.*, 2021):

1. Faktor individu

a. Kurangnya kesadaran dan pemahaman tentang peran profesi lain

Salah satu hambatan utama dalam kolaborasi interprofesi adalah kurangnya pemahaman mengenai peran dan tanggung jawab masing-masing profesi

dalam tim kesehatan. Ketika tenaga kesehatan tidak memahami bagaimana profesi lain berkontribusi dalam perawatan pasien, koordinasi menjadi sulit, dan kesalahan komunikasi pun dapat terjadi.

b. Sikap profesional yang kurang terbuka

Beberapa tenaga kesehatan masih memiliki pandangan eksklusif terhadap profesinya, yang dapat mengurangi rasa hormat terhadap profesi lain. Hal ini dapat menyebabkan keterbatasan dalam berbagi informasi dan membuat pengambilan keputusan menjadi kurang efektif.

c. Kurangnya keterampilan komunikasi

Komunikasi yang tidak efektif sering kali menjadi penyebab utama kegagalan kolaborasi. Ketika tenaga kesehatan tidak mampu menyampaikan informasi dengan jelas dan efisien, potensi kesalahpahaman meningkat, yang akhirnya dapat berdampak pada keselamatan pasien.

2. Faktor tim

a. Kurangnya kepercayaan antarprofesi

Kepercayaan adalah fondasi utama dalam kerja tim. Jika anggota tim tidak yakin dengan kompetensi dan niat baik rekan seprofesinya, mereka cenderung enggan bekerja sama. Hal ini dapat menghambat pertukaran informasi yang efektif dan memperlambat pengambilan keputusan.

b. Hierarki dalam tim yang kaku

Struktur hierarki yang terlalu kaku sering kali menjadi hambatan dalam kolaborasi. Dalam banyak sistem kesehatan, dokter memiliki peran yang lebih dominan dibandingkan profesi lain, yang dapat menyebabkan perawat atau tenaga kesehatan lainnya merasa kurang leluasa dalam menyampaikan pendapat mereka

c. Kurangnya kesempatan untuk berinteraksi

Ketika tim tidak memiliki cukup waktu untuk berdiskusi dan bertukar informasi, miskomunikasi menjadi hal yang tidak terhindarkan. Jadwal kerja yang padat sering kali

menghalangi tenaga kesehatan untuk membangun hubungan kerja yang kuat.

3. Faktor organisasi

a. Kurangnya dukungan dari manajemen

Dukungan dari manajemen sangat penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kolaborasi interprofesi. Jika tidak ada kebijakan yang mendorong kerja sama lintas profesi, tenaga kesehatan cenderung bekerja dalam silo atau terpisah satu sama lain.

b. Beban kerja yang tinggi

Tekanan kerja yang tinggi dan keterbatasan jumlah tenaga kesehatan sering kali membuat mereka lebih fokus pada tugas individu daripada bekerja dalam tim. Beban kerja yang berlebihan juga dapat menyebabkan kelelahan, yang berujung pada kurangnya keterlibatan dalam kolaborasi.

c. Kurangnya pelatihan tentang kolaborasi interprofesi

Tidak semua institusi kesehatan memberikan pelatihan yang memadai mengenai kerja sama antarprofesi. Tanpa pemahaman dan keterampilan yang tepat, tenaga kesehatan akan kesulitan dalam bekerja sama secara efektif dalam tim interprofesi.

4. Faktor sistem kesehatan

a. Kurangnya integrasi sistem informasi

Ketika sistem informasi tidak terintegrasi dengan baik, tenaga kesehatan kesulitan mengakses data pasien yang diperlukan untuk pengambilan keputusan. Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam perawatan dan potensi kesalahan medis.

b. Perbedaan regulasi dan kebijakan antarprofesi

Setiap profesi kesehatan memiliki regulasi dan batasan yang berbeda, yang dapat menyulitkan kerja sama lintas disiplin. Jika tidak ada kebijakan yang menyelaraskan

tanggung jawab masing-masing profesi, koordinasi antarprofesi akan menjadi lebih kompleks

c. Kurangnya insentif untuk kolaborasi

Banyak institusi kesehatan masih menerapkan sistem penghargaan yang lebih berfokus pada pencapaian individu daripada kerja sama tim. Hal ini dapat mengurangi motivasi tenaga kesehatan untuk terlibat dalam kolaborasi interprofesi.

