

ASUHAN KEHAMILAN NORMAL:

PRINSIP, PRAKTIK, DAN PANDUAN
BAGI BIDAN

Penulis:

- Resky Devi Akib
- Rabiattunnisa
- Ni Made Ayu Yulia Raswati Teja
- Maya Sari
- Ni Wayan Erviana Puspita Dewi
- Komang Ayu Purnama Dewi
- Herliana
- Ni Made Nurtini
- Teta Puji Rahayu
- I Gusti Ayu Raras Praminingrum
- Risa Mundari



ASUHAN KEHAMILAN NORMAL: PRINSIP, PRAKTIK, DAN PANDUAN BAGI BIDAN

**Resky Devi Akib
Rabiatunnisa
Ni Made Ayu Yulia Raswati Teja
Maya Sari
Ni Wayan Erviana Puspita Dewi
Komang Ayu Purnama Dewi
Herliana
Ni Made Nurtini
Teta Puji Rahayu
I Gusti Ayu Raras Pramingrum
Risa Mundari**



GET PRESS INDONESIA

ASUHAN KEHAMILAN NORMAL: PRINSIP, PRAKTIK, DAN PANDUAN BAGI BIDAN

Penulis :

Resky Devi Akib
Rabiatunnisa
Ni Made Ayu Yulia Raswati Teja
Maya Sari
Ni Wayan Erviana Puspita Dewi
Komang Ayu Purnama Dewi
Herliana
Ni Made Nurtini
Teta Puji Rahayu
I Gusti Ayu Raras Praminingrum
Risa Mundari

ISBN : 978-623-125-999-8

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Rantika Maida Sahara., S.Tr. Kes

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, Agustus 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 Asuhan Kehamilan Normal: Prinsip, Praktik, Dan Panduan Bagi Bidan ini.

Buku Ini Membahas : Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita, Perubahan Fisiologi dalam Kehamilan, Pengkajian Antenatal: Aspek Fisik dan Psikologis, Perawatan Prenatal: Kunjungan Rutin dan Pemeriksaan, Edukasi Kesehatan Selama Kehamilan, Psikologi Kehamilan dan Kesehatan Mental Ibu Hamil, Tanda Bahaya dan Komplikasi dalam Kehamilan Normal, Teknik dan Keterampilan Pemeriksaan Fisik, Kesehatan Seksual dan Hubungan Intim Selama Kehamilan, Persiapan Persalinan dan Perencanaan Kelahiran, Peran Keluarga dalam Kehamilan.

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, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB 1 ANATOMI DAN FISILOGI SISTEM	
REPRODUKSI WANITA	1
1.1 Anatomi Sistem Reproduksi Wanita	1
1.2 Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita.....	6
DAFTAR PUSTAKA	8
BAB 2 PERUBAHAN FISILOGI DALAM KEHAMILAN	11
2.1 Pendahuluan.....	11
2.2 Sistem Jantung dan Kardiovaskular	11
2.3 Sistem Pernapasan/Respirasi	14
2.4 Sistem Muskuskeletal.....	15
2.5 Sistem Integumentum.....	15
2.6 Sistem Saraf.....	16
2.7 Sistem Gastrointestinal	17
2.8 Sistem Urinari.....	18
2.9 Sistem Reproduksi dan Payudara	19
2.10 Sistem Endokrin	22
2.11 Sistem Hematologi	23
2.12 Sistem Imun	23
DAFTAR PUSTAKA	25
BAB 3 PENGKAJIAN ANTENATAL : ASPEK FISIK	
DAN PSIKOLOGIS	27
3.1 Pengkajian.....	27
3.2 Pengkajian Aspek Fisik.....	28
3.3 Pengkajian Aspek Psikologis.....	34
DAFTAR PUSTAKA	36
BAB 4 PERAWATAN PRENATAL : KUNJUNGAN	
RUTIN DAN PEMERIKSAAN	37
4.1 Pendahuluan.....	37
4.2 Perawatan Prenatal	38
4.3 Kunjungan Rutin Pada Kehamilan.....	51
4.4 Pemeriksaan Khusus Obstetri Selama Kehamilan	55

DAFTAR PUSTAKA.....	62
BAB 5 EDUKASI KESEHATAN SELAMA KEHAMILAN	63
5.1 Pendahuluan	63
5.2 Edukasi Kesehatan	64
5.2.1 Edukasi Kesehatan Kehamilan Trimester I.....	65
5.2.2 Edukasi Kesehatan Trimester Dua.....	68
5.2.3 Edukasi Kesehatan Trimester Ketiga	70
5.3 Perawatan Sehari-Hari Ibu Hamil.....	73
DAFTAR PUSTAKA.....	75
BAB 6 PSIKOLOGI KEHAMILAN DAN KESEHATAN	
MENTAL IBU HAMIL	77
6.1 Psikologi Kehamilan	77
6.1.1 Pengertian	77
6.1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Psikologi Kehamilan.....	77
6.1.3 Psikologi Pada Masa Kehamilan	78
6.1.4 Cara Mengatasi Perubahan Psikologi Pada Masa Kehamilan.....	80
6.1.5 Adaptasi Psikologis Ayah.....	81
6.1.6 Adaptasi Saudara Kandung.....	82
6.1.7 Kebutuhan Psikologi Ibu hamil.....	82
6.2 Kesehatan Mental Ibu Hamil	85
6.2.1 Pengertian	85
6.2.2 Upaya Menjaga Kesehatan Mental Ibu Hamil.....	85
6.2.3 Gangguan Kesehatan Mental pada Ibu Hamil.....	86
6.2.4 Penyebab Gangguan Kesehatan Mental pada Ibu Hamil.....	86
6.2.5 Dampak Gangguan Kesehatan Mental pada Ibu Hamil.....	87
DAFTAR PUSTAKA.....	88
BAB 7 TANDA BAHAYA DAN KOMPLIKASI DALAM KEHAMILAN NORMAL.....	89
7.1 Pendahuluan	89
7.2 Tanda Bahaya Dalam Kehamilan.....	90
7.2.1 Pengertian Tanda Bahaya Kehamilan.....	92
7.3 Komplikasi Dalam Kehamilan Normal	97
7.3.1 Pendahuluan	97

7.3.2 Tanda Komplikasi Kehamilan	98
7.4 Penutup	100
DAFTAR PUSTAKA	101
BAB 8 TEKNIK DAN KETERAMPILAN	
PEMERIKSAAN FISIK	103
8.1 Pendahuluan.....	103
8.2 Pemeriksaan Fisik Pada Ibu hamil dari kepala sampai dengan ujung kaki	103
8.2.1 Kepala	103
8.2.2 Wajah.....	104
8.2.3 Hidung.....	104
8.2.4 Mata :	104
8.2.5 Mulut dan gigi	104
8.2.6 Telinga.....	104
8.2.7 Leher	104
8.2.8 Dada.....	105
8.2.9 Payudara.....	105
8.2.10 Abdomen	106
8.2.11 Ekstremitas	113
8.2.12 Genetalia	113
8.2.13 Refleks hammer	113
8.2.14 Pemeriksaan Lingkar Lengan Atas (Lila)	113
DAFTAR PUSTAKA	114
BAB 9 KESEHATAN SEKSUAL DAN HUBUNGAN	
INTIM SELAMA KEHAMILAN	115
9.1 Pendahuluan.....	115
9.2 Perubahan Fisik dan Seksual Selama Kehamilan.....	116
9.2.1 Perubahan Hormonal dan Dampaknya pada Kesehatan Seksual.....	117
9.2.2 Perubahan Anatomis yang Mempengaruhi Aktivitas Seksual	118
9.2.3 Dampak Kehamilan pada Libido.....	118
9.3 Aspek Emosional dan Psikologis Selama Kehamilan...	119
9.3.1 Perubahan Emosi yang Memengaruhi Hubungan Intim.....	119
9.3.2 Komunikasi dan Kepuasan Seksual	119
9.3.3 Dukungan Emosional untuk Ibu dan Ayah	120

9.4 Keselamatan Seksual Selama Kehamilan	120
9.4.1 Aktivitas Seksual yang Aman.....	120
9.4.2 Kondisi yang Memerlukan Kehati-Hatian.....	121
9.4.3 Waktu yang Tepat untuk Berhenti atau Menghindari Aktivitas Seksual.....	122
9.5 Mempertahankan Intimasi Tanpa Aktivitas Seksual...	122
9.5.1 Alternatif Kegiatan Intim	123
9.5.2 Pentingnya Koneksi Emosional	123
9.6 Kesehatan Seksual Pasca Melahirkan.....	124
9.6.1 Periode Pemulihan Pasca Persalinan	125
9.6.2 Kapan Aktivitas Seksual Bisa Dilanjutkan.....	125
9.6.3 Perubahan Dalam Hubungan Intim Setelah Menjadi Orangtua.....	126
9.7 Mitos dan Fakta Tentang Seksualitas Selama Kehamilan.....	126
9.7.1 Mitos yang Sering Dipercaya	127
9.7.2 Fakta Ilmiah.....	127
9.7.3 Mengatasi Kecemasan dan Stigma Sosial.....	128
9.8 Kondisi Khusus dan Kapan Harus Mencari Bantuan Medis	128
9.8.1 Kondisi yang Memerlukan Perhatian Khusus	128
9.8.2 Tanda-Tanda Bahaya yang Harus Diwaspadai.....	129
9.8.3 Peran Bidan dalam Memantau Kesehatan Seksual.....	130
DAFTAR PUSTAKA.....	131

BAB 10 PERSIAPAN PERSALINAN DAN

PERENCANAAN KELAHIRAN	135
10.1 Pendahuluan	135
10.2 Persiapan Persalinan.....	136
10.2.1 Pengertian Persiapan Persalinan	136
10.2.2 Komponen dalam Persiapan Persalinan.....	136
10.3 Perencanaan Kelahiran.....	142
10.3.1 Pengertian Perencanaan Kelahiran	142
10.3.2 Komponen Perencanaan Kelahiran.....	143
10.3.3 Manfaat Perencanaan Kelahiran	144
10.3.4 Implikasi Terhadap Pencegahan Komplikasi.....	145
10.3.5 Peran Bidan dalam Perencanaan Kelahiran	145

DAFTAR PUSTAKA	147
BAB 11 PERAN KELUARGA DALAM KEHAMILAN	
OLEH RISA MUNDARI	151
11.1 Pendahuluan.....	151
11.2 Tujuan Pembelajaran	153
11.3 Konsep Dasar Kehamilan dan Peran Keluarga	153
11.3.1 Pengertian Kehamilan dalam Perspektif Kebidanan	153
11.3.2 Perubahan Psikologis Selama Kehamilan	154
11.3.3 Keluarga sebagai Sistem Dukungan	154
11.3.4 Bentuk Dukungan Keluarga dalam Kehamilan...	155
11.3.5 Keluarga Sebagai Mitra dalam Asuhan Kebidanan	156
11.3.6 Tantangan Kultural dan Sosial dalam Keterlibatan Keluarga	157
11.4 Peran Keluarga dalam Trimester Kehamilan	157
11.4.1 Peran Keluarga pada Trimester Pertama	157
11.4.2 Peran Keluarga pada Trimester Kedua.....	158
11.4.3 Peran Keluarga pada Trimester Ketiga	159
11.4.4 Peran Bidan dalam Memberdayakan Keluarga..	160
11.5 Intervensi Berbasis Keluarga Dalam Kebidanan	160
11.5.1 Edukasi Kesehatan Berbasis Keluarga.....	160
11.5.2 Konseling Terpadu Berbasis Keluarga.....	161
11.5.3 Pemberdayaan Keluarga sebagai Pendukung Aktif	162
11.5.4 Peran Bidan dalam Intervensi Berbasis Keluarga	163
11.5.5 Model Intervensi: <i>Family-Centered Maternity Care (FCMC)</i>	163
11.6 Isu Sosial Dan Budaya Dalam Peran Keluarga	164
11.6.1 Nilai Budaya dan Kepercayaan Tradisional	164
11.6.2 Peran Gender dan Relasi Kekuasaan dalam Keluarga	165
11.6.3 Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) Selama Kehamilan.....	166
11.6.4 Faktor Sosial Ekonomi dan Akses Layanan	166

11.6.5 Stigma Sosial terhadap Kehamilan Tidak	
Diinginkan	167
11.6.6 Peran Bidan dalam Konteks Sosial Budaya	167
DAFTAR PUSTAKA	169
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Rekomendasi Kenaikan Berat Badan Berdasarkan IMT	41
Tabel 4.2. Klasifikasi Status Gizi pada Wanita Hamil dan 6 Bulan Pasca Melahirkan berdasarkan Lingkar Lengan Atas (LiLA)	42
Tabel 4.3. Kebutuhan Gizi Ibu Hamil Trimester I.....	44
Tabel 4.4. Kebutuhan Gizi Ibu Hamil Trimester II	45
Tabel 4.5. Kebutuhan Gizi Ibu Hamil Trimester III.....	45
Tabel 4.6. Skrening Pemberian Imunisasi TT.....	50
Tabel 8.1. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri.....	106

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Pemeriksaan Denyut Jantung Janin Dengan Doppler	56
Gambar 4.2. Pemeriksaan Denyut Jantung Janin Menggunakan Stetoskop Menoaural Laenec.....	57
Gambar 4.3. Pemeriksaan Leopold 1	58
Gambar 4.4. Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri	59
Gambar 4.5. Pemeriksaan Leopold 2	59
Gambar 4.6. Pemeriksaan Leopold 3.....	60
Gambar 4.7. Pemeriksaan Leopold 4.....	61
Gambar 5.1. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester I	66
Gambar 5.2. Tanda bahaya kehamilan trimester dua.....	69
Gambar 5.3. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester Tiga	72
Gambar 5.4. Tanda-tanda persalinan	73
Gambar 8.1. Pemeriksaan Leopold I	107
Gambar 8.2. Pemeriksaan Leopold II.....	108
Gambar 8.3. Pemeriksaan Leopold III	109
Gambar 8.4. Pemeriksaan Leopold IV	109
Gambar 8.5. Pemeriksaan Leopold IV (Posisi covergen).....	110
Gambar 8.6. Pemeriksaan Leopold IV (Posisi covergen).....	110
Gambar 8.7. Fetoskope	111
Gambar 8.8. <i>Intermittent auscultation (AI)</i>	111
Gambar 8.9. Doppler	112

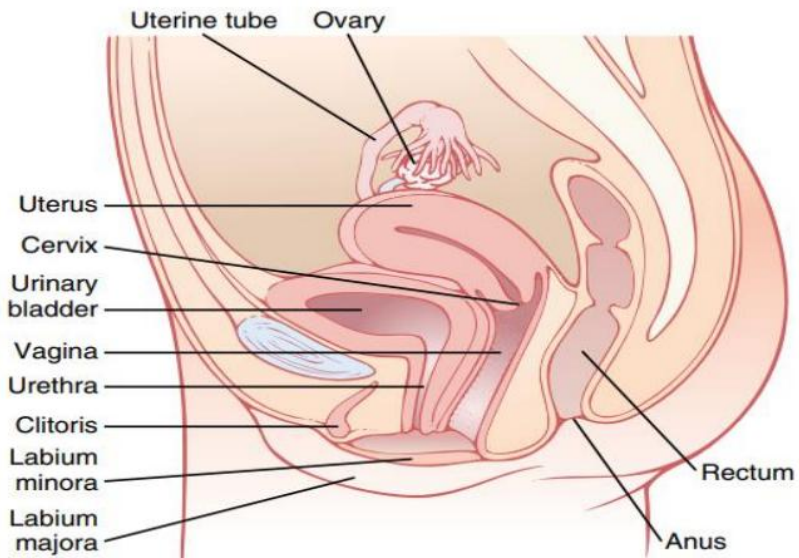
BAB 1

ANATOMI DAN FISILOGI SISTEM REPRODUKSI WANITA

Oleh Resky Devi Akib

1.1 Anatomi Sistem Reproduksi Wanita

Sistem reproduksi Wanita dibedakan menjadi 2 yakni genitalia interna dan eksterna. Organ yang termasuk genitalia eksterna yakni vulva, yang terdiri dari mons pubis, klitoris, labia mayora, labia minora, dan kelenjar vestibular. Sedangkan organ yang termasuk genitalia interna yakni vagina, uterus, ovarium dan tuba falopi. (Human Reproductive Anatomy – Human Biology, t.t.)



1. Organ Reproduksi Eksternal

Organ reproduksi wanita bagian luar adalah struktur yang terletak di luar rongga pelvis dan berfungsi sebagai pelindung dan pendukung organ reproduksi wanita bagian dalam. Organ reproduksi wanita bagian luar meliputi vulva, labia majora, labia minora, klitoris, dan vestibulum.

a. Vulva

Vulva adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan organ reproduksi wanita bagian luar. Vulva terdiri dari beberapa struktur, yaitu labia majora, labia minora, klitoris, dan vestibulum. Vulva berfungsi sebagai pelindung organ reproduksi wanita bagian dalam dan sebagai tempat hubungan seksual. Vulva terdiri dari mons pubis, klitoris, labia mayora, labia minora, dan kelenjar vestibular. Mons pubis berbentuk bulat dan merupakan area lemak yang menutupi tulang kemaluan. Klitoris merupakan suatu struktur dengan jaringan ereksi yang mengandung sejumlah besar saraf sensorik dan berfungsi sebagai sumber rangsangan selama hubungan seksual. Labia mayora adalah sepasang lipatan jaringan memanjang yang terletak di posterior mons pubis dan menutupi komponen vulva lainnya. Labia mayora berasal dari jaringan yang sama yang menghasilkan skrotum pada pria. Labia minora adalah lipatan jaringan tipis yang terletak di tengah labia mayora. Labia ini melindungi bukaan vagina dan uretra (Malmquist & Prescott, t.t.).

b. Mons Pubis

Mons Pubis adalah tonjolan lemak yang menutupi tulang kemaluan dan berfungsi sebagai bantalan selama hubungan seksual serta sebagai pelindung terhadap trauma fisik pada tulang pubis

c. Labia Majora

Labia Majora adalah dua lipatan kulit besar yang mengandung lemak dan kelenjar keringat, melindungi organ dalam dan berfungsi sebagai pelindung dari pathogen. ¹Labia majora berfungsi sebagai pelindung organ reproduksi wanita bagian dalam dan sebagai tempat penyimpanan lemak. Labia majora juga memiliki kelenjar keringat dan kelenjar sebaceous yang berfungsi untuk menjaga kelembaban dan kesehatan kulit.

¹ Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2019)

d. Labia Minora

Labia Minora adalah lipatan kulit kecil di dalam labia majora, tidak berbulu, dan mengandung banyak pembuluh darah dan ujung saraf. Labia minora membantu menjaga kelembapan dan melindungi lubang vagina dan uretra.² Labia minora berfungsi sebagai pelindung vagina dan uretra. Labia minora juga memiliki banyak pembuluh darah dan saraf yang berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas dan kenikmatan seksual.

e. Klitoris

Klitoris adalah organ erektile kecil yang sangat sensitif terhadap rangsangan. Struktur ini homolog dengan penis pada pria dan memiliki peran utama dalam respons seksual wanita.³ Klitoris terdiri dari jaringan erektile yang dapat membesar dan mengeras saat terstimulasi. Klitoris berfungsi sebagai tempat kenikmatan seksual dan dapat membantu wanita mencapai orgasme.

f. Vestibulum

estibulum adalah area di dalam labia minora yang berisi lubang uretra (tempat keluarnya urine) dan introitus vagina (pembukaan vagina).⁴ Vestibulum memiliki beberapa struktur, yaitu introitus vagina, uretra, dan kelenjar Bartholin. Kelenjar Bartholin berfungsi untuk menghasilkan cairan yang dapat membantu melumasi vagina dan meningkatkan kenikmatan seksual.

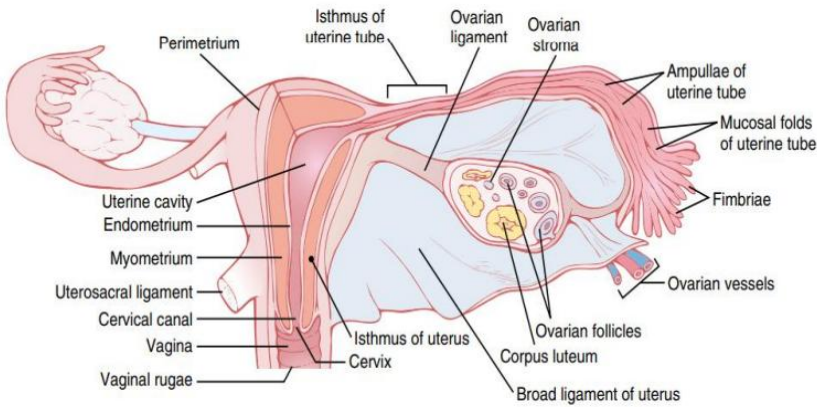
2. Organ Reproduksi Internal

Sistem reproduksi wanita adalah sistem yang kompleks dan penting dalam proses reproduksi manusia. Sistem ini terdiri dari beberapa organ yang berfungsi untuk menghasilkan ovum, mendukung kehamilan, dan melahirkan. Organ-organ reproduksi wanita meliputi ovarium, tuba falopi, uterus, dan vagina.