12.3.4 Solusi untuk Mengatasi Hambatan Kolaborasi Interprofesi

Agar kolaborasi interprofesi dapat berjalan dengan optimal, beberapa langkah berikut dapat diterapkan (Rawlinson *et al.*, 2021):

1. Sistem
 - a. Ketersediaan dana
 - b. Dukungan kebijakan
 - c. Pemberian insentif dan kompensasi untuk professional kesehatan
 - d. Pelatihan IPC
2. Organisasi
 - a. Reorganisasi praktik dan struktur tim
 - b. Alat untuk menilai proses asuhan (perencanaan asuhan, rujukan, pedoman)
 - c. Tersedianya ruangan bersama yang dapat diakses oleh professional kesehatan
 - d. Pelatihan dan Pendidikan tenaga kesehatan
 - e. Sumber daya manusia
 - f. Alat untuk komunikasi tim (feedback, pertemuan)
 - g. Kepemimpinan efektif
 - h. Dukungan organisasi dan sistem manajemen
 - i. Audit, evaluasi, dan hasil positif yang dapat dilihat
3. Inter-individu
 - a. Kualitas komunikasi
 - b. Apresiasi terhadap profesi lain
 - c. Kerjasama tim
 - d. Berbagi peran dan tugas

4. Individu

- a. Sikap positif, komitmen, dan ketertarikan dalam kolaborasi interprofesi
- b. Merasakan manfaat kolaborasi (bagi pasien dan professional lain) dan harapan
- c. Pengalaman kolaborasi sebelumnya dengan tim professional kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Abu Bakar, A.L. *et al.* (2022) 'Back To Basic: Theories and Models of Communication', *International Journal of Law, Government and Communication*, 7(30), pp. 78–86. Available at: <https://doi.org/10.35631/ijlgc.730008>.
- Alnasir, F.A. (2020) 'Effective Communication Skills and Patient's Health', *CPQ Neurology and Psychology*, 3(4), pp. 01–11.
- Babiker, A. *et al.* (2014) 'Health care professional development: Working as a team to improve patient care.', *Sudanese journal of paediatrics*, 14(2), pp. 9–16. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27493399><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4949805>.
- Birth Place Lab (2018) 'Best practice guidelines for interprofessional collaboration: Community midwives and specialist providers', pp. 1–8. Available at: <https://www.birthplacelab.org/best-practice-guidelines-for-transfer-and-collaboration/>.
- Galleta-Williams, H. *et al.* (2020) 'The importance of teamwork climate for preventing burnout in UK general practices', *European Journal of Public Health*, 30, pp. IV36–IV38. Available at: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa128>.
- Gardner, S. (2014) 'Communication is a two-way street', *British Journal of Midwifery*, 22(5), p. 308. Available at: <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.3.171>.
- Gilbert, J.H.V., Yan, J. and Hoffman, S.J. (2010) 'A WHO report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice', *Journal of Allied Health*, 39(SUPPL. 1), pp. 196–197.
- Green, B.N. and Johnson, C.D. (2015) 'Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future', *Journal of Chiropractic Education*, 29(1), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.7899/jce-14-36>.
- Hariyanto, D. (2021) *Buku Ajar Pengantar Ilmu Komunikasi*. 1st edn, *Pengantar Ilmu Komunikasi*. 1st edn. Sidoarjo: UMSIDA Press.
- Hyrkäs, P. *et al.* (2020) 'Collaborative innovation in healthcare: a case study of hospitals as innovation platforms', *International Journal of Value Chain Management*, 11(1), p. 24. Available at:

- <https://doi.org/10.1504/ijvcm.2020.10027214>.
- Irawati, R., Widodo, A. and Yulian, V. (2025) 'The Effective Communication using SBAR (Situation , Background , Assessment , Recommendation) of Patient Handover in Inpatient Installation', *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 18(1), pp. 47–55.
- Lasswell's model of communication - Wikipedia* (no date). Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Lasswell%27s_model_of_communication.
- Mengenal Prinsip Komunikasi Efektif "REACH" _ Humas Indonesia* (2024). Available at: <https://humasindonesia.id>.
- Model komunikasi Newcomb - Wikipedia bahasa Indonesia, ensiklopedia bebas* (no date). Available at: https://id.wikipedia.org/wiki/Model_komunikasi_Newcomb.
- Müller, M. *et al.* (2018) 'Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review', *BMJ Open*, 8(8). Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>.
- Nazir, A. *et al.* (2021) 'Lessons in Collaboration from the Management of Pandemic in 2 Large Skilled Nursing Facility Chains', *JAMDA*, 22(January), pp. 2225–2227.
- Noviyanti, A. *et al.* (2023) 'Literature Review: Komunikasi Efektif Dalam Pelaksanaan Interprofessional Kolaborasi Di Rumah Sakit Literature Review: Effective Communication In The Implementation Of Interprofessional Collaboration In The Hospital', *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM)*, 3(1), p. 1.
- O'Daniel, M. and Rosenstein, A.H. (2008) 'Professional Communication and Team Collaboration', in Hughes RG (ed.) *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, pp. 271–284. Available at: <https://doi.org/10.4135/9781483329512.n4>.
- Rawlinson, C. *et al.* (2021) 'An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: Barriers and facilitators', *International Journal of Integrated Care*, 21(2), pp. 1–15. Available at: <https://doi.org/10.5334/ijic.5589>.
- Reeves, S. *et al.* (2017) 'Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6). Available at:

- <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.
- Shannon, C.E. (1948) 'A Mathematical Theory of Communication', *Bell System Technical Journal*, 27(4), pp. 623–656. Available at: <https://doi.org/10.1002/j.1538-7305.1948.tb00917.x>.
- Sheriff, D.S., Kumar, R. and Ismail, M. (2021) 'Effective Communication Is The Key For Healthcare Professionals', *Mediterranean Journal Of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 1(3), pp. 1–4. Available at: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5534557>.
- Skarbalienė, A., Skarbalius, E. and Gedrimė, L. (2019) 'Effective Communication In The Healthcare Settings: Are The Graduates Ready For It?', *Management (Croatia)*, 24(Special Issue), pp. 137–147. Available at: <https://doi.org/10.30924/mjcmi.24.si.9>.
- Tim Penyusun Kamus Pusat Bahasa (2008) *Kamus Bahasa Indonesia, Sustainability (Switzerland)*. Jakarta: Pusat Bahasa. Available at: http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI.
- Toumi, D. *et al.* (2024) 'The SBAR tool for communication and patient safety in gynaecology and obstetrics: a Tunisian pilot study', *BMC Medical Education*, 24(1), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05210-x>.
- Vaseghi, F., Yarmohammadian, M.H. and Raeisi, A. (2022) 'Interprofessional Collaboration Competencies in the Health System: A Systematic Review', *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(6), pp. 496–504. Available at: https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_476_21.