² Hall, J.E. (2020)

³ Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2018)

⁴ Sadler, T. W. (2018)



a. Ovarium

Ovarium adalah sepasang kelenjar yang memproduksi sel telur (ovum) dan hormon seksual wanita seperti estrogen dan progesteron. Setiap bulan, dalam siklus menstruasi normal, salah satu ovarium melepaskan satu ovum dalam proses yang dikenal sebagai ovulasi. Selain itu, ovarium juga memainkan peran penting dalam mengatur fungsi seluruh sistem reproduksi melalui produksi hormone.⁵ Ovarium adalah organ yang menghasilkan ovum dan hormon estrogen dan progesteron. Ovarium terletak di dalam rongga pelvis dan memiliki ukuran sekitar 3-4 cm. Ovarium terdiri dari beberapa lapisan, yaitu korteks ovarium yang mengandung folikel ovarium, dan medulla ovarium yang mengandung pembuluh darah dan saraf. Folikel ovarium adalah struktur yang mengandung ovum dan berfungsi sebagai tempat pertumbuhan dan perkembangan ovum. Setiap bulan, salah satu folikel ovarium akan matang dan melepaskan ovum dalam proses yang disebut ovulasi.

b. Tuba Falopi

Tuba Falopi (saluran telur) adalah dua saluran tipis yang menghubungkan ovarium dengan uterus. Masing-masing panjangnya sekitar 10 cm. Pembuahan umumnya terjadi di bagian ampula tuba falopi, tempat ovum bertemu

⁵ Longo, D. L., et al. (2012)

dengan sperma. Tuba falopi memiliki silia yang membantu mendorong ovum menuju uterus.⁶ Tuba falopi adalah saluran yang menghubungkan ovarium dengan uterus dan berfungsi sebagai tempat fertilisasi. Tuba falopi memiliki panjang sekitar 10-13 cm dan memiliki diameter sekitar 1-4 mm. Tuba falopi terdiri dari beberapa lapisan, yaitu mukosa, muskularis, dan serosa. Mukosa tuba falopi memiliki silia yang berfungsi untuk membantu pergerakan ovum menuju uterus.

c. Uterus

Uterus adalah organ yang berfungsi sebagai tempat tumbuh kembang janin selama kehamilan. Uterus terletak di dalam rongga pelvis dan memiliki ukuran sekitar 7-8 cm. Uterus terdiri dari beberapa lapisan, yaitu endometrium, miometrium, dan perimetrium. Endometrium adalah lapisan yang paling dalam dan berfungsi sebagai tempat implantasi janin. Miometrium adalah lapisan yang terdiri dari otot polos yang berfungsi untuk membantu kontraksi uterus selama persalinan. Uterus adalah organ berbentuk seperti buah pir yang berfungsi sebagai tempat berkembangnya janin. Dinding uterus terdiri dari tiga lapisan: endometrium (lapisan dalam tempat implantasi embrio), miometrium (lapisan otot yang kuat untuk kontraksi saat persalinan), dan perimetrium (lapisan terluar). Selama siklus menstruasi, endometrium mengalami penebalan dan peluruhan jika tidak terjadi kehamilan.⁷

d. Vagina

Vagina adalah saluran yang berfungsi sebagai tempat hubungan seksual dan saluran kelahiran. Vagina memiliki panjang sekitar 6-8 cm dan memiliki diameter sekitar 2-3 cm. Vagina terdiri dari beberapa lapisan, yaitu mukosa, muskularis, dan adventisia. Mukosa vagina memiliki epitel yang berfungsi untuk melindungi vagina dari infeksi.

⁶ Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2013)

⁷ Beckmann, C. R. B., et al. (2019)

Vagina adalah saluran muskular elastis yang menghubungkan organ luar dengan rahim. Panjangnya sekitar 8–10 cm dan dindingnya dilapisi oleh mukosa yang bisa mengembang dan berkontraksi. Fungsi utama vagina meliputi sebagai saluran keluarnya darah menstruasi, saluran untuk hubungan seksual, dan jalur keluarnya bayi saat persalinan.⁸

1.2 Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

Fungsi sistem reproduksi wanita sangat erat kaitannya dengan siklus menstruasi, suatu proses fisiologis yang berulang sekitar setiap 28 hari dan dikendalikan oleh interaksi hormon yang kompleks. Siklus ini terbagi dalam tiga fase utama: fase folikuler, ovulasi, dan fase luteal.

1. Fase Folikuler dimulai pada hari pertama menstruasi dan berakhir saat ovulasi. Pada fase ini, hormon *folikel-stimulating hormone* (FSH) dari kelenjar hipofisis merangsang pertumbuhan folikel dalam ovarium. Folikel menghasilkan estrogen, yang memicu penebalan endometrium sebagai persiapan untuk implantasi embrio.⁹
2. Ovulasi terjadi sekitar pertengahan siklus. Lonjakan *luteinizing hormone* (LH) memicu pelepasan ovum matang dari ovarium. Ovum kemudian ditangkap oleh fimbriae tuba falopi dan digerakkan menuju uterus.
3. Fase Luteal dimulai setelah ovulasi. Folikel yang pecah berubah menjadi korpus luteum yang memproduksi progesteron. Progesteron mempertahankan lapisan endometrium agar siap menerima embrio. Jika tidak terjadi fertilisasi, korpus luteum mengalami degenerasi, kadar progesteron menurun, dan endometrium luruh sebagai menstruasi.

Hormon reproduksi wanita memiliki peran penting dalam mengatur sistem reproduksi wanita. Hormon estrogen dan

⁸ Sherwood, L. (2016)

⁹ Ganong, W. F. (2016)

progesteron berfungsi untuk mengatur pertumbuhan dan perkembangan organ reproduksi wanita, serta mengatur siklus menstruasi dan kehamilan. Estrogen berfungsi untuk mengatur pertumbuhan dan perkembangan folikel ovarium, serta mengatur kontraksi tuba falopi. Progesteron berfungsi untuk mengatur kehamilan dan mempersiapkan uterus untuk implantasi. Hormon memainkan peran sangat penting dalam fungsi sistem reproduksi wanita. Estrogen bertanggung jawab dalam pengembangan ciri seksual sekunder, regulasi siklus menstruasi, dan pertumbuhan endometrium. Progesteron berperan dalam mempertahankan endometrium selama kehamilan. FSH dan LH dari hipofisis mengontrol ovulasi dan fungsi ovarium. Interaksi harmonis antara hormon-hormon ini menjamin keberlangsungan fungsi reproduksi secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Beckmann, C. R. B., et al. (2019). *Obstetrics and Gynecology* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- Cunningham, F.G., et al. (2018). *Obstetri Williams*. Edisi 25. Jakarta: EGC.
- Ganong, W. F. (2016). *Review of Medical Physiology* (25th ed.). McGraw-Hill.
- Guyton, A.C., & Hall, J.E. (2020). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 13. Jakarta: EGC.
- Hall, J.E. (2020). *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology* (14th ed.). Elsevier.
- Hall, J. (2011a). Female Physiology Before Pregnancy and Female Hormones. Dalam W. Smitt (Ed.), *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology* (12 ed., hlm. 987–1002).
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2018). *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. Elsevier.
- Human Reproductive Anatomy – Human Biology. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, dari <https://open.lib.umn.edu/humanbiology/chapter/5-1-human-reproductive-anatomy/>
- Human reproductive system - Female Anatomy, Hormones, Reproduction | Britannica. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, dari <https://www.britannica.com/science/human-reproductivesystem/The-female-reproductive-system>
- Human reproductive system | Definition, Diagram & Facts | Britannica. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, dari <https://www.britannica.com/science/human-reproductivesystem>
- Longo, D. L., et al. (2012). *Harrison's Principles of Internal Medicine* (18th ed.). McGraw-Hill.
- Male Anatomy, Hormones, Reproduction | Britannica. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, dari <https://www.britannica.com/science/human-reproductivesystem/The-male-reproductive-system>
- Malmquist, S., & Prescott, K. (t.t.). 5.1 Human Reproductive Anatomy.

- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2019). *Human Anatomy & Physiology* (11th ed.). Pearson.
- Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2013). *Clinically Oriented Anatomy* (7th ed.). Lippincott.
- Moore, K.L., & Persaud, T.V.N. (2019). *Embriologi Klinis*. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Netter, F. H. (2014). *Atlas of Human Anatomy* (6th ed.). Elsevier.
- Sadler, T. W. (2018). *Langman's Medical Embryology* (14th ed.). Wolters Kluwer.
- Saunders elsevier. Hall, J. (2011b). Reproductive and Hormonal Functions of the Male (and Function of the Pineal Gland). Dalam W. Schmitt (Ed.), *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology* (12 ed., hlm. 973– 986). Saunders Elsevier.
- Sherwood, L. (2020). *Fisiologi Manusia: Dari Sel ke Sistem*. Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Sherwood, L. (2016). *Human Physiology: From Cells to Systems* (9th ed.). Cengage Learning.

BAB 2

PERUBAHAN FISIOLOGI DALAM KEHAMILAN

Oleh Rabiattunnisa

2.1 Pendahuluan

Efek hormon tertentu selama kehamilan akan menyebabkan perubahan fisik yang berkaitan dengan berbagai sistem. Perubahan ini terjadi selama perkembangan janin seperti persiapan tubuh ibu untuk bersalin, perubahan payudara untuk pembentukan, dan produksi air susu ibu selama masa nifas. Wanita memerlukan waktu untuk menyesuaikan diri dengan berbagai perubahan yang terjadi dalam dirinya selama kehamilan. Dalam kondisi ini, muncul perasaan tidak percaya diri dan khawatir pada ibu hamil tentang penampilannya karena perubahan yang terjadi pada ukuran, bentuk payudara, pigmentasi kulit, dan pembesaran abdomen secara keseluruhan (Widniah & Fatia, 2021).

Hormon kehamilan, tekanan mekanis yang disebabkan oleh pertumbuhan rahim dan jaringan lain, berkontribusi pada adaptasi fisiologis ibu. Penyesuaian selama kehamilan menjaga fungsi fisiologis normal, mencukupi kebutuhan metabolisme yang disebabkan oleh kehamilan, dan mempersiapkan suasana pengasuhan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Kehamilan menyebabkan perubahan pada banyak sistem tubuh, termasuk plasenta dan cairan ketuban. Kedua cairan ini sangat penting untuk keberlangsungan hidup janin selama dalam kandungan ibu (Bayu Fijri, 2021).

2.2 Sistem Jantung dan Kardiovaskular

Sistem kardiovaskuler seseorang berubah secara signifikan selama kehamilan karena:

1. Menjaga fungsi sistem kardiovaskuler ibu hamil yang normal

2. Memenuhi kebutuhan metabolisme yang disebabkan kehamilan
3. Memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan janin

Selama kehamilan posisi, bentuk, dan ukuran jantung akan mempengaruhi volume, komposisi darah, tekanan darah dan output jantung, waktu sirkulasi, dan koagulasi dipengaruhi oleh (Prilia, 2020).

1. Penyesuaian Tekanan darah

Tekanan darah sistolik selama kehamilan mungkin sedikit turun. Pada trimester pertama, tekanan darah diastolik mulai turun selama 24 hingga 32 minggu. Pada trimester kedua, secara bertahap tekanan darah meningkat dan Kembali pada kondisi sebelum hamil. Pada trimester ketiga, tekanan darah cenderung meningkat. Ibu hamil mungkin tidak menyadari perubahan tekanan darah selama pertengahan trimester kehamilan. Hipotensi bisa terjadi pada 10% ibu hamil yang disebabkan oleh ketidakseimbangan tubuh. Pada kondisi tersebut, tidur terlentang tidak dianjurkan pada masa kehamilan.

2. Komposisi dan volume Darah

- a. Volume Darah

Terjadi peningkatan volume darah kisaran 1500 mililiter (40%-45%) dibandingkan dengan wanita yang tidak hamil. Peningkatan ini terdiri dari 1000 mililiter plasma dan 450 mililiter sel darah merah. Di minggu ke sepuluh atau dua belas kehamilan, volume darah mulai meningkat. Kondisi ini mencapai puncaknya trimester III kehamilan, dan kemudian sedikit menurun pada akhir kehamilan hingga menjelang persalinan. Kehamilan ganda meningkatkan volume darah lebih besar daripada kehamilan tunggal. Tekanan darah tetap normal selama kehamilan berkat vasodilatasi perifer.

Jumlah darah yang meningkat selama kehamilan diduga disebabkan oleh meningkatnya aldosteron, estrogen, dan progesteron. Volume darah yang meningkat diperlukan untuk tujuan berikut:

- 1) Mencukupi kebutuhan volume darah uterus
- 2) Menghidrasi jaringan ibu dan janin dengan cukup ketika ibu dalam posisi tegak atau terlentang
- 3) Mempersiapkan cadangan cairan untuk mengimbangi kehilangan darah selama kelahiran dan masa nifas.
(Prilia, 2020).

b. Komposisi Darah

Produksi sel darah merah meningkat 20–30% pada masa kehamilan, dengan peningkatan massa sel darah merah sebagai hasil dari peningkatan produksi oksigen. Anemia ringan dengan kadar HB 10,5 gram% merupakan hal fisiologis yang terjadi pada trimester kedua kehamilan, kondisi ini disebabkan oleh hemodilusi. Sementara pada trimester pertama menunjukkan peningkatan sel darah putih, yang mencapai puncaknya pada trimester ketiga (Hatijar, 2020).

3. Output Jantung

Sejak minggu ketiga puluh kehamilan, output jantung meningkat tiga puluh hingga lima puluh persen dibandingkan dengan kondisi tidak hamil. Pada minggu keempat puluh kehamilan, output jantung menurun, tetapi tetap lebih tinggi dua puluh persen dari kondisi tidak hamil. Cardiac output akan lebih tinggi dalam posisi berbaring lateral daripada berbaring terlentang. Uterus yang besar dan berat sering mengganggu aliran balik vena ke jantung dan meningkatkan tekanan darah. Tekanan darah tidak selalu meningkat saat wanita hamil memiliki curah jantung yang lebih tinggi.

4. Waktu yang Dibutuhkan untuk Sirkulasi dan Koagulasi

Ketika menjelang persalinan, waktu sirkulasi pada trimester III kehamilan melambat dan perlahan kembali normal. Untuk mencegah perdarahan, terjadi peningkatan aktifitas koagulasi, yang berarti darah menggumpal semakin cepat. Risiko trombotik meningkat karena penggumpalan darah yang cepat, terutama pada persalinan SC. Selama kehamilan, sistem pembekuan darah dan fibrinogen mengalami peningkatan yang signifikan. Plasma fibrinogen (faktor X) meningkat pada

12 minggu pertama dan kemudian meningkat sedikit lebih lanjut. (Rahardjo, 2022).

2.3 Sistem Pernapasan/Respirasi

Aplikasi sistem respirasi selama kehamilan diperlukan untuk memenuhi dua tujuan:

1. Memcukupi kebutuhan oksigen ibu sebagai tanggapan atas perubahan metabolisme
2. Mencukupi kebutuhan karena perubahan jaringan uterus dan payudara.
3. Mencukupi tingginya kebutuhan oksigen bagi janin

Hamil juga mengubah bentuk paru-paru. Kadar estrogen yang tinggi menyebabkan perubahan anatomi ini, ligament tulang rusuk menjadi lebih rileks, ekspansi dada mungkin saja terjadi. Peningkatan diameter transversal torak 2 cm, diameter kelilingnya meningkat 6 cm, pergerakan diafragma 4 cm, dan Pernafasan torak digunakan sebagai pengganti pernafasan perut. Laju pernafasan normal adalah 14–15 nafas per menit dengan pernafasan diafragma dan nafas yang lebih dalam (Situmorang, 2021).

1. Fungsi paru-paru

Hormon progesterone dan estrogen mengubah sensitivitas pusat pernafasan selama kehamilan. Akibat dari hal tersebut menyebabkan ambang batas karbondioksida tubuh meningkat sehingga frekuensi pernafasan ibu hamil terjadi lebih sering.

2. Basal Metabolik Rate (BMR)

Meningkatnya BMR pada masa kehamilan bergantung pada status gizi sebelum hamil serta pertumbuhan janin:

- a. Meningkatnya kebutuhan akan oksigen untuk sirkulasi uterus dan plasenta
- b. Meningkatnya kerja jantung ibu yang mengakibatkan kebutuhan oksigen juga meningkat.

Pada masa awal kehamilan, BMR meningkat, yang mengakibatkan ibu hamil kurang melakukan aktivitas keseharian dan cenderung lebih banyak tidur. Meningkatnya metabolisme ibu dan janin secara bertahap meningkatkan konsumsi oksigen.

3. Keseimbangan Asam Basa

Pada minggu ke sepuluh kehamilan, tekanan parsial karbondioksida (PCO_2) menurun. Volume tidak mengalami peningkatan, menurunnya PCO_2 dan basa namun pH meningkat. Selain itu, kondisi ini memudahkan transfer oksigen dan karbondioksida pada masa kehamilan (ibu ke janin). Progesteron memengaruhi sensitivitas respirasi terhadap karbondioksida.

2.4 Sistem Muskuskeletal

Postur, posisi, dan cara berjalan wanita berubah saat hamil. Kehamilan sering menyebabkan ketidaknyamanan karena perubahan struktur ligamen dan tulang belakang karena pembesaran perut, yang menyebabkan panggul condong ke depan dan tulang belakang lordosis.

Kehamilan menyebabkan sedikit relaksasi dan peningkatan mobilitas sendi panggul. Namun kondisi tersebut akan berbeda pada setiap ibu hamil, karena tingkat relaksasi yang berbeda. Karena panggul yang lebih besar dalam hal ini, persalinan akan lebih mudah. Pada usia 32 minggu, simfisis pubis melebar 4 mm dan sakrokoksigeus tidak teraba. Karena pergerakan pelvik yang meningkat selama kehamilan, wanita tua sering mengalami sakit punggung dan ligaen. (Yuanita & Dewi, 2020)

Dinding perut meregang saat kehamilan. Otot rectus abdominalis dapat terpisah selama trimester ketiga kehamilan. Umbilicus dapat menjadi rata bahkan menonjol. Setelah melahirkan, kondisi ini dapat kembali atau menetap (Bayu Fijri, 2021).

2.5 Sistem Integumentum

Banyak perubahan yang terjadi pada sistem integumentum selama kehamilan disebabkan oleh perubahan dalam keseimbangan hormon dan mekanisme peregangan. Hormon Melanotropin yang meningkat selama kehamilan menyebabkan hiperpigmentasi. Puting, ketiak, dan vulva mengalami perubahan warna kulit. Wajah, juga dikenal sebagai cloasma, adalah hiperpigmentasi yang berwarna kecoklatan disekitar pipi, hidung, dan dahi (Hatijar, 2020).

1. Hiperpigmentasi Wajah (Chloasma)
2. Wajah, juga dikenal sebagai cloasma, adalah hiperpigmentasi dengan warna lebih gelap disekitar pipi, hidung, dan dahi. Ini terjadi pada lima puluh hingga tujuh puluh persen wanita hamil dan akan berlanjut sampai kehamilan matang. Kehamilan menyebabkan chloasma, setelah melahirkan kondisi tersebut mulai berkurang.
3. Linea Nigra
Perubahan warna pada garis yang memanjang dari symphysis pubis hingga fundus disebut sebagai linea nigra. Sebelum hiperpigmentasi, garis ini disebut linea alba. Perpanjangan linea nigra pada primigravida dimulai pada bulan ketiga dan terus memanjang seiring dengan pembesaran fundus, sedangkan hiperpigmentasi pada multigravida dimulai lebih awal.
4. Striae Gravidarum
Striae gravidarum, yang disebabkan oleh aktifitas adrenokortikosteroid, muncul pada hampir lima puluh hingga sembilan puluh persen ibu selama trimester kedua kehamilan. Dalam kolagen, jaringan ikat kulit, striae menunjukkan pemisahan. Garis tekanan ini biasanya muncul di area yang paling tertekan, seperti perut, paha, dan payudara. Gatal disebabkan oleh striae. Ada korelasi antara generasi. dikurangi setelah melahirkan. Garis perak, yang terlihat pada wanita berkulit terang atau gelap, sering terlihat pada multipara, selain striae kehamilan saat ini. Bekas luka dari kehamilan sebelumnya, striae albican, terlihat di sini.

2.6 Sistem Saraf

Dorsolumbar lordosis dapat menyebabkan nyeri karena kompresi akar saraf atau traksi saraf, atau karena stasis pembuluh darah karena pembesaran uterus, yang mengubah sensasi kaki. Selama trimester terakhir kehamilan, sindrom carpal tunnel dapat muncul sebagai akibat dari edema yang melibatkan saraf perifer. Tanda sindrom ini adalah paresthesia yaitu rasa seperti terbakar dan rasa sakit yang menjalar ke siku di tangan. Saraf median di bawah ligamentum karpal pergelangan

tangan ditekan oleh edema, yang menyebabkan sakit ini. Merokok dan mengonsumsi alkohol dapat memperburuk gejala dan mempengaruhi sirkulasi mikro. Meskipun 80% wanita mengalami gejala di kedua tangan, tangan dominan biasanya paling terpengaruh (Prilia, 2020).

Sikap bungkuk pada bahu dapat menyebabkan acroesthesia. Kondisi ini diakibatkan oleh traksi yang terjadi pada segmen pleksus brakialis. Ketika kecemasan atau ketidakpastian membuat kehamilan menjadi lebih sulit, sakit kepala karena tegang sering terjadi. Sakit kepala juga mungkin disebabkan oleh sinusitis atau migrain.

Sensitivitas saraf terhadap obat anestesi juga meningkat selama kehamilan. Untuk mencapai tingkat dermatom sensorik, wanita hamil membutuhkan lebih sedikit anestesi lokal daripada wanita tidak hamil. Dosis farmakologis progesteron pada ibu hamil aterm memiliki efek sedasi dua puluh kali lebih besar (Rahardjo, 2022).