BIODATA PENULIS



Vera Iriani Abdullah, M.Mkes., M.Keb., AIFO
Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Sorong

Penulis lahir di Jayapura tanggal 22 Agustus 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Sorong. Penulis menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Jayapura, kemudian mendapatkan beasiswa otsus Papua untuk melanjutkan Pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik pada Poltekkes kemenkes Bandung. Pada tahun 2016 Penulis mendapatkan beasiswa dari kementerian kesehatan untuk melanjutkan Pendidikan Magister Kebidanan pada Universitas Padjadjaran Bandung dan lulus di tahun 2018. Penulis adalah bagian dari pengembangan diri untuk itu Penulis telah memiliki beberapa buku ajar, referensi maupun book chapter secara mandiri maupun kolaborasi. Untuk Alamat korespondensi dapat melalui email verabdullah1977@gmail.com.

BIODATA PENULIS



Fitri Khairani, S.S.T., M.K.M.

Dosen Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Sumatera Utara (FKM USU)

Penulis lahir di Tapanuli Selatan pada tanggal 2 Maret 1991. Merupakan anak ke-2 dari Bapak Irsan Pasaribu, S.Pd. dan Ibu Maslaini Siregar, S.Pd. Penulis Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan dari Poltekkes Kemenkes RI Medan (2012), D-IV Bidan Pendidik STIKes R.S. Haji Medan (2013) dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Peminatan Kesehatan Reproduksi FKM USU (2018). Sejak tahun 2019, aktif sebagai dosen tetap pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, FKM USU.

BIODATA PENULIS



Anissa Ermasari, S.Tr.Keb.,Bdn.,M.Keb
Dosen Program Studi Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati

Penulis dilahirkan di Kota Metro, pada tanggal 10 April 1995. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi profesi bidan, Universitas Malahayati Bandar Lampung. Menyelesaikan pendidikan D-IV Kebidanan di Poltekkes Tanjung Karang (2017), dan melanjutkan pendidikan profesi Bidan di Poltekkes Surakarta (2018). Penulis menyelesaikan pasca sarjana di Fakultas kedokteran prodi magister Kebidanan Universitas Brawijaya Malang (2021). Untuk mengemban karir sebagai dosen professional, penulis aktif sebagai peneliti dibidang Kesehatan khususnya kebidanan. Kontribusi dalam mewujudkan tridarma perguruan tinggi, selain aktif dalam bidang penelitian, dan Pendidikan penulis juga aktif mengikuti kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui email : anissa@malahayati.ac.id .

BIODATA PENULIS

Farida, S.ST.,M.Kes

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Fakultas Kesehatan universitas mega buana

Penulis lahir di lamasi 06 juli 1988,merupakan anak bungsu dari 6 bersaudara dari pasangan bapak H.Mas'ud dan Hj.malaen. Penulis Menyelesaikan pendidikan D3 pada jurusan kebidanan tahun 2010,dan melanjutkan Kembali Pendidikan S1 bidan pendidik pada tahun 2012, dan melanjutkan Pendidikan S2 pada jurusan kespro pada tahun 2018 ,penulis merupakan dosen tetap di universitas mega buana palopo. Prestasi yang diraih penulis pernah memenangkan hiba penelitian kemenristek dikti dengan judul penelitian'efektifitas pemberian ekstrak daun katuk dan Teknik marmet dengan produksi ASI".

BIODATA PENULIS



Ecih Winengsih, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi Kebidanan

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana

Penulis lahir di Ciamis tanggal 14 Agustus 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Kebidanan Fakultas Kesehatan, Universitas Bhakti Kencana. Menyelesaikan pendidikan D-3 di Universitas Jendral Achmad Yani Cimahi pada Jurusan kebidanan lulus tahun 2015, melanjutkan D-4 di Universitas Aisyiyah Yogyakarta Jurusan Kebidanan lulus tahun 2017 dan melanjutkan S2 di Universitas Padjajaran pada Jurusan Kebidanan lulus tahun 2022. Penulis aktif sebagai pengajar, peneliti, melakukan pengabdian masyarakat, menerbitkan beberapa buku dan hasil karya telah dipublikasikan.

BIODATA PENULIS



Rionitara Wikarya, S.Tr.Keb., M.Keb
Dosen Fakultas Psikologi dan Kesehatan
Universitas Negeri Padang

Penulis lahir di Padang, tanggal 30 Oktober 1996. Penulis adalah dosen tetap di Fakultas Psikologi dan Kesehatan, Universitas Negeri Padang. Penulis telah menyelesaikan pendidikan sarjana di D-IV Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang tahun 2014, pendidikan Pascasarjana di S2 kebidanan Universitas Andalas Padang tahun 2022 dan saat ini penulis sedang melanjutkan Pendidikan Profesi Bidan di Universitas Baiturrahmah Padang.

BIODATA PENULIS



Ni Made Sinarsari
Fakultas Brahma Widya
UHN IGB Sugriwa Denpasar

Penulis merupakan seorang bidan yang memiliki ketertarikan pada bidang kesehatan tradisional. Penulis memulai perjalanan pendidikan bidan di program studi kebidanan Poltekkes Denpasar Bali, penulis melanjutkan pendidikan S1 Kesehatan Ayurweda UNHI, selanjutnya penulis melanjutkan Pendidikan program Magister bidang ilmu Agama dan Kebudayaan pada UNHI dan program doktoral di Ilmu Agama dan Kebudayaan STAH Empu Kuturan Singaraja Bali. Penulis mengawali karir profesional sebagai staf pengajar di Jurusan Yoga Kesehatan Fakultas Brahma Widya UHN IGB Sugriwa Denpasar sejak tahun 2021. Beberapa mata kuliah yang diampu oleh penulis diantaranya adalah Antropologi Kesehatan, Yoga healing, Akupuntur/akupresure, Pendekatan tradisional pada perempuan, anak dan anak berkebutuhan khusus serta jiwa wira usaha dan pemasaran kesehatan, Usadha Bali, Ilmu Komunikasi dan pengetahuan Dasar bagi Penyehat Tradisional selama menjadi dosen, penulis melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang kesehatan tradisional. Email Penulis: sinarsari73@gmail.com

BIODATA PENULIS



Rini Wahyuni, S.ST., Bdn., M.Kes

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Fakultas Kesehatan Universitas Aisyah Pringsewu

Merupakan Dosen Pengajar di Program Studi DIII Kebidanan, Fakultas Kesehatan Universitas Aisyah Pringsewu (UAP) sejak Tahun 2017. Penulis lahir di Rantau Tijing, 26 juli 1991. Riwayat Pendidikan lulus dari Diploma III kebidanan di Universitas Malahayati Bandar Lampung Tahun (2012), Diploma IV Universitas Malahayati lulus Tahun (2013) dan penulis lulus Pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Malahayati (Peminatan Kesehatan Reproduksi) pada Tahun (2016). Serta lulus profesi kebidanan di Universitas Aisyah Pringsewu pada Tahun (2023). Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif menulis Buku, kemudian aktif dalam melaksanakan kegiatan Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat. Serta aktif menulis artikel di jurnal nasional, baik yang tidak terakreditasi maupun tarakreditasi.

BIODATA PENULIS



Bdn.Sriwahyuni S.ST.,M.Kes
Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Akademi Kebidanan Mega Buana

Bdn.Sriwahyuni S.ST.,M.Kes lahir di Sinjai tanggal 02 Desember 1989 merupakan dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan, Akademi Kebidanan Mega Buana dibawah naungan Yayasan Pendidikan Mega Buana Palopo. Riwayat Pendidikan menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan Akademi Kebidanan Muhammadiyah Makassar tahun 2011, DIV Bidan Pendidik Stikes Mega Rezky Makassar pada tahun 2012, kemudian melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat peminatan kesehatan reproduksi di Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2014, dan melanjutkan pendidikan profesi Bidan di Universitas Mega Buana Palopo pada tahun 2022. Mata kuliah yang diampuh adalah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan kegawatdaruratan, Kesehatan Reproduksi Remaja, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana dan Laporan Tugas Akhir.