2.7 Sistem Gastrointestinal

1. Nafsu makan

Terjadi perubahan nafsu makan pada awal kehamilan, beberapa wanita juga mengalami morning sickness (mual pagi), yang mungkin disebabkan oleh peningkatan kadar hCG dan perubahan metabolisme karbohidrat. Ini dapat terjadi dengan atau tanpa muntah. Kondisi ini muncul selama empat hingga enam minggu kehamilan dan biasanya hilang pada akhir trimester pertama, dengan intensitas yang berbeda. Ibu hamil biasanya mengalami peningkatan saliva, yang biasanya dikaitkan dengan keluhan mual, yang membuat mereka malas menelan saliva mereka. Sekitar 70% ibu hamil diharapkan akan muntah. Hal ini dapat disebabkan oleh hipomotilitas yang disebabkan oleh hormon estrogen dan hCG serta relaksasi otot polos perut.

2. Kebutuhan metabolisme yang meningkat menyebabkan nafsu makan meningkat pada akhir trimester kedua. Otak juga diberi tahu oleh hormon progesteron untuk mengontrol keseimbangan lemak untuk menyeimbangkan energi. Keguguran, persalinan

prematur, atau komplikasi pertumbuhan intrauterin tidak merupakan akibat dari muntah. Jika mual muntah berlebih disertai demam, perhatikan bahwa penurunan BB merupakan gejala HIPERMESIS GRAVIDARUM. Selain itu, wanita mungkin mengalami perubahan pada indra perasa mereka, yang dapat menyebabkan perubahan dalam mengidam dan asupan makanan mereka.

3. Mulut

Gusi terasa panas, kenyal, dan bengkak selama kehamilan. Dengan peningkatan kadar estrogen, vaskularisasi selektif dan proliferasi jaringan ikat meningkat, yang membuatnya lebih mudah berdarah. Epulis dapat muncul di garis gusi. Ptyalisme, atau air liur berlebihan, adalah masalah yang dialami beberapa wanita hamil. Ini dapat berasal dari stimulasi kelenjar ludah dengan makan pati atau penurunan menelan yang tidak sadar yang dilakukan oleh wanita saat mengalami mual.

4. Kerongkongan, Lambung dan Usus

Sekitar 15 hingga 20 persen wanita hamil mengalami hernia bagian atas lambung setelah bulan 7 atau 8 kehamilan. Ini dikenal sebagai hernia hiatus atau sebagian bagian lambung yang naik ke rongga dada. Ini lebih sering terjadi pada wanita yang memiliki banyak pasangan dan wanita yang lebih tua atau obesitas.

5. Ketidaknyamanan Perut

Ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan oleh perubahan intraabdomen termasuk beban atau tekanan panggul, ketegangan ligamen, perut kembung, distensi, kram usus, dan kontraksi uterus. Tekanan vena di organ panggul meningkat karena perpindahan usus dan tekanan dari rahim yang mengembang (Situmorang, 2021).

2.8 Sistem Urinari

Dibandingkan dengan wanita yang tidak hamil, peningkatan ukuran ginjal selama kehamilan tidak signifikan. Hormon estrogen dan progesteron bertanggung jawab atas tekanan yang ditimbulkan oleh pembesaran rahim dan peningkatan volume darah, yang

berdampak pada perubahan struktur. Minggu ke sepuluh kehamilan, pelvik ginjal dan ureter mulai meningkat. Dinding otot polos ureter membesar, hipertropi, dan relaksasi.

Sebagai upaya memaksimalkan pembuangan natrium, hormon progesteron mempengaruhi reabsorpsi natrium pada tubulus proksimal ginjal. Kondisi ini meningkatkan aldosteron hingga dua kali lipat dari nilai normal. Glukosa dapat dilihat pada wanita hamil normal karena tubulus proksimal ginjal menurunkan reabsorpsi glukosa. Diagnosis diabetes pada kehamilan memerlukan pemeriksaan glukosa urin.

Pada pertama kehamilan, volume urin di ureter dan pelvis ginjal meningkat dua kali lipat. Kandung kemih menyimpan urin lebih lama. Progesteron merelaksasi otot polos dan menurunkan tekanan mekanik pada ginjal oleh uterus. Kondisi ini meningkatkan kemungkinan ibu hamil mengalami infeksi ginjal akut (Widniah & Fatia, 2021).

2.9 Sistem Reproduksi dan Payudara

1. Uterus

Kadar estrogen dan progesteron yang tinggi merangsang pertumbuhan rahim pada trimester pertama. Produksi serat otot baru dan jaringan fibroelastik (Hiperplasia) dan pembesaran serat otot yang sudah ada dan jaringan fibroelastik (Hipertrofi) adalah semua faktor penyebab pembesaran uterus awal. Rahim menjadi sebesar telur ayam besar pada usia kehamilan 7 minggu, pada usia 10 minggu, ukurannya menjadi lebih besar dibanding saat tidak hamil. Ketika memasuki usia 12 minggu kehamilan, ukurannya menjadi semakin membesar menyerupai gumpalan buah anggur. Tekanan mekanik dari janin yang sedang berkembang adalah penyebab utama pembesaran uterus setelah bulan ketiga.

Setelah minggu keempat belas, kehamilan mulai terlihat, tetapi itu tergantung pada tinggi dan berat badan wanita itu. Pada usia dua belas dan empat belas minggu, Rahim teraba di atas simfisis pubis. Untuk mengukur pembesaran rahim, perabaan TFU dilakukan. Pada minggu keenam kehamilan,

tanda Hegar muncul, yang menunjukkan pelunakan dan kompresibilitas segmen bagian bawah rahim.

Dinding perut dapat merasakan kontraksi uterus segera setelah bulan keempat kehamilan. Setelah minggu ke-28, kontraksi ini menjadi lebih sering, yang dikenal sebagai tanda Braxton Hicks. Namun, sebagian besar ibu hamil tidak mengatasinya dengan berjalan kaki atau berolahraga. Kontraksi Braxton Hicks juga dapat berarti persalinan.

Pergerakan pasif janin dalam rahim yang disebut ballottement dapat diidentifikasi secara umum antara minggu ke 16 dan 18. Wanita multigravida dapat merasakan pergerakan pertama janin pada minggu ke 14 atau 16, dan wanita primigravida dapat merasakannya pada minggu ke 18 atau lebih. Quickening sulit dibedakan dari peristaltik dan biasanya digambarkan sebagai flutter. Gerakan janin secara bertahap menjadi lebih intens dan lebih sering.

2. Aliran Darah Utero Plasenter

Aliran darah ibu ke rahim menentukan sirkulasi plasenta. Aliran darah meningkat seiring dengan ukuran uterus. Janin tumbuh lebih cepat meskipun aliran darah uterus meningkat dua kali lipat. Akibatnya, selama bagian akhir kehamilan, lebih banyak oksigen diekstraksi dari darah rahim. Seperenam volume darah ibu berada dalam pembuluh darah rahim selama kehamilan.

Laju aliran darah melalui uterus adalah rata-rata 500 mililiter per menit, dan konsumsi oksigen uterus terus meningkat untuk memenuhi kebutuhan janin yang tumbuh.

3. Serviks

Tanda Goodell dapat dilihat pada serviks yang normal dan tidak rusak mulai awal minggu keenam. meningkatnya vaskularisasi, hipertrofi ringan, dan hiperplasia (peningkatan jumlah sel) otot dan jaringan ikat yang kaya kolagen membuatnya longgar, edematosa, sangat elastis, dan bervolume. Setelah koitus atau pemeriksaan vagina, kerapuhan meningkat dan dapat menyebabkan sedikit pendarahan.

4. Vulva dan Vagina

Hormon kehamilan menyiapkan vagina untuk proses persalinan dan kelahiran. Ketika persalinan akan terjadi peregangan dan penebalan mukosa, pengenduran jaringan ikat, memperbesar otot polos, dan memanjangkan kubah. Mukosa vagina dan serviks berwarna ungu karena vaskularitas yang meningkat. Tanda Chadwick, warna yang lebih dalam, dapat dilihat pada minggu keenam tetapi lebih jelas pada minggu kedelapan. Stimulasi serviks oleh estrogen dan progesteron menyebabkan keputihan, yang berupa lendir putih atau sedikit abu-abu dengan bau apek. Banyak sel epitel vagina yang terkelupas sebagai akibat dari hiperplasia kehamilan normal menyebabkan cairan berwarna keputihan.

Beberapa organisme dilindungi oleh lingkungan asam ini. Wanita hamil, misalnya, lebih rentan terhadap infeksi jamur karena lingkungannya yang kaya glikogen membuat *Candida albicans* lebih rentan.

Sensitivitas meningkat ketika vaskularisasi vagina dan viscera panggul lainnya meningkat. Sensitivitas yang meningkat meningkatkan gairah seksual, terutama selama trimester kedua kehamilan. Edema dan varises pada vulva dapat terjadi karena peningkatan kongersti, dinding pembuluh darah yang rileks, dan uterus yang berat. Biasanya, setelah persalinan, varisesitas dan edema sembuh. Peningkatan vaskularisasi, hipertropi, dan deposit lemak juga melebarkan perineum.

5. Payudara

pertumbuhan payudara terjadi akibat dari meningkatnya tingkat estrogen dan progesteron. Areola dan puting berwarna lebih gelap dibanding normalnya atau biasa disebut hiperpigmentasi, perubahan pada areola, dan terbentuk warna merah sekunder pada areola. Montgomery tubercles, hipertrofi kelenjar sebaceous (minyak) yang muncul pada areola primer, dapat dilihat di sekitar puting susu.

Pembuluh di bawah kulit membesar karena suplai darah yang lebih kaya. Ini lebih jelas bagi wanita primigravida. Striae gravidarum mungkin terlihat di luar payudara. Pertumbuhan kelenjar susu menyebabkan pembesaran payudara secara bertahap selama trimester kedua dan ketiga.

Proses laktasi belum terjadi karena kadar estrogen yang tinggi selama kehamilan. Pada bulan ketiga kehamilan, sel asini dapat menunjukkan sekresi kental, juga dikenal sebagai precolostrum. Sejak usia kehamilan 16 minggu, puting susu dapat mengeluarkan kolostrum, cairan premilk yang berwarna krem, putih hingga kekuningan (Situmorang, 2021).

2.10 Sistem Endokrin

1. Hormon Pituitari dan Plasenta

Karena kenaikan kadar estrogen dan progesteron selama kehamilan, hipofisis anterior menekan sekresi *hormon follicle-stimulating* (FSH) dan *luteinizing* (LH). Pada minggu ke 14 untuk pertama kalinya dalam kehamilan corpus luteum di ovarium akan menghasilkan hormon tersebut, dan kemudian diikuti oleh plasenta. Vili korionik dan sel telur yang dibuahi akan memproduksi hCG setelah implantasi. Korpus luteum mempertahankan estrogen dan progesteron sampai produksinya dimulai oleh plasenta. Progesteron mencegah keguguran dengan mengendurkan otot polos rahim, yang membantu mempertahankan kehamilan.

2. Pada awal trimester pertama, hipofisis anterior menghasilkan prolaktin serum dan terus meningkat secara bertahap. Namun, kadar estrogen dan progesteron yang tinggi menghentikan laktasi dengan menghalangi prolaktin dari melekat pada jaringan payudara sampai setelah kelahiran.

3. Oksitosin diproduksi oleh hipofisis posterior dan meningkat seiring pertumbuhan janin. Kadar progesteron yang tinggi mencegah kontraksi uterus dalam waktu dekat, meskipun hormon ini juga dapat merangsang kontraksi uterus selama

- kehamilan. Selain itu, karena bayi mengisap payudara ibunya, oksitosin meningkatkan reaksi *let-down* atau ejeksi ASI setelah lahir.
4. *Human chorionic somatomammotropin* (hCS), yang juga dikenal sebagai lactogen plasenta manusia, diproduksi oleh plasenta. Membantu perkembangan payudara dengan bertindak sebagai hormon pertumbuhan. Metabolisme glukosa selama masa kehamilan dapat diturunkan akibat pengaruh hCS. Selain itu terjadi peningkatan jumlah asam lemak yang diperlukan untuk metabolisme.
 5. Hormon Adrenal
Tiga jenis hormon diproduksi oleh kelenjar adrenal: Sekresi aldosteron meningkat, yang menyebabkan reabsorpsi natrium yang berlebihan dari tubulus ginjal; kortisol meningkat, yang mengontrol kadar gula darah dan metabolisme; dan gonadokortikoid meningkat, yang mengontrol hormon seks. (Prilia, 2020).

2.11 Sistem Hematologi

Perubahan dalam osmoregulasi dan sistem renin-angiotensin pada awal kehamilan menyebabkan retensi sodium dan peningkatan total body water menjadi 8,5 liter. Volume darah meningkat sampai 45% dan volume sel darah merah meningkat sampai 30%. Perubahan ini dapat menyebabkan "anemia fisiologis" dalam kehamilan dengan hemoglobin rata-rata 11.6 gram dan hematokrit 35.5%.

Hamil juga menyebabkan hiperkoagulasi, yang membantu mengurangi kehilangan darah selama persalinan. Pada trimester ketiga, anemia dilusi, leukositosis, dan penurunan 10% dalam jumlah platelet dapat menyebabkan briolisis (Rahardjo, 2022).

2.12 Sistem Imun

Sistem imun ibu yang imonokompeten menganggap janin sebagai hemialograf. Dalam kebanyakan kasus, graft tidak ditolak. Toleransi janin, termasuk penurunan imunitas selular umum, disebabkan oleh perubahan sistem ibu. Perubahan dalam respons imun ibu menyebabkan ibu hamil lebih mudah terkena penyakit,

terutama penyakit infeksi, baik berat maupun ringan. Pada saat peradangan membantu respons persalinan, sistem imun akan kembali agresif mendekati kelahiran. trimester ketiga, sebagai akibat dari leukositosis, anemia dilusi, dan penurunan 10% dalam jumlah platelet (Yuanita & Dewi, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Bayu Fijri, S., 2021. *Pengantar Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Bintang Pustaka Madani.
- Hatijar, 2020. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Gowa: Cahaya Bintang Cemerlang.
- Prilia, W., 2020. Development during prenatal and birth. *Journal of Early Childhood Education*, 4(1), p. 40–55.
- Rahardjo, N., 2022. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis.
- Situmorang, R. B., 2021. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Jawa Timur: CV Pustaka El Queena.
- Widniah, A. & Fatia, M., 2021. Pengetahuan Tentang Perubahan Fisik Ibu Hamil Primigravida Pada Trimester Pertama Di Wilayah Kerja Puskesmas Martapura Timur. *Jurnal Ilmu Kesehatan Insan Sehat*, 9(1), p. 33–37.
- Yuanita & Dewi, V. A., 2020. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 3*. Bandung: CV Media Sains Indonesia.

BAB 3

PENGKAJIAN ANTENATAL : ASPEK FISIK DAN PSIKOLOGIS

Oleh Ni Made Ayu Yulia Raswati Teja

3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses yang penting dilakukan untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin selama kehamilan. Pengkajian dilakukan untuk memantau keadaan ibu serta mendeteksi secara dini komplikasi pada ibu hamil yang meliputi aspek fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Pengkajian data pada ibu hamil meliputi pengkajian data subyektif dan obyektif (Serinadi *et al.*, 2024).

Sumber informasi yang lengkap, relevan dan akurat berkaitan dengan kondisi klien dibutuhkan dalam melakukan standar pengkajian sesuai dengan manajemen asuhan kehamilan. Data tepat, akurat dan lengkap yang meliputi data subyektif dan obyektif merupakan kriteria pengkajian pada ibu hamil yaitu (Setyowati, 2019).

1. Pengkajian Data Subyektif

Pengkajian data secara subyektif atau yang sering disebut dengan anamnesis bertujuan untuk menggali data terkait dengan kesehatan ibu dan janin. Anamnesis pada ibu hamil bertujuan untuk mempersiapkan persalinan, mendeteksi adanya komplikasi selama kehamilan dan mempelajari riwayat kesehatan ibu serta keadaan kehamilan dan persalinan terdahulu (Khairah, Rosyariah and Ummah, 2019)

Teknik anamnesis yang dilakukan yaitu :

- a. Melakukan pembicaraan dengan ramah dan sopan
- b. Bahasa yang digunakan mudah dimengerti
- c. Memberikan pertanyaan yang sistematis
- d. Menjaga privasi ibu hamil dengan memberikan pertanyaan yang tidak menyinggung.

- e. Memberikan respon pada pertanyaan yang diajukan ibu hamil

2. Pengkajian data obyektif

Pemeriksaan langsung pada ibu hamil dilakukan pada Pengkajian data obyektif (Khairoh, Rosyariah and Ummah, 2019).

Pengkajian data obyektif pada ibu hamil meliputi (Mail Erfiani *et al.*, 2021)

- a. Keadaan umum ibu
- b. Pemeriksaan Fisik
- c. Pemeriksaan Laboratorium dan penunjang

3.2 Pengkajian Aspek Fisik

Pengkajian aspek fisik pada ibu hamil dapat dilakukan dengan mengkaji data subyektif dan obyektif pada ibu hamil. Pengkajian aspek fisik ibu hamil pada data subyektif meliputi :

1. Data Subyektif

- a. Identitas Pasien

Identitas pasien meliputi latar belakang ibu hamil dan suami. Identitas meliputi: usia pendidikan, pekerjaan, alamat, serta penghasilan(Serinadi *et al.*, 2024).

- 1) Pada identitas pasien pengkajian umur ibu hamil penting dilakukan untuk menentukan prognosa kehamilan (Karuniawati and Fauziandari, 2023).
- 2) Pekerjaan ibu hamil penting dikaji untuk mengetahui aktivitas fisik ibu selama kehamilan, apakah pekerjaan ibu termasuk pekerjaan berat ataupun pekerjaan yang lama dan dapat memberikan resiko kepada ibu hamil maupun janin. (Serinadi *et al.*, 2024)
- 3) Tempat tinggal ibu hamil dikaji untuk mengetahui bagaimana akses ibu hamil ke layanan kesehatan.
- 4) Penghasilan ibu dan keluarga penting untuk mengetahui gambaran ekonomi ibu dan juga sebagai gambaran pemenuhan kebutuhan nutrisi ibu hamil.

b. Keluhan Utama Pasien

Untuk memberikan asuhan dan menegakkan diagnosa penting dilakukan anamnesis terkait keluhan utama pasien. PQRST data digunakan untuk mengkaji keluhan ibu hamil secara efektif:

P : Mengetahui faktor penyebab keluhan yang dirasakan (Provokatif/Paliatif)

Q : Kualitas masalah dan keluhan yang dirasakan klien (Qualitas/Quantitas)

R : mengkaji keluhan yang dirasakan, area ataupun tempat yang dirasakan dan seberapa luas area tersebut (*Region/Radiasi*)

S : Besaran keluhan yang dirasakan pada klien (*Scale*)

T : mengkaji berapa lama keluhan yang muncul dan kapan terjadinya keluhan (*Timing*)

c. Riwayat Kehamilan Saat ini

Riwayat kehamilan saat ini merupakan keadaan obstetrik yang dikaji saat datang melakukan pemeriksaan ke layanan kesehatan yang meliputi (Serinadi *et al.*, 2024):

1) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)

HPHT penting dikaji untuk mengetahui berapa usia kehamilan saat melakukan pemeriksaan ke layanan kesehatan serta untuk mengetahui perkiraan melahirkan (Karuniawati and Fauziandari, 2023).

2) Hari Perkiraan Lahir

Hari perkiraan lahir dapat ditentukan dengan menggunakan rumus Naegle berdasarkan HPHT yaitu hari pertama haid ditambah 7 (tujuh), bulan dikurang 3 (tiga) dan tahun ditambah 1 (satu) (Karuniawati and Fauziandari, 2023).