Selain menjalankan tugas sebagai dosen, juga sebagai Direktur di Akademi Kebidanan Mega Buana Sejak tahun 2023 sampai sekarang.

BIODATA PENULIS



Murti Ani, SST., Bdn., M.Kes

Dosen Program Studi Kebidanan Blora
Program Diploma Tiga Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Pati, 31 Januari 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Blora Program Diploma Tiga Poltekkes Kemenkes Semarang. Saat ini sedang menempuh studi doctoral Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Universitas Diponegoro. Sebelumnya mengikuti Pendidikan DIII Kebidanan, DIV Kebidanan, S2 Magister Kedokteran Keluarga di Universitas Sebelas Maret Surakarta dan Pendidikan Profesi Bidan di Poltekkes Kemenkes Semarang. Mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Esensial Persalinan dan BBL, Asuhan Kebidanan Esensial Nifas, Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah, Konsep Kebidanan, Ketrampilan Dasar Klinik Kebidanan, dll. Selain aktif dalam Tri Dharma Perguruan Tinggi (Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat) juga aktif sebagai konselor ASI dan tergabung dalam IKMI (Ikatan Konselor Menyusui) Cabang Jawa Tengah. Telah menulis berbagai buku seperti Persalinan Berbasis Kompetensi, Asuhan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Masa Nifas, Dasar-Dasar Ilmu Kebidanan, Ketrampilan Dasar Kebidanan, Pengantar Kebidanan, dll. E-mail: animurti89@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ida Widaningsih, SSiT.MKM

Dosen Prodi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan
Universitas Medika Suherman Cikarang

Penulis lahir di Sumedang, Jawa Barat 01 Desember 19962. Penulis Penulis Kebidanan adalah dosen Universitas Medika Suherman Cikarang yang mengajar pada program studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan. Pada tahun 1995 penulis lulus dari Program D1 PPB Rumah Sakit Islam Jakarta. Pada tahun 2003 penulis lulus dari Pendidikan Diploma III Kebidanan dari Universitas Muhammadiyah Jakarta (UMJ). Pada tahun 2009 penulis lulus dari Pendidikan Diploma IV Kebidanan dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Ria Husada (STIKes MRH) Pada tahun 2011 penulis lulus dari Program Pasca Sarjana Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Prof Dr HAMKA Jakarta (UHAMKA). Riwayat pekerjaan penulis pernah menjadi perawat pelaksana di Rumah Sakit Iskam Pusat Cempaka Putih dari Tahun 1981 s/d Tahun 1995, Bidan Pelaksana dari tahun 1995 s/d 2010. Penulis telah mempublikasikan beberapa artikel penelitian tentang Imunisasi dasar pada bayi 1 tahun, Kehamilan, Remaja ,Kesehatan Reproduksi di jurnal nasional. Penulis juga aktif dalam penelitian di bidang Kesehatan Reproduksi dan Tumbuh Kembang Bayi. Pada tahun ini penulis telah mendapatkan hibah penelitian dari Institusi, Penelitian yang sudah dilakukan Penulis adalah di bidang yang

mendalami Bayi dan Tumbuh Kembangnya serta Kesehatan Reproduksi. Selain penelitian, pada tahun ini Penulis juga mendapatkan hibah Pengabdian Kepada Masyarakat dan menjadi anggota dalam Kegiatan Pengabdian Kepada Masyarakat dari Institusi . Pengabdian yang dilakukan Pada saat ini Penulis sedang melakukan Penelitian Kembali tentang Kesehatan Reproduksi Remaja.

BIODATA PENULIS



Inke Malahayati, SST., M. Keb.

Dosen Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan

Penulis lahir di Pematangsiantar tanggal 10 Mei 1976. Penulis adalah dosen tetap pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan. Menyelesaikan pendidikan D-IV Kebidanan pada Universitas Padjadjaran Bandung dan melanjutkan S2 Kebidanan pada Universitas Andalas Padang.