3) Mengkaji gerakan janin yang dirasakan, sejak usia kehamilan berapa dirasakan gerakan janin, serta mengetahui apakah ada kemungkinan masalah pada janin (Khairoh, Rosyariah and Ummah, 2019)

- 4) Melakukan pengkajian pada keluhan yang dirasakan ibu selama kehamilan untuk menentukan penatalaksanaan mencegah keluhan sehingga tidak terjadi komplikasi
 - 5) Obat-obatan yang dikonsumsi selama kehamilan, dan apakah ada mengkonsumsi jamu, sehingga dapat diketahui efek yang dapat ditimbulkan.
 - 6) Masalah dan tanda bahaya yang mungkin dirasakan ibu selama kehamilan (Khairoh, Rosyariah and Ummah, 2019)
- d. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu
- Pengkajian kehamilan persalinan dan nifas yang lalu dapat digunakan sebagai rencana asuhan kehamilan meliputi konseling, rencana tindakan maupun perencanaan persalinan pada ibu hamil. Pengkajian kehamilan, persalinan dan nifas atau status obstetrik yang lalu meliputi (Karuniawati and Fauziandari, 2023) :
- 1) Status Obstetrik

Klasifikasi kehamilan pada ibu hamil merupakan status obstetrik kehamilan yang terdiri dari :

 - a) Gravida (G) : Berapa kali ibu hamil
 - b) Paritas (P) : berapa kali ibu melahirkan
 - c) Aborsi (A) : berapa kali ibu mengalami abortus
 - 2) Riwayat kehamilan yang lalu

Mengkaji apakah terjadi gangguan pada kehamilan yang lalu seperti perdarahan, hiperemesis gravidarum, pre eklampsia, dan lain-lain
 - 3) Riwayat persalinan yang lalu

Pada riwayat persalinan yang lalu perlu dikaji tentang apakah persalinan spontan atau buatan, apakah persalinan aterm, dan apakah terjadi komplikasi selama persalinan seperti perdarahan, serta dikaji siapa yang menolong persalinan apakah tenaga kesehatan atau dukun
 - 4) Riwayat nifas yang lalu

Mengkaji apakah terjadi komplikasi selama masa nifas serta laktasi

- 5) Anak yang dilahirkan
Hal penting yang dikaji pada riwayat anak yang dilahirkan yaitu, berat badan saat lahir, jenis kelamin, apakah hidup, apakah ada komplikasi dan umur anak saat ini.
- e. Riwayat Kesehatan
 - 1) Riwayat Kesehatan Ibu
Untuk mengetahui riwayat penyakit yang pernah diderita ibu seperti penyakit menular dan penyakit keturunan serta riwayat pengobatan ibu yang pernah dialami (Khairoh, Rosyariah and Ummah, 2019)
 - 2) Riwayat Kesehatan Keluarga
Riwayat kesehatan keluarga penting dikaji untuk mengetahui resiko penyakit keturunan dan menular yang bisa menyebabkan komplikasi pada ibu hamil (Serinadi *et al.*, 2024)
- f. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari
Pemenuhan kebutuhan sehari-hari yaitu bagaimana perubahan pemenuhan kebutuhan sehari-hari sebelum dan sesudah hamil, serta dikaji apakah ada pemenuhan kebutuhan sehari-hari yang tidak tepat sehingga dapat menyebabkan komplikasi selama kehamilan. Hal-hal yang dikaji dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari yaitu (Khairoh, Rosyariah and Ummah, 2019) :
 - 1) Nutrisi
 - 2) Eliminasi
 - 3) Pola istirahat
 - 4) Personal hygiene
 - 5) Aktivitas
 - 6) Hubungan seksual

2. Data Obyektif

- a. Pemeriksaan Fisik Umum
 - 1) KU, Kesadaran, TB, BB, kenaikan BB selama hamil, LILA. Pengukuran tinggi badan dan berat badan bertujuan untuk mengetahui status gizi. LILA normal

23,5 cm, jika ibu memiliki lila kurang dari 23,5 cm mengalami resiko kurang energi kronis (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

2) Tanda-tanda vital yang meliputi tekanan darah, denyut nadi, suhu dan pernafasan (Yanti, 2017).

b. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala dan Leher

- a) Wajah : apakah terjadi pembengkakan pada wajah, dan apakah terjadi cekungan yang lambat kembali seperti semula
- b) Mata : apakah ada tanda anemis pada konjungtiva dan ikterus pada mata pada warna sklera
- c) Hidung : apakah ada mukosa hidung, polip dan sekret
- d) Bibir, mulut dan gigi : apakah ada bibir pucat, sianosis, stomatitis. Apakah ada pendarahan pada gusi, epulis karies pada mulut dan apakah lidah kering
- e) Telinga : apakah ada tanda infeksi pada telinga dan serumen
- f) Leher : adakah pembengkakan kelenjar limfe, kelenjar tiroid dan bendungan vena jugularis.
- g) Ketiak : apakah ada pembesaran kelenjar limfe, massa dan nyeri tekan (Yanti, 2017).

2) Payudara

Perhatikan kesimetrisan payudara, bentuk dan puting susu apakah menonjol atau mendatar. Apakah ada bekas operasi, apakah ada benjolan dan apakah kolostrum sudah keluar

3) Abdomen

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan abdomen yaitu (Yanti, 2017) :

- a) Apakah ada luka bekas operasi
- b) Bentuk abdomen membesar atau memanjang, apakah ada linea nigra dan striae gravidarum
- c) Tinggi fundus uteri

- d) Letak presentasi, posisi janin dengan pemeriksaan leopold dan penurunan kepala
- e) Pemeriksaan DJJ janin

Pembesaran uterus tinggi fundus uteri berdasarkan usia kehamilan yaitu (Daniati *et al.*, 2023) :

Usia Kehamilan	TFU dengan Jari
12 Minggu	1-2 jari diatas simpisis
16 Minggu	Pertengahan pusat-simpisis
20 Minggu	3 Jari dibawah pusat
24 Minggu	Setinggi Pusat
28 Minggu	3 jari diatas pusat
32 Minggu	Pertengahan pusat-prosesus xifoideus
36 Minggu	1 jari di bawah prosessus xifoideus
40 Minggu	3 Jari dibawah prosessus xifoideus

- 4) Tangan dan Kaki
 - a) Apakah ada edema jari dan tangan, perhatikan apakah ada kuku jari pucat.
 - b) Apakah ada oedem pada tungkai kaki, pengecekan reflek patella, dan homan sign
- 5) Genetalia
 - a) Pada genetalia luar dikaji apakah ada varises, perdarahan dan cairan yang keluar. Perhatikan apakah ada pembengkakan pada kelenjar bartolini
 - b) Pada genetalia dalam dikaji pada servik meliputi carian, luka atau lesi, kelunakan dan posisi.
- 6) Anus

Pada anus dikaji apakah ada hemoroid
- 7) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium meliputi (Mail Erfiani *et al.*, 2021) :

 - a) PP Test
 - b) USG

- c) Pemeriksaan haemoglobin
- d) Pemeriksaan protein urine
- e) Pemeriksaan glukosa urine
- f) Tes VDRL

3.3 Pengkajian Aspek Psikologis

Adaptasi psikologis selama kehamilan merupakan fase penting bagi Wanita. Perubahan dan penyesuaian emosional, mental dan sosial pada ibu hamil diperlukan proses adaptasi psikologis dalam penyesuaian perubahannya selama kehamilan. Beberapa faktor yang mempengaruhi adaptasi psikologis antenatal yaitu (Nurseha *et al.*, 2024) :

1. Perubahan hormonal
2. Dukungan
3. Kondisi kesehatan mental : ibu akan mengalami kesulitan dalam beradaptasi dengan perubahan psikologis selama kehamilan apabila ibu memiliki Riwayat gangguan kecemasan sebelumnya
4. Pengalaman hamil sebelumnya

Untuk mengkaji adaptasi psikologis dapat dilakukan melalui anamnesis pada data subyektif yaitu :

1. Usia
Usia ibu hamil dan suami penting dikaji untuk mengetahui kesiapan ibu hamil dan suami untuk memiliki anak dari segi usia(Serinadi *et al.*, 2024).
2. Agama
Pada data subyektif dilakukan juga anamnesis terkait agama. Pengkajian Agama dilakukan untuk mengetahui kata-kata yang dapat digunakan untuk memotivasi pasien yang bersifat religius yang digunakan pada ibu hamil dengan gangguan psikologis(Khairah, Rosyariah and Ummah, 2019).
3. Riwayat kehamilan sebelumnya
Ibu yang hamil pertama kali mungkin akan lebih cemas dibandingkan dengan ibu yang mempunyai pengalaman hamil sebelumnya, karena ibu yang mempunyai pengalaman

sebelumnya lebih siap secara emosional untuk menghadapi kehamilan berikutnya (Nurseha *et al.*, 2024)

4. Pengkajian Pola Fungsional Gordon

a. Persepsi-kognitif

Seberapa jauh Pengetahuan dan pemahaman klien dikaji untuk mengetahui persepsi dan kognitif ibu hamil. Kemampuan ibu dalam beradaptasi pada perubahan fisiologis dan psikologis berguna dalam menentukan implementasi asuhan yang diberikan. Perilaku ibu dalam menjalani kehamilan sangat perlu dikaji untuk penerimaan perubahan emosional serta ketidaknyamanan selama kehamilan (Serinadi *et al.*, 2024).

b. Persepsi dan konsep diri

Ibu hamil akan senang menjalani kehamilannya diperlukan pandangan diri positif sehingga mempengaruhi konsep diri ibu hamil. Bagaimana pandangan ibu terhadap perubahan diri penting dikaji selama kehamilan serta sikap yang diambil ibu terkait perubahan selama kehamilan (Serinadi *et al.*, 2024).

c. Peran -hubungan

Peran dan hubungan ibu beserta suami dan anggota keluarga penting dikaji untuk menentukan dukungan dalam untuk menghadapi perubahan psikologis selama kehamilan (Nurseha *et al.*, 2024).

DAFTAR PUSTAKA

- Daniati, D. *et al.* (2023) *Asuhan Kebidanan Kehamilan (Panduan Praktis Untuk Bidan)*. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia.
- Karuniawati, B. and Fauziandari, E.N. (2023) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu Hamil*. Edited by B. Putrianti. Yogyakarta: CV Mitra Edukasi Negeri.
- Kementerian Kesehatan RI (2024) *Buku KIA Kesehatan Ibu dan Anak Panduan Lengkap Untuk Mewujudkan Ibu dan Anak Sehat*. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
- Khairoh, M., Rosyariah, A. and Ummah, K. (2019) *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Surabaya: CV Jakad Publishing Surabaya.
- Mail Erfiani *et al.* (2021) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Edited by E.D. Widyawaty. Malang: Rena Cipta Mandiri.
- Nurseha *et al.* (2024) *Buku Ajar Psikologi Kehamilan, Persalinan Dan Nifas*. Jakarta: Nuansa Fajar Cemerlang.
- Serinadi, D.M. *et al.* (2024) *Pengkajian dalam Keperawatan*. Edited by P.I. Daryaswanti. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia.
- Setyowati, A. (2019) *Buku Ajar Asuhan Kehamilan Holistik*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Yanti, D. (2017) *Konsep Dasar Asuhan Kehamilan*. Edited by Anna. Bandung: PT Refika Aditama.

BAB 4

PERAWATAN PRENATAL : KUNJUNGAN RUTIN DAN PEMERIKSAAN

Oleh Maya sari

4.1 Pendahuluan

Kematian ibu hingga saat ini masih menjadi masalah utama dalam bidang kesehatan ibu dan anak. Hal ini perlu mendapatkan perhatian karena bayi yang ibunya meninggal dibandingkan yang masih memiliki orang tuanya, memiliki kemungkinan 3-10 kali lebih besar untuk meninggal dunia dalam waktu 2 tahun pertama kehidupannya. Jadi perlu dilakukan program kesehatan yang dapat menurunkan faktor risiko kematian ibu, terutama ketika melahirkan.

Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2002/2003 menunjukkan bahwa angka kematian ibu (AKI) mencapai 307 per 100.000 Kelahiran hidup. Jumlah ini menurun pada tahun 2007 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup. Namun angka ini masih tinggi jika dibandingkan dengan AKI di negara tetangga di Asia Tenggara. Tingginya AKI di Indonesia dipengaruhi oleh beberapa hal yang lebih dikenal dengan istilah 4 terlau, dan 3 terlambat, yakni terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering, dan terlalu banyak, terlambat dalam mencapai fasilitas kesehatan, terlambat mendapatkan pertolongan serta terlambat dalam mengenali tanda bahaya kehamilan dan persalinan.

Angka kematian ibu dan bayi menjadi tolak ukur dalam menilai kesehatan suatu bangsa. Oleh sebab itu melalui program kesehatan, pemerintah berupaya keras menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Contohnya upaya gerakan sayang ibu (GSI) dan penempatan bidan kompeten yang mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, pertolongan persalinan yang aman, melakukan deteksi dini terhadap komplikasi yang berpotensi muncul pada saat

kehamilan dll serta semua tindakan praktik kebidanan dilakukan sesuai standar.

4.2 Perawatan Prenatal

Perawatan prenatal sudah ada sejak berabad-abad yang lalu, namun demikian baru tahun 1930 pelayanan pada masa kehamilan menjadi lebih luas dikenal. Sekarang sebagian besar wanita hamil sangat sedikit mengalami risiko komplikasi, tetapi pada beberapa wanita dengan komplikasi medis atau riwayat obstetri harus dilakukan monitoring lebih intensif. Perawatan prenatal bertujuan untuk memberikan perawatan yang sesuai untuk tiap individu, untuk membantu wanita hamil mempersiapkan kelahirannya dan perawatan bayinya selama periode pasca kelahiran. Ada beberapa perawatan prenatal yang harus dikenal oleh setiap wanita sebagai bekal pengetahuan dalam menghadapi proses kehamilan yaitu sebagai berikut :

1. Konseling Sebelum Hamil

Pada saat ini, setiap wanita berkesempatan untuk merencanakan kehamilannya; untuk memungkinkan ia bisa hamil dengan kesehatan yang optimal. Program konseling pelayanan prenatal dianggap hal yang penting karena dapat menjawab berbagai kekhawatiran yang dimiliki oleh setiap calon ibu.

Konseling prenatal dilakukan dengan peninjauan diet, gaya hidup, dan kebiasaan lainnya sebelum hamil. Banyak hal yang di dapat seorang calon ibu yang dalam menerima informasi kesehatan selama kehamilan dalam program konseling antara lain :

- a. Informasi tentang kehamilan yaitu Perkembangan janin, perubahan fisik dan emosional pada ibu hamil, dan potensi masalah kesehatan.
- b. Persiapan persalinan yaitu Pilihan persalinan (normal, operasi caesar), persiapan mental dan fisik, serta rencana pasca persalinan.
- c. Pilihan perawatan bayi yaitu Menyusui, formula, perawatan bayi baru lahir, dan imunisasi.

- d. Konseling genetik yaitu Jika ada riwayat keluarga yang bermasalah, konseling genetik dapat membantu mengidentifikasi risiko penyakit genetik pada janin.
- e. Dukungan emosional yaitu Membantu orang tua menghadapi tantangan dan perubahan selama kehamilan, termasuk stres, kecemasan, dan depresi.
- f. Rekomendasi kesehatan yaitu Informasi tentang diet, olahraga, dan gaya hidup sehat selama kehamilan.

Selain berbagai informasi yang di dapat melalui kegiatan konseling, konseling juga sangat penting bagi seorang wanita hamil :

- a. Meningkatkan kesehatan ibu dan janin. Hal ini dapat dipahami bahwa Dengan memahami risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, ibu dapat mengambil tindakan pencegahan dan perawatan yang tepat.
- b. Mempersiapkan orang tua secara psikologis artinya bahwa Konseling prenatal dapat membantu orang tua merasa lebih siap untuk menghadapi perubahan dan tantangan yang datang.
- c. Meningkatkan ikatan antara ibu dan bayi: Dengan informasi yang tepat dan dukungan yang memadai, ibu dapat lebih mudah menjalin ikatan dengan janin selama kehamilan dan dengan bayi setelah lahir.
- d. Membantu membuat keputusan yang tepat: Konseling prenatal dapat membantu orang tua membuat keputusan yang tepat tentang perawatan kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi.

2. Gizi Selama Kehamilan

Ibu yang sedang hamil perlu memperhatikan asupan gizinya selama kehamilan, sebagai penunjang kesehatan ibu dan janin maupun untuk keperluan pertumbuhan dan perkembangan janin. Oleh karena itu seorang ibu hamil dianjurkan untuk mengonsumsi makanan yang mengandung zat gizi tertentu seperti asam folat, asam lemak tak jenuh,

vitamin B6, vitamin B12, vitamin A, vitamin C, kalsium, zat besi, seng, dan Iodium.

Semakin bertambah usia kehamilan maka semakin banyak zat gizi yang dibutuhkan, khususnya pada saat trimester kedua dimana pertumbuhan otak berikut susunan syarafnya tumbuh dengan sangat pesat. Gizi ibu hamil bisa ditentukan dengan pola makan yang sehat, tetapi ibu hamil juga harus hati-hati dalam memilih makanan yang akan dikonsumsi karena janin yang ada di dalam kandungan sangat rentan.

Selama kehamilan agar diperhatikan bahwa berat badan ibu diharapkan bertambah sekitar 9 – 12 kg, dan oleh karena itu perlu diberikan makanan tambahan selain makanan sehari-hari agar kebutuhan gizi terpenuhi. Kenaikan berat badan ibu hamil yang normal adalah 700 gram – 1400 gram selama triwulan I dan 350 gram – 400 gram per minggu selama triwulan II dan III. Menurut WHO, penambahan berat badan ideal selama kehamilan adalah 1 kg pada trimester I, 3 kg pada trimester II, dan 6 kg pada trimester III.

Menurut Dini Kasdu (2006) menyatakan bahwa ibu hamil yang pertambahan berat badannya kurang dari 10 kg, kemungkinan besar melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) atau bayi prematur. BBLR yang disebabkan karena kurang energi dan protein akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak, termasuk kecerdasannya. Asupan energi yang kurang dari 50% pada trimester 2 dan 3 dapat menyebabkan berat janin turun $\pm$ 330 gram. Penurunan asupan energi pada trimester 3 akan menyebabkan berat janin turun $\pm$ 120 gram.

Salah satu cara untuk mengetahui status gizi ibu hamil adalah dengan mengetahui penambahan berat badan selama kehamilan. Menurut Siti Fatimah (2017) menyatakan bahwa selama kehamilan pada trimester I, kisaran pertambahan berat badan yaitu 1 sampai 2 kg atau 350-400 gram/minggu. Trimester II dan III, penambahan berat badan berkisar 0,34 sampai 0,5 kg/ minggu. Pertambahan komponen tubuh ibu

terjadi sepanjang trimester II, sedangkan pertumbuhan janin dan plasenta serta penambahan jumlah cairan amnion berlangsung cepat pada trimester III. Ibu yang berat badannya normal, penambahan berat badan pada trimester 1 sekitar 1,5 – 2,0 kg. Pada trimester 2, penambahan berat badan rata-rata naik 0,5 kg per minggu sehingga mencapai 6,0 – 7,0 kg pada trimester 2. Penambahan berat badan akan berlangsung terus sebanyak 0,5 kg tiap minggu hingga bulan ke 7 dan bulan ke 8. Pada bulan ke 9, berat badan akan turun atau tidak turun sama sekali, sehingga triwulan ke 3 berat badan ibu bertambah 4,0 – 5,0 kg.

Rekomendasi kenaikan berat badan berdasarkan IMT seperti pada tabel 4.1.

Tabel 4.1. Rekomendasi Kenaikan Berat Badan Berdasarkan IMT

No	Sumber data Kategori IMT	Rekomendasi Kenaikan Berat Badan
1	Depkes RI (1995) IMT 18,5 – 25,0	10-13 kg
2	Institute of Medicine, (1990) Rendah : < 19,8 Normal : 19,8-26,0 Tinggi : > 26,0	12,5 – 18 kg 11,5 – 16,0 kg 7,0 – 11,5 kg

Sumber: Dini Kasdu, 2006.

Kemenkes RI (2014) menetapkan status gizi ibu hamil dan 6 bulan pasca melahirkan dengan menggunakan parameter LiLA. Klasifikasi status gizi dibagi menjadi 4 (empat) klasifikasi yaitu malnutrisi berat, malnutrisi sedang, malnutrisi ringan, dan status gizi normal.

Tabel 4.2. Klasifikasi Status Gizi pada Wanita Hamil dan 6 Bulan Pasca Melahirkan berdasarkan Lingkar Lengan Atas (LiLA)

No	Ukuran LiLA	Klasifikasi
1	<19,0 cm	Malnutrisi Berat
2	≥ 19 - <22 cm	Malnutrisi Sedang
3	≥ 22 - <23 cm	Malnutrisi Ringan
4	≥ 23 cm	Status Gizi Normal

Selama hamil, ibu memerlukan makanan yang berkualitas dengan jumlah yang cukup (tidak kekurangan dan tidak berlebihan). Untuk memenuhi kebutuhan tubuh ibu selama hamil dibutuhkan menu makanan yang seimbang, dimana semua zat gizinya dibutuhkan tubuh setiap hari, meskipun jumlahnya tidak sama, ada zat gizi yang dibutuhkan dalam jumlah sedikit dan ada pula zat gizi yang dibutuhkan dalam jumlah yang banyak. Perbandingan antara karbohidrat, protein, dan lemak dalam menu harian harus sesuai dengan kebutuhan tubuh. Berikut merupakan hal-hal yang harus diperhatikan oleh ibu hamil dalam memenuhi kebutuhan gizi selama kehamilan.

Prinsip dalam pemberian makanan bagi ibu hamil adalah “Diet Ibu Hamil” dengan energi dan zat gizi makro sesuai dengan kebutuhan gizi ibu hamil, sedangkan zat gizi mikro seperti vitamin dan mineral yang diberikan pada trimester I yaitu kalsium dan asam folat. Pada trimester II dan III diberikan suplemen zat besi serta pembatasan karbohidrat apabila berat janin sudah sesuai agar bayi yang dilahirkan tidak terlalu gemuk sehingga proses persalinan dapat berjalan dengan baik dan lancar.

Syarat Diet makanan yang diberikan bagi ibu hamil adalah makanan menyediakan energi dan zat gizi yang cukup sesuai dengan kebutuhan ibu hamil dan janin seperti protein, lemak, vitamin, dan mineral serta memperlancar proses metabolisme. Kebutuhan gizi ibu selama hamil lebih tinggi dibandingkan kebutuhan gizi ibu sebelum hamil, begitu juga saat usia kehamilan bertambah maka makin tinggi pula

jumlah zat gizi yang dibutuhkan. Asupan gizi yang optimal yang disesuaikan dengan usia kehamilan diperlukan untuk mencapai kehamilan yang sehat.

Pada trimester I terjadi pertambahan jumlah sel dan pembentukan organ, serta pertumbuhan otak dan sel saraf sebagian besar berlangsung selama trimester I. Untuk menunjang proses ini diperlukan asupan zat gizi terutama protein, asam folat, vitamin B12, zink, dan Iodium. Tambahan energi dan protein pada trimester I ini sebesar 100 kalori dan 17 gram protein. Semua zat gizi yang dibutuhkan tersebut harus dicukupi sebagai persiapan untuk pertumbuhan yang lebih cepat pada trimester berikutnya, karena pada trimester I ini pertumbuhan janin belum pesat.

Pada trimester II dan trimester III, pertumbuhan janin cukup pesat mencapai 90% dari seluruh proses tumbuh kembang selama kehamilan. Zat gizi yang dibutuhkan untuk menunjang proses tersebut adalah protein, zat besi, kalsium, magnesium, vitamin B kompleks, serta asam lemak omega 3 dan omega 6. Tambahan energi sekitar 350-500 kalori setiap hari, dan tambahan protein sebesar 17 gram per hari.

Kecukupan gizi pada masa kehamilan dapat dipantau dengan kenaikan berat badan yang sesuai dengan usia kehamilan. Beberapa faktor yang berpengaruh pada asupan gizi dan rendahnya kenaikan berat badan selama kehamilan adalah:

- a. Rasa mual dan muntah
- b. Rasa panas pada perut bagian atas
- c. Sembelit
- d. Konsumsi makanan dan minuman beralkohol, minuman yang mengandung kafein, dan minuman penambah energi
- e. Pola makan tidak seimbang
- f. Aktivitas fisik yang berlebihan.

Kebutuhan energi dan zat gizi antar kehamilan satu dengan yang lainnya sangat beragam terkait ukuran tubuh dan gaya hidup masing-masing ibu hamil. Berikut beberapa

zat gizi yang diperlukan ibu hamil berdasarkan usia kehamilannya.

Trimester I

Tabel 4.3. Kebutuhan Gizi Ibu Hamil Trimester I

Nama Zat Gizi	Fungsi	Bahan Makanan
Asam Folat	Pembentukan sistem syaraf pusat, termasuk otak	Sayuran berdaun hijau, tempe, serta sereal atau kacang-kacangan yang sudah ditambahkan asam folat.
Asam Lemak Tak Jenuh	Tumbuh kembang sistem syaraf pusat dan otak	Ikan laut
Vitamin B12	Perkembangan sel janin	Hasil ternak dan produk olahannya, serta produk olahan kacang kedelai seperti tempe dan tahu.
Vitamin D	Membantu penyerapan kalsium dan mineral di dalam darah	Ikan salmon dan susu.

Trimester II

Tabel 4.4. Kebutuhan Gizi Ibu Hamil Trimester II

Nama Zat Gizi	Fungsi	Bahan Makanan
Vitamin A	Proses metabolisme, pembentukan tulang, dan sistem syaraf	Buah-buahan berwarna kuning hingga merah, daging ayam, telur bebek, dan wortel.
Kalsium (Ca)	Pembentukan tulang dan gigi bagi janin dan ibu	Susu, yoghurt, bayam, jeruk, roti gandum, ikan teri.
Zat Besi (Fe)	Membentuk sel darah merah, mengangkut oksigen ke seluruh tubuh dan janin	Sayuran hijau, daging sapi, hati sapi, ikan, kacang-kacangan.

Trimester III

Tabel 4.5. Kebutuhan Gizi Ibu Hamil Trimester III

Nama Zat Gizi	Fungsi	Bahan Makanan
Vitamin B6	Membantu proses sistem syaraf	Gandum, kacang-kacangan, dan hati.
Vitamin C	Membantu penyerapan zat besi dan sebagai antioksidan	Jeruk, tomat, jambu, pepaya, nenas.
Serat	Memperlancar buang air besar, mempersingkat waktu transit feses	Sayuran dan buah-buahan.
Seng (Zn)	Membantu proses metabolisme dan kekebalan tubuh	Telur, hati sapi, daging sapi, ikan laut, kacang-kacangan.
Iodium	Mengatur suhu tubuh, membentuk sel darah merah serta fungsi otot dan syaraf	Garam dapur yang ditambahkan Iodium, ikan laut.

3. Mobilisasi Selama Kehamilan

Ibu hamil oleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik baisesa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan. Beratnya pekerjaan harus dikaji untuk mempertahankan postur tubuh yang baik. Gunakan penyokong alat kerja yang tinggi sehingga menghindari ibu hamil membungkuk dan menghindari nyeri punggung.

4. Perawatan Payudara

Payudara merupakan aset yang sangat penting sebagai persiapan menyambut kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara adalah sebagai berikut :

- a. Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara
- b. Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara
- c. Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat.
- d. Jika ditemukan pengeluaran cairan berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah dimulai.

5. Personal Hygiene/ perawatan gigi

Kebersihan harus dijaga saat masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bagian bawah payudara, dan daerah genetalia). Kebersihan gigi dan mulut juga tidak kurang mendapatkan perhatian, karena pada masa hamil mudah sekali terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu hamil dengan kekurangan kalsium. Rasa mual dan muntah saat hamil, dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi.

6. Dukungan Emosional dan Psikologis

Emosi seorang wanita selama hamil akan berbeda dengan masa sebelum hamil. Wanita hamil cenderung lebih sensitive ketika masa kehamilannya meningkat. Keadaan ini akan mencapai puncaknya pada 2 minggu post partum dan berangsur-angsur akan turun ke dalam tingkat normal antara 6-8 minggu post partum.

Beberapa wanita hamil dapat mengalami stress dimana hal tersebut terjadi karena adanya penyesuaian terhadap kehamilan, kecemasan terhadap kesejahteraan janinnya, stress yang ditimbulkan dari keluarga, aktivitas seksual, penolakan terhadap kehamilan, tekanan sosial budaya, pekerjaan, bahkan stress yang ditimbulkan oleh tenaga kesehatan.

Bidan diharapkan memberikan penanganan dan perhatian sejak awal kunjungan sehingga diharapkan dapat mendatangkan keadaan psikologis wanita hamil sebaik mungkin. Peran bidan di dalam melakukan asuhan kebidanan sebaiknya mengetahui cara penyampaian informasi yang tepat dan dapat bersikap profesional sebagai provider.

a. Suport keluarga

Kehamilan melibatkan seluruh anggota keluarga. Karena konsepsi merupakan awal, bukan saja bagi janin yang sedang berkembang, tetapi juga bagi keluarga yakni dengan hadirnya seorang anggota keluarga baru dan terjadinya perubahan hubungan dalam keluarga, maka setiap anggota keluarga harus beradaptasi terhadap kehamilan dan menginterpretasikannya berdasarkan kebutuhan masing-masing.

Suport dari keluarga pada kehamilan trimester I adalah sebagai berikut :

- 1) Mengucapkan selamat pada kehamilan ibu
- 2) Keluarga lebih memperhatikan ibu
- 3) Memahami sifat ibu hamil, sehingga dapat menghindari hal-hal yang tidak disukai ibu.

- 4) Memberikan dukungan emosional sehingga ibu tenang menjalani kehamilannya
- 5) Memberikan kesempatan pada ibu untuk mengungkapkan keluhan dan kekhawatirannya.
- 6) Apabila istrinya ngidam, suami berusaha untuk memenuhinya.
- 7) Suami harus memahami fakta biologi dari kehamilan, sehingga suami dapat mempersiapkan diri sebagai ayah.

Suport dari keluarga pada kehamilan trimester II adalah sebagai berikut :

- 1) Memberikan informasi mengenai janinnya.
- 2) Keluarga mendukung dengan ikut berkomunikasi dengan janin ibu.
- 3) Membantu ibu dalam memenuhi kebutuhan bayinya kelak
- 4) Suami menerima perubahan tubuh ibu dan kenyataan dari bayinya
- 5) Suami perlu mengatakan “ kita akan mempunyai bayi dan kita akan berubah”
- 6) Suami berlatih bermain peran untuk menjadi seorang ayah.

Suport dari keluarga pada kehamilan trimester III adalah sebagai berikut

- 1) Keluarga ikut mendukung dan pengertian dengan mengurangi beban kerja ibu, mewaspadai tanda persalinan
- 2) Ikut serta merundingkan persiapan persalinan
- 3) Suami dan pasangan perlu menyiapkan kenyataan dari peran menjadi orang tua
- 4) Suami harus dapat mengatakan “ saya tahu peran saya selama proses kelahiran dan saya akan menjadi orang tua.

b. Suport dari tenaga kesehatan

Peran bidan dalam perubahan dan adaptasi psikologis adalah dengan memberikan suport atau dukungan moral bagi klien, meyakinkan klien bahwa klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang dirasakannya adalah sesuatu yang normal. Bidan harus bekerjasama dan membangun hubungan baik dengan klien agar terjalin hubungan yang terbuka antara bidan dengan klien. Bidan juga berfungsi sebagai fasilitator bagi kliennya. Bidan dapat membagi pengalaman yang pernah dirasakan bidan itu sendiri.

Suport bidan pada ibu hamil adalah sebagai berikut :

- 1) Menciptakan hubungan saling percaya
- 2) Dukungan untuk tetap melanjutkan kehamilannya
- 3) Yakinkan bahwa bidan siap membantu
- 4) Dukung ibu bahwa ia akan menjalani kehamilannya dengan lancar
- 5) Menanggapi keluhan ibu dan membuat ibu tenang
- 6) Menganjurkan ibu untuk tidak memendam masalahnya
- 7) Menerangkan tentang fisiologi kehamilan
- 8) Menjelaskan perubahan-perubahan yang terjadi
- 9) Menggali informasi tentang kehamilan ibu.

7. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetatus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya. Ibu hamil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan interval minimal 4 minggu atau pada masa balitanya telah memperoleh imunisasi DPT sampai 3 kali maka statusnya T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal dari dosis ke-2) maka statusnya T3, status T4 di dapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval

minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 di dapatkan bila 5 dosis telah di dapat (intervensi minimal 1 tahun dari dosis ke-4).

Selama kehamilan bila ibu hamil statusnya T0 maka hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya. Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3 dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu/1 bulan). Bagi ibu hamil dengan status T2 maka bisa diberikan 1 kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 maka suntikan selama hamil cukup sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4 pun dapat diberikan sekali suntikan (TT5) bila suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status T5 tidak perlu disuntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (25 tahun).

Walaupun tidak hamil maka bila wanita usia subur belum mencapai status T5 diharapkan dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang sudah ditentukan. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan keuntungan bagi wanits untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap tetanus long card (LLC). Berikut adalah tabel skrening pemberian imunisasi TT.

Tabel 4.6. Skrening Pemberian Imunisasi TT

Status Imunisasi	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
TT1	-	-
TT2	4 Minggu Setelah TT1	3 tahun
TT3	6 Bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 Tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 Tahun setelah TT4	Lebih dari 25 tahun

4.3 Kunjungan Rutin Pada Kehamilan

Kunjungan pada kehamilan adalah kontak antara ibu hamil dan petugas kesehatan yang memberi pelayanan antenatal untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 43 tahun 2016 tentang standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan termasuk pelayanan kesehatan ibu hamil. Setiap kali kunjungan antenatal yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama sampai memasuki persalinan.

Kunjungan ibu hamil dibagi menjadi beberapa tahap yaitu :

1. Kunjungan ibu hamil yang pertama (K1)

Pada kunjungan pertama, wanita hamil akan senang bila diberitahu jadwal kunjungan berikutnya. Kunjungan pertama sebaiknya dilakukan sebelum usia kehamilan 8 minggu. Pada kunjungan pertama ini seorang ibu hamil akan mendapatkan pemeriksaan awal kehamilan yang meliputi; identitas/ data biologis, riwayat kehamilan, riwayat kesehatan obstetri, riwayat kesehatan, riwayat sosial ekonomi, dan pemeriksaan kehamilan.

2. Kunjungan ibu hamil yang ke 2 (K2)

Kunjungan K2 adalah kunjungan ibu hamil dengan tujuan memeriksakan kehamilannya pada trimester ke 2 (usia kehamilan 12-28 minggu) dan mendapatkan pelayanan 7T setelah melewati K1

3. Kunjungan ibu hamil yang ke 3 (K3)

K3 adalah kunjungan ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya pada trimester ke 3 (usia kehamilan 28-36 minggu) dan mendapatkan pelayanan 7T setelah melewati K1 dan K2.

4. Kunjungan ibu hamil yang ke 4 (K4)

Kunjungan K4 merupakan kontak keempat atau lebih antara ibu hamil dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan pada trimester ketiga, termasuk riwayat kesehatan (keluhan/masalah), pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan, pemeriksaan psikologis, pemeriksaan laboratorium, diagnosa akhir (kehamilan normal, atau ada penyulit, terjadi komplikasi atau golongan kehamilan resiko

tinggi), sikap dan rencana tindakan (persiapan persalinan dan rujukan).

Kunjungan antenatal dapat dilakukan lebih dari 4 kali kunjungan sesuai dengan kebutuhan klien dan jika terdapat keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan dapat melakukan kunjungan juga (Kemenkes RI, 2017).

Adapun standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan meliputi :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.

Berat badan diukur dalam kilogram (kg), tanpa sepatu dan menggunakan pakaian yang sederhana-ringannya. Berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang perlu mendapatkan perhatian khusus karena memungkinkan terjadinya penyulit pada kehamilan. Kenaikan berat badan tidak boleh melebihi 0,5kg/minggu. Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan rutin antenatal, dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan pada janin. Menurut Depkes RI, mengukur tinggi badan adalah salah satu deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko, dimana bila tinggi badan seorang ibu hamil kurang dari 145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul, dan tulang belakang.

2. Ukur tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) dan preeklamsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria) pada kehamilan. Menurut Prawirohardjo dengan meletakkan tensimeter dipermukaan yang datar setinggi jantungnya. Tekanan darah diatas 140/90 mmHg atau peningkatan sistol 15 mmHg sebelum kehamilan 20 minggu atau paling sedikit pada pengukuran dua kali berturut-turut pada selisih waktu 1 jam berarti ada kenaikan nyata dan ibu perlu dirujuk.

3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)
Pengukuran liLa dilakukan pada kontak pertama untuk deteksi ibu hamil beresiko kurang energi kronik (KEK). Kurang energi kronik disini maksudnya ibu hamil mengalami kekurangan gizi dan sudah berlangsung lama. Ibu hamil dengan keadaan KEK beresiko melahirkan Bayi dengan berat badan lahir rendah.
4. Tentukan Presentasi dan Denyut Jantung Janin (DJJ)
Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dilakukan dengan tujuan mengetahui letak janin. Adapun pemeriksaan denyut jantung janin baru dapat didengar pada usia kehamilan 16 minggu. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.
5. Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)
Ibu hamil harus mendapatkan imunisasi Tetanus Toxoid untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Pemberian imunisasi TT sesuai dengan skrening TT yang ditentukan dengan kondisi status TT ibu hamil. Dosis pemberian 0,5 cc diberikan secara intramuskular (IM).
6. Pemberian Tablet Zat Besi.
Kebijakan program kesehatan ibu dan anak di Indonesia saat ini menetapkan pemberian tablet Fe (320mg ferro sulfat dan 0,5 mg asam folat) untuk semua ibu hamil sebanyak 90 tablet selama kehamilan. Pada setiap kali kunjungan mintalah ibu hamil untuk meminum tablet Fe yang cukup, hindari meminum teh atau kopi 1 jam sebelum atau sesudah meminum tablet Fe karena dapat mengganggu penyerapan zat besi. Tablet Fe dapat lebih diserap jika diminum bersamaan dengan vitamin C.
7. Pemeriksaan Lab (Rutin dan Khusus)
Meliputi (1) Pemeriksaan golongan darah, (2) Pemeriksaan hemoglobin (Hb). Pemeriksaan hemoglobin pada ibu hamil minimal satu kali pada trimester pertama dan satu kali pada trimester III. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak. Selanjutnya

(3) pemeriksaan protein urine dilakukan pada ibu hamil trimester kedua dan ke tiga atass adanya indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikasi adanya preelamsia. (4) Kadar gula darah (KGD) ibu hamil yang diduga dicurigai Diabetes Mellitus harus diperiksa kadar gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada pada trimester pertama, sekali pada trimester ke dua dan sekali pada trimester ke tiga. (5) Pemeriksaan darah malaria, semua ibu hamil di daearh endemis harus dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrening pada kontak pertama. Sedangkan ibu hamil di daeah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria jika ada indikasi. (6) pemeriksaan test sifillis. Pemeriksaan test sifillis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil di duga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan. (7) Pemeriksaan HIV, terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV. (8) Pemeriksaan BTA, dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita Tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi Tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan.

8. Tatalaksana/ Penanganan Kasus berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelaian yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Pada kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

9. Temu wicara

Temu wicara penting dilakukan sebagai media komunikasi antara ibu hamil dengan bidan, kegiatan ini selain membahas

masalah kehamilan, juga membahas cara pemeliharaan masa nifas dan masa menyusui.

Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah

- a. Dari pihak ibu
 - 1) Tekanan darah
 - 2) Berat badan
 - 3) Gejala/ tanda seperti sakit kepala, perubahan, muntah, perdarahan, disuria, air ketuban pecah, dll.
 - a) Tinggi fundus
 - b) Keadaan serviks
 - c) Ukuran pelvis
- b. Dari pihak janin :
 - 1) DJJ
 - 2) Ukuran janin (Taksiran berat badan janin)
 - 3) Letak dan Posisi
 - 4) Aktivitas
 - 5) Kembar atau tunggal
- c. Laboratorium
 - 1) Hemoglobin dan hematokrit
 - 2) STS pada trimester III diulang
 - 3) Kultur untuk gonokokus
 - 4) Protein dalam urine bila diperlukan.

4.4 Pemeriksaan Khusus Obstetri Selama Kehamilan

1. Pemeriksaan Frekuensi Jantung Janin

Frekuensi Denyut jantung janin (DJJ) memberikan informasi yang penting mengenai status kesehatan janin. DJJ dapat dinilai melalui auskultasi abdomen ibu dengan alat stetoskop ultrasound doppler atau fetoskop. Cara melakukan pemeriksaan DJJ adalah sebagai berikut :

- a. Stetoskop Ultrasound Doppler
 - 1) Tempatkan bagian telinga alat doppler ini pada kedua telinga anda, atau jika tidak terdapat bagian ini, hidupkan alat tersebut dan aturlah volume pengeras suaranya.

- 2) Tekan bagian corong alat doppler atau transducernya dengan hati-hati dan abdomen dengan lembut pada abdomen pasien
- 3) Mulailah melakukan auskultasi dari garis tengah abdomen, dan kemudian pada daerah antara umbilikus dan simpisis pubis.



Gambar 3.1. Pemeriksaan Denyut Jantung Janin Dengan Doopler

b. Stetoskop Monoaurel Laenec

- 1) Tempatkan bagian telinga Stetoskop Menoaurel Laenec pada kedua belah telinga anda
- 2) Atur posisi fetoskop di bagian tengah dahi anda.
- 3) Dengan hati-hati dan lembut tekanlah corongnya sedalam sekitar 1 cm pada abdomen ibu.
- 4) Gerakkan bagigan corong fetoskop sedikit kesebelah kiri dan kanan abdomen untuk mendapatkan lokasi DJJ yang paling jelas
- 5) Pada saat yang bersamaan hitunglah frekuensi nadi ibu selama sedikitnya 15 detik
- 6) Jika frekuensi nadi ibu dan DJJ terdengar sama, atur kembali posisi fetoskop dengan sedikit menggesernya dan kemudian dengarkan kembali bbunyi nadi ibu dan DJJ
- 7) Jika anda menemukan kesulitan, cobalah menentukan thoraks janin dengan menggunakan perasat leupold.



Gambar 4.2. Pemeriksaan Denyut Jantung Janin Menggunakan Stetoskop Menoaurel Laenec

2. Pengukuran Tinggi fundus Uteri

Untuk mengukur tinggi fundus gunakanlah pita pengukur yang lentur, tetapi tidak dapat diregangkan. Berikut adalah langkah-langkah melakukan pengukuran tinggi fundus :

- a. Bantulah ibu hamil tersebut untuk berbaring dalam posisi telentang dan tutupilah tubuhnya dengan kain penutupi untuk menjaga privasinya. Biarkan abdomen dalam keadaan terbuka.
- b. Letakkan salah satu ujung pita pengukur pada tonjolan simpisis pubis.
- c. Tariklah pita itu keatas melewati lengkung abdomen pasien hingga bagian puncak fundus dan hati-hati jangan sampai ujung pita terlipat atau terbalik.
- d. Ukur jaraknya dalam sentimeter.

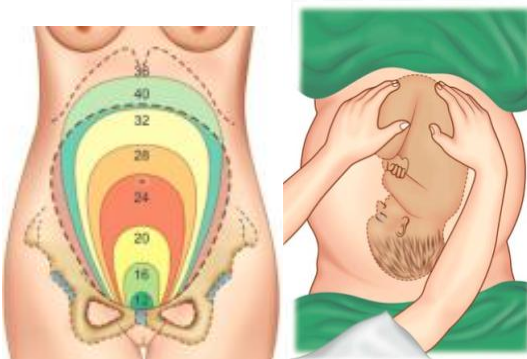
Secara khas tinggi fundus dalam sentimeter pada usia kehamilan diantara minggu ke 20 dan ke 32 akan sesuai dengan jumlah minggu gestasinya. Tinggi fundus yang lebih tinggi atau lebih rendah dari usia gestasinya dapat menunjukkan komplikasi. Sebagai contoh jika tinggi fundus lebih tinggi dari masa gestasi kemungkinan yang terjadi adalah kehamilan kembar, polihidramnion, janin besar, atau kesalahan dalam menghitung usia kehamilan. Jika hasil pengukuran tinggi fundus lebih kecil dari masa gestasi, kemungkinan yang terjadi adalah janin

berukuran kecil untuk masa gestasinya, retardasi pertumbuhan intra uterin atau adanya suatu anomali.

3. Pemeriksaan Leopold

Leopold 1

- a. Pemeriksaan menghadap ke arah muka ibu hamil
- b. Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat dalam fundus.
- c. Cara melakukan pemeriksaan Leopold 1 adalah sebagai berikut :
 - 1) Letakkan sisi lateral telunjuk kiri pada puncak fundus uteri untuk menentukan tinggi fundus. Perhatikan agar jari tersebut tidak mendorong uterus ke bawah (jika diperlukan, fiksasi uterus bawah dengan meletakkan ibu jari dan telunjuk tangan kanan dibagian lateral depan kanan dan kiri, setinggi tepi atas simfisis).
 - 2) Angkat jari telunjuk kiri (dan jari-jari yang memfiksasi uterus bawah) kemudian atur posisi pemeriksa sehingga menghadap ke bagian kepala ibu.
 - 3) Letakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada fundus uteri dan rasakan bagian bayi yang ada pada bagian tersebut dengan jalan menekan secara lembut dan menggeser telapak tangan kiri dan kanan secara bergantian.



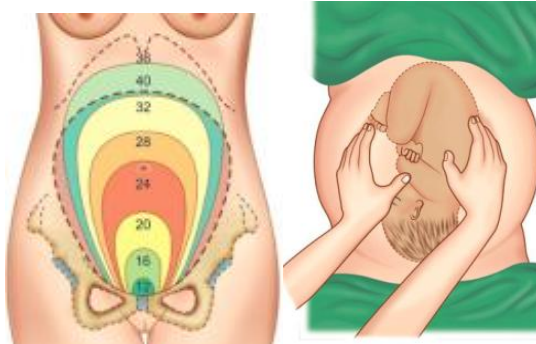
Gambar 4.3. Pemeriksaan Leopold 1



Gambar 4.4. Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri

Leupold 2

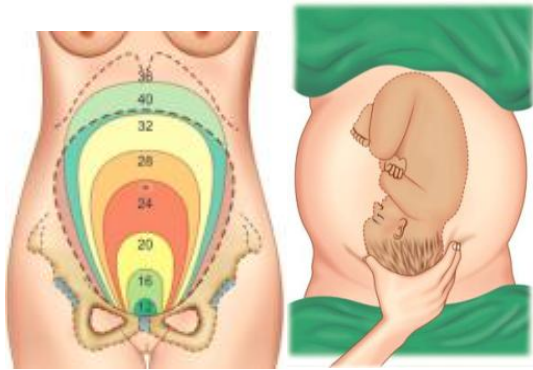
- a. Menentukan batas samping kiri kanan
- b. Menentukan letak punggung janin
- c. Pada letak lintang tentukan letak kepala janin
- d. Cara melakukan pemeriksaan Leupold 2 adalah sebagai berikut :
 - 1) Letakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis
 - 2) Temukan kedua ibu jari kiri dan kanan, kemudian rapatkan semua jari-jari tangan yang meraba dinding bawah uterus.



Gambar 4.5. Pemeriksaan Leupold 2

Leupold 3

- a. Menentukan bagian terbawah janin
- b. Menentukan apakah bagian terbawah janin sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat di gerakkan
- c. Cara melakukan pemeriksaan Leupold 3 adalah sebagai berikut :
 - 1) Atur posisi pemeriksa pada sisi kanan dan menghadap ke bagian kepala ibu.
 - 2) Letakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan pada dinding lateral kanan bawah perut ibu.
 - 3) Tekan secara lembut dan bersamaan/bergantian untuk menentukan bagian terbawah bayi (bagian keras, bulat dan hampir homogen, adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris, adalah bokong).



Gambar 4.6. Pemeriksaan Leupold 3

Leupold 4

- a. Menentukan apakah bagian terbawah janin sudah masuk ke pintu atas panggul atau belum keadaan konvergen atau divergen
- b. Cara melakukan pemeriksaan Leupold 4 adalah sebagai berikut :

- 1) Letakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis.
- 2) Temukan kedua ibu jari kiri dan kanan, kemudian rapatkan semua jari-jari tangan yang meraba dinding bawah uterus.



Gambar 4.7. Pemeriksaan Leopold 4

DAFTAR PUSTAKA

- Anita Lochkart RN, (2019) Asuhan Kehamilan Fisiologis & Patologis
Binarupa Aksana, Tangerang Selatan
- Fitriah Ah, Dkk (2018) Buku Praktis Gizi Ibu Hamil, Media Nusa
Creative, Malang.
- Kusmiyati Y, Dkk, (2009) Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil)
Fitramaya Yogyakarta
- Mufdlilah, (2018), Panduan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil, Mitra
Cendikia, Yogyakarta
- Maisuri T, (2019), Manual Clinical Skill Lab, Pemeriksaan Obstetri,
Sistem Reproduksi, universitas Hasanuddin, Makasar
- Nolan M, (2004) Kehamilan dan Melahirkan, Arcan, Jakarta
- Romauli S, (2021) Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1: Konsep Dasar
Asuhan Kehamilan, Muha Medika Yogyakarta
- Siti M, Paskalia TK, Wiwit DI, Dkk, (2023) Buku Ajar Asuhan
Kebidanan Pada Kehamilan K-Media, Yogyakarta

BAB 5

EDUKASI KESEHATAN SELAMA KEHAMILAN

Oleh Ni Wayan Erviana Puspita Dewi

5.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan suatu proses alami yang diawali dengan pembuahan dimana sel telur yang telah dibuahi oleh sperma menempel pada lapisan Rahim dan berkembang menjadi janin Ophie (2019). Secara umum menurut WHO (2020) kehamilan berlangsung kurang lebih sembilan bulan melalui proses berkembangnya embrio menjadi janin didalam rahimnya sampai waktu persalinan.

Pada masa kehamilan dapat dibagi menjadi tiga trimester antara lain trimester pertama usia kehamilan 0-13 minggu yang merupakan tahap awal perkembangan organ tubuh bayi sehingga memiliki resiko tinggi mengalami kelainan bawaan dan keguguran. Trimester kedua usia kehamilan 14-26 minggu, pada masa ini bayi sudah mulai berkembang lebih cepat dan ibu dapat merasakan gerakan janin. Trimester ketiga usia kehamilan 27-40 minggu pada usia kehamilan ini janin sudah berkembang sepenuhnya dan organ-organ tubuhnya sudah lengkap serta siap untuk dilahirkan Ophie (2019).

Menurut Walyani (2017) selama proses kehamilan tubuh ibu mengalami banyak perubahan yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan dalam setiap trimesternya. Perubahan-perubahan yang terjadi akan berdampak pada sistem tubuh diantaranya sistem pernapasan, sistem hormonal, sistem muskuloskeletal, sistem kardiovaskular dan sistem pencernaan. Selain melibatkan perubahan fisik, dalam proses kehamilan juga akan terjadi perubahan emosional dan sosial. Kesehatan ibu hamil menjadi sangat penting karena berdampak langsung terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Oleh karena itu edukasi kesehatan selama kehamilan memegang peranan yang sangat penting dalam

memastikan ibu memiliki pengetahuan, sikap dan perilaku yang mendukung kehamilan yang sehat dan aman. WHO (2020) menyebutkan bahwa pemberian edukasi kesehatan membantu ibu hamil memahami aspek penting selama kehamilan seperti nutrisi yang seimbang, pentingnya pemeriksaan antenatal secara rutin, tanda-tanda bahaya kehamilan serta persiapan persalinan dan perawatan pasca persalinan. Pemberian edukasi yang tepat kepada ibu hamil mampu meningkatkan keterlibatan ibu dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan, mempererat hubungan dengan bidan serta memperbesar peluang kelahiran aman.

5.2 Edukasi Kesehatan

1. Definsi

Edukasi (*education*) merupakan upaya untuk merubah perilaku masyarakat terhadap perilaku kesehatan seseorang dengan melakukan ajakan, melaksanakan bujukan, atau dengan menggunakan cara persuasi untuk memberikan informasi terkait kesehatan, sehingga individu memiliki kesadaran dalam kegiatan yang disebut penyuluhan kesehatan dan pendidikan kesehatan Syamsul, et al.,(2021)

Edukasi atau pendidikan kesehatan merupakan penerapan atau aplikasi pendidikan dalam bidang kesehatan. Secara aplikatif edukasi kesehatan merupakan semua kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan serta merubah pengetahuan, sikap, perilaku yang dapat dipraktiknya baik oleh individu, kelompok maupun masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan untuk individu Notoatmodjo (2017)

Menurut Nursalam (2020) Edukasi kesehatan merupakan upaya terencana untuk menciptakan peluang bagi individu maupun kelompok untuk meningkatkan pengetahuan (*knowledge*), kesadaran (*literacy*) dan memperbaiki keterampilan (*life skills*) untuk kepentingan kesehatannya.

2. Tujuan Edukasi Kesehatan

Menurut Nursalam (2020) edukasi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan memperbaiki perilaku yang dapat merugikan kesehatan ke arah perilaku yang mampu

menguntungkan bahkan meningkatkan status kesehatan. Beberapa tujuan edukasi kesehatan diantaranya:

- a. Meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan dengan cara memperbaiki kemampuan masyarakat dalam bidang kesehatan
- b. Meningkatkan kesadaran dan tanggung jawab masyarakat terhadap kesehatannya
- c. Meningkatkan penggunaan dan pengembangan sarana prasarana kesehatan dengan tepat guna
- d. Memberikan pengaruh kepa masyarakat agar berfikir kesehatan merupakan modal utama
- e. Memiliki kemauan terhadap usaha promotif (peningkatan derajat kesehatan), usaha preventif (pencegahan), kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan atau penyembuhan) bagi masyarakat
- f. Mampu melakukan pemberantasan terhadap penyakit menular.

5.2.1 Edukasi Kesehatan Kehamilan Trimester I

Pada kehamilan trimester satu (usia kehamilan 0-12 minggu) yang disebut tiga bulan pertama kehamilan ibu dan bayi akan mengalami berbagai perubahan baik fisik maupun psikologis. Beberapa hal yang akan dialami oleh ibu diantaranya gejala mual, muntah dan mudah lelah. Pada usia kehamilan ini juga rentan dengan keguguran. Selaian dari faktor ibu, pada kehamilan trimester satu bayi akan mengalami pertumbuhan mulai dari panjang 0.64 cm atau sekitar sebesar biji beras sampai 10 cm dan beratnya sekitar 28 gram atau sebesar jeruk nipis. Bagian tubuh bayi juga sudah mulai terbentuk termasuk otak.

Edukasi kesehatan yang harus diberikan oleh tenaga kesehatan khususnya bidan pada kehamilan trimester satu untuk memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi, dan mendapatkan perawatan segera bila ditemukan kondisi yang membahayakan bagi ibu dan janin antara lain:

1. Melakukan pemeriksaan kehamilan kedokter paling sedikit satu kali dimana didalamnya sudah termasuk melakukan pemeriksaan laboratorium lengkap dan USG

2. Terkait kebutuhan nutrisi, ibu diharapkan makan dengan porsi kecil tapi sering, yang terbagi dalam tiga kali makanan utama dan dua kali makan dan selingan
3. Mengonsumsi atau minum tablet darah atau multivitamin setiap hari selama masa kehamilan
4. Ibu diharapkan mampu mengenali dan cek tanda bahaya kehamilan TM I, jika mengalami tanda bahaya segera melakukan pemeriksaan kefasilitas pelayanan kesehatan.

Porsi Makan dan Minum Ibu Hamil Untuk Kebutuhan Sehari

Bahan Makanan	12 minggu pertama	Keterangan per porsi
Nasi atau Makanan Pokok	5 porsi      	• 3/4 gelas nasi (100 g) atau • 3 buah jagung sedang (125 g) atau • 2 kentang sedang (210 g) atau • 1/2 potong singkong (120 g) atau • 3 iris roti putih (70 g) atau • 2 gelas mie basah (200 g)
Protein Hewani Ikan, Telur, Ayam dll.	4 porsi    	• 1 potong sedang ikan (50 g) atau • 1 butir telur Ayam (55 g)
Protein Nabati Tempe, Tahu, dll.	4 porsi    	• 1 potong sedang tempe (50 g) atau • 2 potong sedang tahu (100 g)
Sayur-sayuran	4 porsi    	1 mangkuk sayur matang tanpa kuah (100 g)
Buah-buahan	4 porsi    	• 1 potong sedang pisang (100 g) atau • 1 potong besar pepaya (100-190 g)
Minyak/Lemak	5 porsi     	1 sendok teh (5 g) bersumber dari pengolahan makanan seperti menggoreng, menumis, santan, kemiri, mentega dan sumber lemak lainnya. Minyak/lemak termasuk santan yang digunakan dalam pengolahan, makanan digoreng, ditumis atau dimasak dengan santan.
Gula	2 porsi  	1 sendok makan (10 g) bersumber dari kue-kue manis, minum teh manis dan lain-lainnya
Batasi konsumsi garam paling banyak 1 sendok teh/hari dan minum air putih 8 - 12 gelas per hari.		

Gambar 5.1. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester I



Demam tinggi



Nyeri Perut Hebat



Mual dan muntah
hebat



Perdarahan



Sakit saat kencing/keluar keputihan/gatal
pada daerah kemaluan

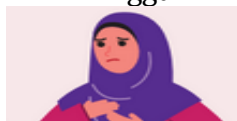
Masalah lain pada kehamilan yang dapat terjadi dan perlu diwaspadai pada kehamilan trimester I antara lain:



Batuk lama lebih dari 2
minggu



Diare berulang



Jantung berdebar/nyeri
dada



Sulit tidur dan cemas
berlebihan



Demam menggigil dan berkeringat. Bila ibu berada di daerah endemis malaria menunjukkan adanya penyakit malaria
Sumber: Kemenkes RI, (2024)

Apabila ibu hamil mengalami tanda bahaya pada masa kehamilan seperti gambar diatas, segera bawa dan lakukan pemeriksaan pada ibu hamil ke Bidan/Puskesmas atau Rumah Sakit terdekat (Kemenkes RI, 2024)

5.2.2 Edukasi Kesehatan Trimester Dua

Kehamilan trimester dua (usia kehamilan 13-27 Minggu) merupakan masa dimana ibu sudah menerima kehamilannya dengan baik dan sudah berfokus pada kesehatan janin yang dikandung dan mulai merencanakan kelahiran. Pada kehamilan trimester dua gejala yang dirasakan oleh ibu pada awal kehamilan mulai berkurang, ibu akan mengalami kenaikan berat badan sesuai dengan status gizi ibu sebelum hamil sekitar 4 kg samapi dengan 8 kg. Selain itu pada trimester ini usia kehamilan lima bulan ibu mulai merasakan gerakan janin seperti menendang. Sedangkan pada perkembangan janin pada trimester dua bayi mengalami perkembangan pada tubuh bayi dan fungsi organnya. Bayi akan tumbuh dengan bertambahnya ukuran dari panjang 12.5 cm (kira-kira sebesar buah appel sampai 34 cm) dan bertambahnya berat badan janin sekitar 1000 gram (kira-kira sebesar jagung diakhir bukan ke enam).

Pada kehamilan trimester kedua edukasi kesehatan yang harus diberikan kepada ibu untuk memastikan ibu tetap sehat dan perkembangan bayi sesuai dengan tahapannya, serta ibu dan keluarga sudah memiliki perencanaan dan persiapan dalam proses melahirkan nanti antara lain :

1. Melakukan pemeriksaan bidan atau dokter minimal atau paling sedikit dua kali

2. Penuhi nutrisi, makan dengan porsi kecil tetapi sering yang terbagi menjadi tiga makanan utama ditambah dengan satu sampai dua kali makanan selingan dalam sehari.
3. Tetap pantau gerakan janin (minimal 10 gerakan dalam dua jam)
4. Minum Tablet Tambah Darah dengan benar dan teratur, serta selama kehamilan minum multivitamin.
5. Kenali dan cek tanda bahaya pada kehamilan trimester dua, apabila ibu mengalami tanda bahaya segera periksakan ke fasilitas pelayanan kesehatan (bidan/Puskesmas/Rumah Sakit).
6. Ibu dan suami berdiskusi dengan tenaga kesehatan atau bidan untuk merenakan proses persalinan yang aman bagi ibu dan bayi (Kemenkes RI, 2024)

Porsi Makan dan Minum Ibu Hamil Untuk Kebutuhan Sehari

Bahan Makanan	12 minggu pertama	Keterangan per porsi
Nasi atau Makanan Pokok	6 porsi      	• 3/4 gelas nasi (100 g) atau • 3 buah jagung sedang (125 g) atau • 2 kentang sedang (210 g) atau • 1/2 potong singkong (120 g) atau • 3 iris roti putih (70 g) atau • 2 gelas mie basah (200 g)
Protein Hewani Ikan, Telur, Ayam dll.	4 porsi    	• 1 potong sedang ikan (50 g) atau • 1 butir telur Ayam (55 g)
Protein Nabati Tempe, Tahu, dll.	4 porsi    	• 1 potong sedang tempe (50 g) atau • 2 potong sedang tahu (100 g)
Sayur-sayuran	4 porsi    	1 mangkuk sayur matang tanpa kuah (100 g)
Buah-buahan	4 porsi    	• 1 potong sedang pisang (100 g) atau • 1 potong besar pepaya (100-190 g)
Minyak/Lemak	5 porsi      	1 sendok teh (5 g) bersumber dari pengolahan makanan seperti menggoreng, menumis, santan, kemiri, mentega dan sumber lemak lainnya. Minyak/lemak termasuk santan yang digunakan dalam pengolahan, makanan digoreng, ditumis atau dimasak dengan santan.
Gula	2 porsi  	1 sendok makan (10 g) bersumber dari kue-kue manis, minum teh manis dan lain-lainnya

Batasi konsumsi garam paling banyak 1 sendok teh/hari dan minum air putih 8 - 12 gelas per hari.

Petugas kesehatan menjelaskan porsi makan disesuaikan dengan bahan lokal.

Gambar 5.2. Tanda bahaya kehamilan trimester dua



Demam tinggi



Nyeri Perut Hebat



Muntah darah



Perdarahan



Pandangan kabur



Napas pendek & jantung berdebar kencang



Perdarahan/keluar cairan dari jalan lahir yang sangat banyak



Pusing/sakit kepala berat



Sakit saat kencing/keluar keputihan/gatal pada daerah kemaluan

Sumber: Kemenkes RI, (2024)

5.2.3 Edukasi Kesehatan Trimester Ketiga

Kehamilan trimester ketiga (usia kehamilan 28 minggu- 40 minggu) merupakan masa terakhir dalam kehamilan. Pada masa ini ibu akan mengalami berbagai keluhan baik dari faktor fisik maupun psikologis. Kenaikan berat badan ibu selama kehamilan sesuai dengan status gizi ibu sebelum hamil 4-8 kg, ibu akan merasa mudah lelah, sulit tidur dan tidak nyaman sehingga sering

kali menimbulkan kecemasan pada ibu hamil. Selain itu ketidaknyamanan yang sering dialami ibu pada semester tiga adalah bengkak pada kaki/ekstremitas serta sering buang air kecil. Disamping itu, dilihat dari faktor janin, pada masa ini perkembangan fungsi organ dan tubuh bayi sudah memasuki tahap akhir dan bayi siap dilahirkan. Bayi akan tumbuh mulai dari panjang 40 cm dengan berat sekitar 1300 gram hingga memasuki minggu terakhir panjang paling sedikit 48 cm dengan berat badan sekitar 2500 gram sampai 3999 gram.

Pada kehamilan trimester tiga ibu hamil diharapkan mendapatkan pemeriksaan menyeluruh dan lengkap agar ibu dan tenaga kesehatan dapat menentukan tempat ibu melahirkan yang tepat sesuai keadaannya serta agar ibu hamil dan suami/keluarga siap untuk menghadapi proses kelahiran dan merawat bayi yang akan dilahirkan. Beberapa hal terkait edukasi kesehatan yang dapat diberikan pada kehamilan trimester tiga antara lain:

1. Ibu diwajibkan melakukan pemeriksaan kehamilan paling sedikit tiga kali salah satunya pemeriksaan oleh dokter diaman sudah termasuk pemeriksaan laboratorium lengkap dan USG
2. Penuhi nutrisi, makan tiga kali sehari dengan menu makan utama ditambah satu sampai dua kali makanan selingan dalam sehari
3. Minum Tablet Tambah Darah (TTD) setiap hari dengan teratur dan minum multivitamin selama kehamilan
4. Kenali dan cek tanda bahaya kehamilan pada trimester tiga, jika terdapat tanda bahaya segera lakukan pemeriksaan kefasilitas kesehatan (bidan/Puskesmas/Rumah Sakit).
5. Kenali tanda-tanda melahirkan (keluar air/ketuban dari kemaluan, sakit/nyeri dari pinggang, perut menjalar kepaha terus menerus dan semakin kuat, keluar lendir campur darah)
6. Kenali tanda bahaya melahirkan dan pelajari proses melahirkan.
7. Pengetahuan tentang pentingnya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif

8. Perencanaan penggunaan KB pasca salin dengan melakukan diskusi dengan tenaga kesehatan
9. Pengetahuan tentang perawatan bayi baru lahir (Kemenkes RI, 2024)



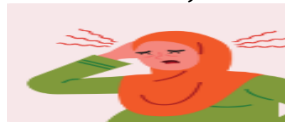
Perdarahan hebat



Gerakan bayi tidak ada/kurang dari 10 kali dalam 12 jam



Ketuban pecah namun tidak ada kontraksi



Pusing/sakit kepala berat



Nyeri perut hebat diantara kontraksi

Gambar 5.3. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester Tiga
Sumber : Kemenkes RI, (2024)

Edukasi kesehatan pada trimester tiga juga dilakukan untuk memberikan informasi kepada ibu hamil dan pendamping khususnya serta memberdayakan masyarakat terkait tanda-tanda ibu melahirkan antara lain keluar lendir bercampur darah dari jalan lahirnya, perut terasa mulas secara teratur yang dirasakan semakin sering dan lama, keluar cairan ketuban dari jalan lahir. Biasanya dengan tanda ini bayi lahir 12 jam sejak mulas teratur yang pertama dirasakan oleh ibu (Rohmawati, 2022)



Keluar lendir campur darah/ keluar air ketuban dari jalan lahir



Perut mulas-mulas yang teratur yang timbulnya semakin sering semakin lama

Gambar 5.4. Tanda-tanda persalinan

5.3 Perawatan Sehari-Hari Ibu Hamil

Edukasi kesehatan selama kehamilan merupakan hal yang penting yang harus diketahui oleh ibu hamil dan pendamping. Dengan pengetahuan yang tepat ibu diharapkan mampu menjaga kesehatan diri sendiri, merawat kehamilannya serta memastikan tumbuh kembang janin sesuai dengan tahap perkembangannya.

Beberapa hal yang ibu hamil harus lakukan selama kehamilan sebagai antara lain:

1. Ibu hamil harus mampu mengelola pola istirahat, agar ibu hamil bisa mendapatkan istirahat yang cukup dengan tidur malam paling sedikit 6-7 jam dan tidur siang 1-2 jam
2. Ibu hamil harus menjaga kebersihan diri dengan mencuci tangan pakai sabun dibilas dengan air bersih yang mengalir, mandi minimal 2 kali sehari dan mengganti pakaian secara teratur
3. Hubungan suami istri boleh dilakukan selama kondisi kehamilan sehat
4. Merangsang pertumbuhan bayi dengan cara sering mengajak bayi berkomunikasi dan melakukan sentuhan pada perut ibu hamil
5. Batasi aktifitas berat yang membuat ibu kelelahan

6. Tidak dianjurkan minum obat tanpa resep dokter, karena dapat berisiko terhadap kesehatan ibu dan bayi
7. Ibu hamil tidak boleh merokok atau terpapar asap rokok
8. Hindari stress berlebihan
9. Pada trimester 2 dan 3 ibu hamil tidak diperbolehkan tidur terlentang lebih dari 30 menit yang bertujuan untuk menghindari bayi kekukarang oksigen
10. Ibu hamil tidak boleh jongkok terlalu lama, melompat, mengejan terlalu keras, mengayuh sepeda dan membungkuk tanpa pegangan
11. Ibu hamil disarankan mengikuti kelas ibu hamil, dengan mengikuti kelas ibu hamil ibu bisa mendapatkan edukasi terkait proses dan perkembangan selama masa kehamilan, mempersiapkan tubuh dan mental untuk persiapan kelancaran proses persalinan. Hal lainnya dengan mengikuti kelas ibu hamil, ibu kan memperoleh dukungan dan informasi terkait kehamilan, persalinan, nifas dan perawatan bayi baru lahir dari ibu-ibu lainnya.

Dengan adanya kelas ibu hamil dan edukasi kesehatan selama kehamilan ibu lebih siap menjadi masa kehamilan, proses perslinan, nifas, perawatan bayi dan kebutuhan gizi yang seimbang (Kemenkes RI, 2024)

DAFTAR PUSTAKA

- Hasanah, dkk. 2023. Inovasi Terapi Suportif dalam Meningkatkan Quality of Life Pasien Gagal Ginjal dengan Hemodialisa. CV Adanu Abimata: Jawa Barat
- Kemenkes RI. 2024. *Buku KIA Kesehatan Ibu dan Anak Panduan Lengkap Untuk Memwujudkan Ibu dan Anak Sehat*. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
- Notoatmodjo, S. 2017. *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nursalam. 2020. *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ophie. 2019. *Kajian Asupan Protein dan Asam Folat pada Ibu Hamil Anemia di Wilayah Lokus Stunting di Kabupaten Kulon Progo*. Yogyakarta.
- Rohmawati, I.E. al. 2022. 'Pendampingan Ibu Hamil Risiko Tinggi dan Peningkatan Pengetahuan Ibu tentang Risiko Tinggi dan Tanda Bahaya pada Kehamilan, Persalinan, Nifas serta pada Bayi Baru Lahir', 1(2), pp. 69–73.
- Syamsul, dkk . 2021. *Pengantar Kesehatan Masyarakat*. Cirebon: Insania:
- Walyani, E.. 2017. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Pustaka Baru.
- World Helath Organization (WHO). 2020. *Maternal Health*. <http://www.who.int/helath-topics/maternal-health>

BAB 6

PSIKOLOGI KEHAMILAN DAN KESEHATAN MENTAL IBU HAMIL

Oleh Komang Ayu Purnama Dewi

6.1 Psikologi Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu periode dimana seorang ibu hamil pada masa ini tidak hanya mengalami perubahan fisik tetapi juga mengalami perubahan psikologi. Proses adaptasi psikologi ibu pada masa kehamilan adalah merupakan proses yang penting bagi ibu dalam mengelola perubahan emosional, mental dan sosial untuk menghadapi peran barunya.

6.1.1 Pengertian

Psikologi kehamilan adalah suatu proses perubahan mental dan emosional yang alami oleh seorang wanita pada masa kehamilan dimana ia mengalami perubahan fisik, biologis, sosial dan perannya (Nurseha, 2024).

6.1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Psikologi Kehamilan

Faktor-faktor yang mempengaruhi psikologi kehamilan, yaitu:

1. Hormonal

Pada masa kehamilan terjadi perubahan hormonal yaitu meningkatnya beberapa hormon utama seperti estrogen, progesteron dan HCG. Peningkatan hormon ini dapat menimbulkan berbagai gejala, salah satunya adalah perubahan suasana hati seperti mudah marah, mengangis atau lebih sensitif. Namun, perlu diperhatikan bahwa perubahan hormonal selama kehamilan bersifat sangat variatif antara satu ibu hamil dengan ibu hamil lainnya. Beberapa ibu hamil mungkin tidak menunjukkan gejala, sementara ibu hamil yang lain mengalami gejala ringan dan bahkan ada yang mengalami gejala yang lebih berat (Prawirohardjo, 2020).

2. Dukungan sosial

Dukungan sosial adalah dukungan yang diberikan oleh pasangan, keluarga atau teman berupa perhatian, rasa nyaman, semangat, informasi, dukungan spiritual atau bantuan nyata seperti finansial atau jasa. Dukungan ini mampu berperan sebagai stimulus yang dapat menimbulkan pemikiran yang positif bagi ibu hamil (Nahar, 2018).

3. Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman kehamilan sebelumnya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi psikologi kehamilan, seperti riwayat keguguran. Ibu hamil dengan riwayat keguguran menunjukkan tekanan psikologis sedang hingga berat (Luo, Chen and Shen, 2023).

4. Komplikasi kehamilan

Komplikasi kehamilan yang dialami ibu pada masa kehamilan seperti kelainan janin, hipertensi, preeklampsia, sindrom HELLP dan hiperemesis gravidarum dapat meningkatkan gangguan psikologi ibu hamil (Peng *et al.*, 2024).

6.1.3 Psikologi Pada Masa Kehamilan

Psikologi ibu pada masa kehamilan bervariasi pada setiap trimester, sebagai berikut:

1. Trimester Satu

Trimester pertama sering disebut sebagai periode penyesuaian, dimana ibu hamil harus melakukan penyesuaian terhadap kenyataan bahwa ia sedang hamil. Pada trimester ini ibu hamil cenderung mengalami perubahan emosional yang signifikan. Ibu merasakan rasa yang tidak pasti (ambivalen), kadang gembira, cemas, takut untuk peran barunya menjadi orang tua. Ini membawa perubahan suasana hati seperti mudah marah, menangis dan lebih sensitif. Perasaan ini biasanya akan hilang dengan sendirinya seiring dengan penerimaan kehamilan, berakhirnya trimester pertama berarti berakhir pula ketidaknyamanan pada kehamilan muda yang menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi keadaan psikologi ibu hamil.

2. Trimester Dua

Trimester kedua disebut sebagai periode kesehatan yang optimal. Secara umum pada trimester ini psikologi ibu hamil lebih tenang, rasa cemas mulai berkurang karena merasakan penerimaan akan kehamilannya dan merasa lebih bahagia karena sudah mulai merasakan gerakan janin. Periode ini terbagi menjadi dua fase, yaitu (1) Pra quickening dan (2) Pasca quickening.

Pada masa pra quickening wanita semua hal yang berkaitan dengan hubungan antara dirinya dan ibunya akan dievaluasi kembali oleh ibu hamil. Dia akan mengidentifikasi kualitas baik pada ibunya yang perlu dihargai dan dihormati serta kualitas negatif pada ibunya yang akan dia tolak, dalam rangka mengembangkan identitas keibuannya sendiri. Pada masa ini terjadi evolusi wanita dari seorang penerima kasih sayang dan perhatian dari ibunya menjadi pemberi kasih sayang dan perhatian pada bayinya kelak. Mungkin akan muncul konflik dalam diri berupa rasa bersaing dengan ibunya supaya dapat terlihat sebagai seorang ibu yang baik, namun rasa bersaing ini akan hilang dengan sendirinya ketika bayinya telah lahir ia telah benar-benar berperan sebagai seorang ibu.

Quickening merupakan suatu pengalaman bagi ibu untuk merasakan gerakan janin, dimana hal ini akan dialami ibu mulai pada umur kehamilan 18-20 minggu. Quickening memberikan perubahan yang cukup besar pada persepsi ibu terhadap kehamilan. Bayi merupakan individu yang tersendiri dan terpisah dari dirinya, ibu menyadari hal tersebut dan benar-benar telah merasakan kehadiran janin dalam tubuhnya, sehingga fokus ibu yang semula hanya pada dirinya berubah menjadi fokus kepada bayinya. Kesejahteraan janin dan persiapan untuk anggota keluarga yang baru.

Quickening juga akan merubah hubungan sosial ibu, ia akan lebih terbuka untuk menjalin hubungan sosial dengan ibu hamil ataupun ibu baru lainnya. Meningkatnya minat dan kegiatan ibu tentang kehamilan, bagaimana tips membesarkan anak dan bagaimana persiapan dalam memulai perannya yang baru (Yuliani, Musdalifah and Suparmi, 2017).

3. Trimester Tiga

Trimester tiga disebut sebagai periode penantian, yaitu ibu mulai menantikan kelahiran bayi yang dikandungnya penuh kewaspadaan. Pada trimester ini kecemasan ibu hamil kembali meningkat terkait persalinan dan perawatan bayi sehingga menimbulkan perubahan mood yang lebih ekstrem. Sejumlah ketakutan dan kecemasan akan dirinya dan bayinya. Berbagai pertanyaan akan muncul mengenai keadaan bayinya, proses persalinan, nyeri saat persalinan, trauma yang terjadi pada proses persalinan. Namun, ibu akan berusaha melupakan kekhawatiran akan hal tersebut dengan menyibukan diri dengan hal-hal lain sebagai pengalihan (Prawirohardjo, 2020).

6.1.4 Cara Mengatasi Perubahan Psikologi Pada Masa Kehamilan

Beberapa cara mengatasi perubahan mood akibat perubahan psikologi ibu pada masa kehamilan sebagai berikut:

1. Dukungan Sosial
Dukungan sosial dari pasangan, keluarga atau teman dapat membantu memberikan kekuatan ibu hamil dalam menghadapi perubahan psikologi selama kehamilan.
2. Teknik Relaksasi
Teknik relaksasi berupa latihan pernapasan, yoga dapat membantu ibu hamil dalam mengelola perubahan psikologi yang di alami ibu hamil.
3. Olahraga Teratur
Melakukan aktivitas fisik ringan secara teratur seperti jalan kaki, berenang, senam ibu hamil mampu membantu menstabilkan perubahan mood yang terjadi akibat perubahan psikologi ibu hamil.
4. Konseling
Perubahan psikologi ekstrem yang terjadi pada ibu hamil harus diketahui gejalanya lebih awal dan harus mendapat penanganan yang tepat melalui konseling atau terapi psikologi.
(Nurseha, 2024)

6.1.5 Adaptasi Psikologis Ayah

Adaptasi ayah terhadap kehamilan dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti usia, status ekonomi (kestabilan ekonomi), pengalaman tentang perawatan kehamilan, keharmonisan/status hubungan dengan istri, serta perencanaan kehamilan. Dalam masa kehamilan istrinya, ayah juga mengalami proses adaptasi dimana juga dapat mengalami stres yang disebabkan oleh beberapa hal seperti masalah finansial, kondisi kegawatdaruratan atau komplikasi pada masa kehamilan, khawatir istrinya akan mengalami nyeri saat persalinan, bagaimana perannya selama proses persalinan, kondisi bayinya, respon seksual yang menurun/hilang, hubungan dengan istri/keluarga/teman laki-laki yang akan mengalami perubahan dan bagaimana kemampuannya untuk menjadi orang tua.

Sesuai dengan fase-fase dalam kehamilan, perkembangan pengalaman ayah adalah sebagai berikut:

1. Trimester satu

Periode awal merupakan fase pengumuman, dimana saat mengetahui istrinya hamil ia akan memberitahukan kabar gembira ke teman dan keluarga. Ayah akan memperhatikan kebutuhan istrinya berkaitan dengan banyak ketidaknyamanan yang dialami, namun juga sering bingung dengan perubahan persaan istrinya seringkali ayah membayangkan bahwa ia berinteraksi dengan seorang anak yang sudah berusia 5-6 tahun, padahal istrinya masih hamil muda dan bahkan kehamilannya belum tampak.

2. Trimester dua

Periode ini merupakan fase moratorium (penyesuaian terhadap kehamilan). Merasakan gerakan janin dan melihat hasil USG dapat meningkatkan peran ayah yang awalnya samar-samar menjadi lebih penting dalam periode penerimaan kenyataan bahwa istrinya sedang hamil.

3. Trimester tiga

Periode ini merupakan fase pemusatan, yang ditandai dengan keterlibatan ayah dalam kehamilan sampai kelahiran bayi. Masa dimana ayah mendapatkan gambaran yang jelas tentang perannya, yaitu mendampingi istrinya untuk selalu menjaga kehamilan, persiapan yang nyata menjelang

persalinan termasuk apa yang dilakukan ayah ketika istrinya bersalin, dan persiapan bagaimana untuk menjadi orang tua. Hal-hal tersebut dapat menimbulkan perasaan takut.

6.1.6 Adaptasi Saudara Kandung

Hadirnya saudara kandung dapat menjadi suatu masa krisis utama bagi anak. Seringkali anak yang lebih besar memiliki perasaan bersaing karena takut kehilangan perhatian orang tua, atau perasaan cemburu karena digantikan oleh anggota keluarga yang baru, yang bisa disebut *sibling rivalry*. Perasaan tersebut dapat membuat anak memunculkan perilaku yang menyimpang dari biasanya seperti menjadi kolokan, menunjukkan kemunduran perilaku saat makan (minta disuapi lagi) atau kemunduran dalam perilaku BAB dan BAK (jadi ngompol lagi).

Respon anak terhadap kelahiran saudara baru dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain umur anak, bagaimana sikap orang tua terhadap kehadiran anggota baru, peranan ayah, jangka waktu anak berpisah dengan ibu, peraturan tentang kunjungan di rumah sakit dan bagaimana mempersiapkan anak tersebut untuk perubahan. Perlu mempersiapkan banyak waktu yang harus dilakukan orang tua untuk menngkondisikan hubungan antara anak dengan anak yang lain, agar mereka dapat menerima dengan baik kehadiran bayi baru sehingga tidak terjadi *sibling rivalry* (Yuliani, Musdalifah and Suparmi, 2017).

6.1.7 Kebutuhan Psikologi Ibu hamil

1. Dukungan Keluarga

Ibu sehat adalah cerminan dari janin yang sehat pula, untuk menjaga kesehatan ibu dan janin sangat perlu dukungan suami selama kehamilannya. Dukungan suami terhadap istri selama masa kehamilan sampai melahirkan sangatlah berarti karena dukungan suami mampu memberikan semangat dan kekuatan bagi istri dalam menjalankan masa kehamilan.

Bentuk dukungan yang bisa diberikan suami kepada istri selama masa kehamilan seperti mengantarkan istri memeriksakan kehamilannya, ikut menjaga kesehatan istri, membantu istri dalam mengerjakan pekerjaan rumah tangga,

mengurangi ketegangan otot atau rasa pegal pada ibu dengan memberikan pijatan ringan. Dukungan yang diberikan suami juga bisa dalam bentuk pengendalian emosi diri, karena jika suami emosinya meningkat akan berdampak pada istri. Jadi dengan menjaga kestabilan emosi diri sendiri berarti juga menjaga kestabilan emosi istri. Sehingga dengan suami yang mampu mengendalikan emosi maka suasana hati istri menjadi lebih tenang. Dengan demikian hal ini diharapkan mampu memberikan hal yang positif pada ibu hamil dan ibu hamil merasa senang, nyaman dan terhindar dari depresi dalam menjalankan masa kehamilannya.

Selain dukungan dari suami, dukungan dari anggota keluarga yang lain juga diperlukan oleh ibu hamil untuk menjaga kenyamanan bagi ibu dan kesejahteraan bagi janin. Kebersamaan dalam keluarga sangat penting dan bermfaat untuk ibu dan janin, dimana bagi ibu hamil akan merasa bahagia karena dukungan dari seluruh anggota keluarga dan bagi janin akan lebih mengenali seluruh anggota keluarga yang dapat menciptakan suasana yang bahagia serta damai. Kakek dan nenek adalah salah satu anggota keluarga yang cukup berpengaruh. Mereka adalah panutan dalam keluarga, dan pasti memiliki pengetahuan yang lebih baik sehubungan dengan pengalaman yang telah dimilikinya. Dukungan dari mereka sangat berarti bagi ibu hamil, diharapkan mereka dapat memberikan dukungan dan bantuan kapanpun diperlukan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman yang dimilikinya.

2. Dukungan Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan pemberi dukungan yang terpercaya bagi ibu hamil selama masa kehamilannya. Tenaga kesehatan dapat memberikan dukungan dalam bentuk informasi lengkap seputar kehamilan, peran serta suami dan keluarga dalam perawatan kehamilan agar ibu dapat menjalankan masa kehamilannya dengan nyaman dan bahagia. Informasi yang dapat diberikan tenaga kesehatan seputar kehamilan seperti: penjelasan hasil pemeriksaan, ketidaknyamanan yang dapat terjadi pada ibu hamil dan cara

mengatasinya, adaptasi perubahan fisiologi dan psikologi ibu selama hamil, kebutuhan dasar yang harus dipenuhi ibu selama masa kehamilan, dukungan dari suami dan keluarga yang dibutuhkan oleh ibu hamil, suplemen atau terapi yang dapat diberikan pada ibu hamil, persiapan seputar persalinan, tanda dan gejala bahaya pada kehamilan, persiapan dalam menyusui dan pemberian ASI eksklusif serta perawatan bayi sehari-hari, jenis-jenis kontrasepsi yang dapat digunakan ibu setelah melahirkan, rencana pemeriksaan ulang dan informasi lain sesuai keluhan atau kebutuhan ibu hamil maupun keluarga.

3. Persiapan Peran Menjadi Orang Tua

Peran menjadi orang tua dalam menantikan kelahiran bayinya perlu dipersiapkan dengan matang. Agar dapat menjadi orang tua yang bertanggung jawab atas bayinya maka masa persiapan ini yang sering dikenal dengan masa transisi membutuhkan waktu yang tidak sedikit. Hal-hal yang dapat dipersiapkan oleh calon orangtua seperti persiapan atau perencanaan persalinan (tempat, penolong, pendamping, metode dan lain-lain) dan persiapan perawatan bayinya ketika telah lahir. Menjadi orang tua merupakan suatu proses yang terdiri dari dua komponen, yaitu (1) keterampilan kognitif motorik yaitu mencakup tentang cara perawatan anak sehari-hari seperti menjaga kehangatan bayi, waktu pemberian nutrisi, cara mengganti pakaian, menjaga kebersihan bayi dan menjauhkan dari bahaya, (2) Keterampilan kognitif afektif (sifat keibuan/kebapakan), seperti perhatian dan kasih sayang terhadap anak, bagaimana bersikap terhadap anak sesuai dengan perkembangan umurnya. Kedua komponen tersebut perlu dipahami oleh kedua orang tua sebelum kelahiran bayinya.

4. Persiapan *Sibling Rivalry*

Persiapan pada Saudara kandung/anak harus dilakukan terlebih dahulu sebelum kelahiran adiknya untuk mencegah terjadinya *sibling rivalry*. Hal yang dapat dilakukan untuk mencegah agar tidak terjadinya *sibling rivalry* adalah memberitahukan kehamilan sejak awal pada anak,

menjelaskan pada anak tempat tumbuh dan berkembangnya janin, anak diberikan kesempatan sejak dini untuk menjalin ikatan dengan adiknya dengan merasakan gerakan bayi, memberikan sentuhan pada perut ibunya, ajak anak ke tempat periksa untuk mendengarkan denyut jantung, kenalkan anak dengan bayi lain dan anak dapat dilibatkan dalam membantu persiapan kelahiran adiknya dengan menyimpan baju bayi di laci atau membantu menyiapkan tempat tidur bayi. Anak dibantu dalam beradaptasi dengan perubahan yang akan terjadi, sehingga anak dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan dengan baik. (Yuliani, Musdalifah and Suparmi, 2017)

6.2 Kesehatan Mental Ibu Hamil

Kesehatan mental ibu hamil adalah hal penting yang harus dijaga, namun seringkali terabaikan. Menjaga kesehatan mental ibu hamil bertujuan agar ibu dan janin tetap sehat selama kehamilan dan persalinan berjalan lancar.

6.2.1 Pengertian

Kesehatan mental ibu hamil adalah kesejahteraan emosional, psikologis dan sosial seorang wanita pada masa kehamilan (Kusumawati, Dewi and Widyawati, 2020).

6.2.2 Upaya Menjaga Kesehatan Mental Ibu Hamil

1. Konsumsi Makanan Seimbang

Makan makanan yang bergizi seimbang selain penting bagi kesehatan fisik tetapi juga penting bagi kesehatan mental ibu hamil. Ibu dapat mengkonsumsi makanan apapun yang ibu ingin namun dalam jumlah/porsi yang tidak berlebihan.

2. Istirahat yang Cukup

Istirahat yang cukup selama kehamilan dapat menghindari dari kelelahan, karena kelelahan dapat memicu terjadinya stres dan kecemasan.

3. Olahraga Ringan

Olahraga ringan sesuai kemampuan ibu membantu meningkatkan semangat, membuat lebih fresh dan rileks.

4. Bersikap Terbuka

Menjalin hubungan dengan pasangan, orang terdekat dengan berkomunikasi atau berdiskusi tentang segala hal, dapat membantu ibu hamil merasa didukung sehingga dapat menjaga kesehatan mental ibu hamil.

5. Membangun Kedekatan dengan Janin

Kedekatan ibu dan janin dapat dibangun dengan berbicara pada janin atau melalui sentuhan pada perut. Ini mampu mempererat hubungan ibu dengan janin, sehingga membuat ibu lebih bahagia dan kuat.

(Rahmawati, Kurnia and Wulandari, 2024)

6.2.3 Gangguan Kesehatan Mental pada Ibu Hamil

1. Depresi

Depresi adalah suatu gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan gejala putus asa, perasaan sedih dan hilangnya semangat untuk beraktivitas.

2. Kecemasan

Kecemasan adalah suatu perasaan khawatir secara berlebihan hingga mempengaruhi aktivitas

3. Stres

Stres adalah respon tubuh dan pikiran seseorang terhadap situasi yang menantang

4. *Panic Disorder*

Panic disorder adalah suatu gangguan kecemasan yang menimbulkan serangan panik secara tiba-tiba

5. *Obsessive-Compulsive Disorder* (OCD)

OCD adalah suatu gangguan yang ditandai dengan pikiran berulang-ulang dan tindakan yang tidak terkontrol.

(Kusumawati, Dewi and Widyawati, 2020)

6.2.4 Penyebab Gangguan Kesehatan Mental pada Ibu Hamil

Faktor penyebab gangguan kesehatan mental pada ibu hamil dapat dipengaruhi oleh:

1. Dukungan sosial

Kurangnya dukungan sosial terutama pasangan dan keluarga merupakan salah satu penyebab gangguan mental pada ibu

- hamil, karena hal ini menyebabkan ibu hamil merasa kurang berarti dan merasa tidak mampu untuk menghadapi kehamilan.
2. Status ekonomi
Status ekonomi yang rendah merupakan salah satu pemicu terjadinya stres pada ibu hamil. Hal ini juga dikaitkan dengan status ibu rumah tangga atau wanita yang tidak bekerja.
 3. Pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki ibu
Pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki ibu terkait kehamilan, persalinan dan cara perawatan bayi merupakan penyebab kecemasan yang dialami ibu hamil. Ibu hamil pertama lebih sering cemas, stres, ketakutan hingga depresi pada masa kehamilan.
(Sunarmi, 2023)

6.2.5 Dampak Gangguan Kesehatan Mental pada Ibu Hamil

Gangguan kesehatan mental pada ibu hamil berdampak serius pada kesehatan ibu maupun janin yang dikandungnya. Dampak bagi ibu dan janin adalah sebagai berikut:

1. Bagi Ibu
Dampak gangguan kesehatan mental pada kehamilan bagi ibu adalah terjadinya komplikasi pada kehamilan seperti hipertensi pada kehamilan, preeklamsi. Menurunnya kualitas hidup karena menurunnya produktivitas dan hubungan sosial. Ibu hamil yang mengalami gangguan kesehatan mental pada masa kehamilan beresiko tinggi untuk mengalami gangguan mental pasca persalinan atau bahkan mengalami perilaku bunuh diri.
2. Bagi Janin
Selain berdampak pada ibu, gangguan kesehatan mental pada kehamilan juga berdampak pada janin. Janin beresiko mengalami kelahiran prematur, berat badan lahir rendah (BBLR) dan gangguan perkembangan. (Kusumawati, Dewi and Widyawati, 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Kusumawati, Y., Dewi, F.S.T. and Widyawati (2020) *Panduan Kesehatan Mental Ibu Hamil*. Yogyakarta: GadjahMada University Press.
- Luo, X., Chen, B. and Shen, Q. (2023) 'Psychological distress in subsequent pregnancy among women with a history of pregnancy loss: A latent profile analysis', *Midwifery*, 127(October), p. 103845. doi:10.1016/j.midw.2023.103845.
- Nahar, M. (2018) *Hubungan Spiritual Support dengan Kecemasan dan Adaptasi Spiritual Ibu Hamil*. Surabaya.
- Nurseha (2024) *Buku Ajar Psikologi Kehamilan Persalinan dan Nifas*.
- Peng, Z. et al. (2024) 'Psychological interventions to pregnancy-related complications in patients with post-traumatic stress disorder: a scoping review', *BMC Psychiatry*, 24(1). doi:10.1186/s12888-024-05926-6.
- Prawirohardjo, S. (2020) *Ilmu Kebidanan*. 4th edn. Edited by A.B. Saifudin. Jakarta.
- Rahmawati, A., Kurnia, Z.W. and Wulandari, R.C.L. (2024) 'Upaya Mempersiapkan Kesehatan Mental Ibu Hamil: Literature Review', *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 7(3), pp. 492–497. doi:10.56338/mparki.v7i3.4656.
- Sunarmi, A. (2023) 'Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Pada Ibu Hamil: Scoping Review', *Detector: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(3), pp. 32–38. Available at: <https://ejurnal.politeknikpratama.ac.id/index.php/Detector/article/view/2065>.
- Yuliani, D.R., Musdalifah, U. and Suparmi (2017) *Aplikasi Asuhan Kehamilan Ter-Update*. Jakarta: CV Tans Info Media.

BAB 7

TANDA BAHAYA DAN KOMPLIKASI DALAM KEHAMILAN NORMAL

Oleh Herliana

7.1 Pendahuluan

Kehamilan dan persalinan merupakan proses fisiologis yang umumnya berlangsung normal, namun tetap memiliki potensi risiko yang dapat membahayakan ibu dan janin. Di negara berkembang, komplikasi kehamilan seperti perdarahan, hipertensi, distosia, infeksi, dan gangguan pascapersalinan masih menjadi penyebab utama tingginya angka kematian ibu dan bayi. Menurut World Health Organization (2017), sebagian besar kematian ibu sebenarnya dapat dicegah melalui deteksi dini dan penanganan yang tepat. Oleh karena itu, WHO merekomendasikan pendekatan terintegrasi dalam manajemen kehamilan, termasuk pelatihan tenaga kesehatan, penyediaan fasilitas yang memadai, serta penguatan sistem informasi kesehatan.

Tanda-tanda bahaya kehamilan merupakan indikator penting yang harus dikenali sejak dini guna mencegah terjadinya komplikasi yang dapat membahayakan ibu maupun janin. Namun, rendahnya tingkat literasi kesehatan ibu hamil menjadi hambatan besar dalam upaya deteksi dini dan penanganan yang tepat (Widyantari et al., 2024).

Sejak ditetapkannya Tujuan Pembangunan Milenium (Millennium Development Goals/MDGs) pada tahun 2000, upaya global telah difokuskan untuk menurunkan angka kematian ibu melalui peningkatan akses terhadap layanan kesehatan maternal, termasuk pelayanan antenatal, persalinan dengan tenaga kesehatan terlatih, serta pelayanan pascapersalinan. MDG 5 menargetkan penurunan rasio kematian ibu (maternal mortality ratio/MMR) sebesar 75% antara tahun 1990 hingga 2015. Meskipun terjadi penurunan yang signifikan secara global, target tersebut tidak

se penuhnya tercapai, dan masih terdapat kesenjangan antar wilayah dan negara dalam pencapaian tersebut.

Sebagai kelanjutan dari komitmen global terhadap peningkatan kesehatan ibu, Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs) yang mulai berlaku sejak tahun 2016 menekankan pentingnya mengakhiri kematian ibu yang dapat dicegah. Target 3.1 dari SDG secara spesifik menetapkan bahwa MMR global harus diturunkan menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Strategi ini diperkuat dengan inisiatif Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM), yang menyarankan bahwa tidak ada negara yang memiliki MMR melebihi dua kali lipat target global (yaitu >140 per 100.000 kelahiran hidup).

Laporan "Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017" yang disusun oleh Kelompok Antar-Lembaga PBB (WHO, UNICEF, UNFPA, Bank Dunia, dan Divisi Populasi PBB) menunjukkan bahwa meskipun angka kematian ibu secara global telah menurun sekitar 38% antara tahun 2000 hingga 2017, laju penurunan ini belum cukup untuk mencapai target 2030. Pada tahun 2017, tercatat sekitar 295.000 kematian ibu secara global, sebagian besar terjadi di wilayah Afrika Sub-Sahara dan Asia Selatan. Angka ini merepresentasikan risiko yang tidak seimbang antar negara, di mana negara-negara dengan sistem kesehatan yang lemah cenderung memiliki MMR yang sangat tinggi. (World Health Organization, 2019)

7.2 Tanda Bahaya Dalam Kehamilan

Secara Klinis tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi dua kategori besar (Wenas *et al.*, 2014), yaitu sebagai berikut :

Tanda kehamilan pasti (*Positive Signs*)

1. Ibu merasakan gerakan janin di dalam uterus.

Gerakan janin yang dirasakan oleh ibu umumnya mulai terjadi pada trimester kedua dan menjadi lebih jelas pada kehamilan lanjut.

2. Janin dapat diraba melalui dinding abdomen.

Mulai usia kehamilan sekitar 6–7 bulan, bagian-bagian janin seperti kepala, leher, punggung, dan ekstremitas dapat

dikenali melalui palpasi abdomen oleh tenaga kesehatan terlatih, seperti bidan atau dokter.

3. Denyut jantung janin terdengar.

Detak jantung janin dapat dideteksi dengan menggunakan alat seperti fetoskop pada usia kehamilan sekitar bulan ke-5 sampai ke-6. Deteksi ini merupakan salah satu indikator pasti adanya kehidupan janin.

4. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan hasil positif kehamilan.

Diagnosis kehamilan dapat ditegakkan melalui pemeriksaan biologis atau imunologis terhadap sampel urine atau darah ibu, baik menggunakan alat tes kehamilan mandiri maupun pemeriksaan di laboratorium medis. (Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, 2014)

Tanda Kehamilan Tidak Pasti (*Probable Signs*)

1. Amenore

Amenore yaitu tidak terjadinya menstruasi pada wanita usia subur yang sebelumnya memiliki siklus haid teratur. Kondisi ini sering menjadi indikator awal kemungkinan terjadinya kehamilan.

2. Mual dan muntah (*morning sickness*)

Biasanya terjadi pada pagi hari dan dapat diperparah oleh konsumsi makanan dengan aroma menyengat.

3. Mastodinia

Mastodinia yaitu nyeri dan rasa tegang pada payudara sebagai akibat dari pembesaran dan peningkatan sensitivitas kelenjar payudara.

4. Timbulnya bercak darah dan nyeri perut ringan

Umumnya disebabkan oleh proses implantasi embrio ke dalam endometrium uterus.

5. Kelelahan dan rasa mengantuk berlebihan

Terjadi akibat perubahan metabolisme dan peningkatan kadar hormon progesteron selama awal kehamilan.

6. Sakit kepala

Timbul sebagai dampak dari kelelahan fisik, mual, ketegangan, atau perubahan emosional akibat fluktuasi hormonal.

7. Frekuensi berkemih meningkat (pollakisuria)

Termasuk sering buang air kecil pada malam hari, yang disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar terhadap kandung kemih serta perubahan posisi uterus ke arah kranial.

8. Ptyalisme (sering meludah)

Merupakan peningkatan produksi air liur akibat perubahan hormonal, khususnya kadar estrogen.

9. Peningkatan suhu basal tubuh

Peningkatan suhu basal tubuh disebabkan oleh pengaruh hormon progesteron yang mempertahankan suhu tubuh lebih tinggi dari biasanya setelah ovulasi.

10. Ngidam

Muncul sebagai respons terhadap perubahan hormonal dan psikologis yang terjadi selama masa awal kehamilan.

11. Pembesaran abdomen

Pembesaran abdomen, biasanya mulai tampak setelah usia kehamilan 3 sampai 4 bulan, sebagai akibat dari pertumbuhan uterus dan perkembangan janin. (Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, 2014)

7.2.1 Pengertian Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda peringatan selama kehamilan adalah hal yang perlu diperhatikan karena ada potensi risiko yang bisa muncul selama periode kehamilan. Jika tidak dikenali, hal ini dapat berakibat fatal bagi ibu sehingga dapat menyebabkan kematian ibu. (Rosa, 2022)

Ketidaktahuan ini menjadi penyebab lambatnya ibu untuk mendapatkan pertolongan medis jika mengalami komplikasi, sehingga meningkatkan kemungkinan ibu dan janin yang dikandungnya mengalami hal yang tidak diinginkan (Anitasari et al., 2023)

Tanda Bahaya Trimester I (0-12 minggu)

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam yang terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 22 minggu termasuk ke dalam kategori komplikasi pada trimester pertama dan awal trimester kedua. Fenomena ini dapat mengindikasikan gangguan kehamilan yang serius, termasuk abortus (spontan atau imminen), kelainan trofoblastik seperti mola hidatidosa, maupun kehamilan ektopik. Studi menunjukkan bahwa sekitar 15–40 % kehamilan mengalami perdarahan dini, dengan risiko abortus mencapai 10–20 %, dan kehamilan ektopik serta mola hidatidosa masing-masing pada kisaran 1–2 % dan ~0,1–1 %, tergantung populasi. Oleh karena itu, perdarahan pervaginam dini wajib dievaluasi melalui anamnesis, pemeriksaan fisik (termasuk inspeksi serviks). (Carolin, 2023).

2. Abortus

Abortus merupakan hasil konsepsi yang keluar terjadi saat usia kehamilan kurang dari 20 minggu serta berat janin kurang dari 500 gram. Secara umum ada lebih dari satu penyebab antara lain: faktor genetik, autoimun, kelainan anatomi/ kelainan kongenital uterus, infeksi, hematologik, defek fase luteal, serta lingkungan hormonal (Fatimah & Nuryaningsih, 2018). Abortus didefinisikan sebagai pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus sebelum kehamilan mencapai usia 20 minggu atau ketika berat janin kurang dari 500 gram (Cunningham et al., 2022). Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi, di antaranya kelainan genetik atau kromosom, gangguan autoimun, kelainan kongenital atau anatomi uterus, infeksi, gangguan hematologis, defisiensi fase luteal, serta ketidakseimbangan hormonal dan faktor lingkungan (Henry L. Galan, 2022)

a. Abortus Imminens

Kondisi dimana terjadinya perdarahan dari jalan lahir sebelum kehamilan mencapai usia 20 minggu, tanpa disertai rasa nyeri. Ukuran rahim sesuai dengan

usia kehamilan, leher rahim masih dalam keadaan tertutup, dan hasil tes kehamilan urin menunjukkan hasil positif, dengan kondisi janin yang masih baik. Pasien dianjurkan untuk beristirahat total hingga perdarahan berhenti, serta disarankan untuk menunda aktivitas seksual selama kurang lebih dua minggu. Untuk pemeriksaan lebih lanjut dan penanganan medis yang tepat, pasien sebaiknya dirujuk ke dokter spesialis kebidanan dan kandungan.(Putri & Asruria Sani Fajriah, 2020)

b. Abortus Insiptient

Abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam karum uteri dan daiam proses pengeluaran. Penderita akan merasa mulas karena kontraksi yang sering,dan kuat, perdarahannya bertambah sesuai dengan pembukaan serviks uterus dan umur kehamilan. Besar uterus masih sesuai dengan umur kehamilan dengan tes urin kehamilan masih positif(Abdul Basri Saifuddin, 2018)

c. Abortus inkompletus

Batasan ini juga masih terpancang pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Sebagian jaringan hasil konsepsi masih tertinggal di dalam uterus di mana pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan teraba jaringan dalam kamm uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternum. Perdarahan biasanya masih terjadi jumlahnya pun bisa banyak atau sedikit bergantung pada jaringan yang tersisa.(Putri & Asruria Sani Fajriah, 2020)

d. Abortus komplet

Semua hasil konsepsi telah dikeluarkan, osteum uteri telah menutup, uterus sudah mengecil sehingga perdarahan sedikit. Besar uterus tidak sesuai dengan umur kehamilan.(Putri & Asruria Sani Fajriah, 2020)

e. Missed abortion

Penderita missed abortion biasanya tidak merasakan keluhan apa pun kecuali merasakan pertumbuhan kehamilannya tidak seperti yang diharapkan. Bila kehamilan di atas 14 minggu sampai 20 minggu penderita justru merasakan rahimnya semakin mengecil. (Saifuddin, 2009)

f. Abortus habitualis

Abortus habitualis ialah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih berturut-rurut. Penderita abonus habitualis pada umumnya tidak sulit untuk menjadi hamil kembali, tetapi kehamilannya berakhir dengan keguguran/abortus secara berturut-turut. Bishop melaporkan kejadian abortus habitualis sekitar 0,41% dari seluruh kehamilan (Rosa, 2022)

g. Kehamilan ektopik terganggu (KET)

Kehamilan ektopik ialah suatu kehamiian yang pertumbuhan sel telur yang telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kawm uteri. Lebih dart 95 % kehamilan ektopik berada di saluran telur (tuba Fallopii). (Meidya & Fatimah, 2019)

h. Sakit kepala hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius dalam kehamilan adalah sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Terkadang sakit kepala yang hebat menyebabkan penglihatan kabur. Hal ini merupakan gejala dari preeklamsia dan jika tidak diatasi akan menyebabkan kejang, stroke, dan koagulopati (Anggeni, 2022).

i. Penglihatan kabur

Penglihatan kabur atau terbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat (Rosa, 2022).

j. Nyeri perut

Nyeri perut pada kehamilan 22 minggu atau kurang. Hal ini mungkin gejala utama pada kehamilan ektopik atau abortus (Anggeni, 2022).

k. Pengeluaran lendir vagina

Beberapa keputihan adalah normal. Namun dalam beberapa kasus, keputihan diduga akibat tanda-tanda infeksi atau penyakit menular seksual. (Anggeni, 2022).

Trimester II (13-27 minggu)

1. Gerakan bayi berkurang

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah (Wenas et al., 2014).

2. Perdarahan hebat

Perdarahan selama kehamilan merupakan salah satu tanda bahaya yang harus segera dikenali dan ditangani secara tepat. Khususnya pada trimester kedua (usia kehamilan 13–27 minggu), perdarahan hebat atau masif dapat menjadi indikator adanya komplikasi serius yang mengancam keselamatan ibu dan janin. Meskipun perdarahan trimester pertama lebih umum terjadi, perdarahan pada trimester kedua tidak boleh dianggap remeh karena sering kali berkaitan dengan kondisi patologis yang lebih kompleks. (Anggeni, 2022)

3. Bengkak pada wajah, kaki dan tangan

Bengkak atau oedema adalah penimbunan cairan yang berlebihan dalam jaringan tubuh. Ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang akan hilang setelah istirahat. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah istirahat dan diikuti dengan

keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemi, gagal jantung atau per- eklampsia (Palupi et al., 2012).

Trimester III (28-40 minggu)

1. Pengeluaran cairan pervaginam

Air ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi (Wenas et al., 2014).

2. Kejang

Menurut SDKI (2013) penyebab kematian ibu karena eklampsia (24%). Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah (Kemenkes RI, 2013). Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia (Abdul Basri Saifuddin, 2018)

7.3 Komplikasi Dalam Kehamilan Normal

7.3.1 Pendahuluan

Kehamilan, meskipun merupakan proses fisiologis yang alami, dapat mengalami berbagai komplikasi bahkan pada wanita tanpa riwayat penyakit sebelumnya. Dalam ilmu kebidanan modern, kehamilan dianggap sebagai "stress test" biologis terhadap tubuh perempuan, karena dapat memunculkan kondisi patologis yang sebelumnya laten atau subklinis. Komplikasi kehamilan seperti hipertensi gestasional, preeklampsia, diabetes gestasional, solusio plasenta, dan persalinan prematur bukan hanya berkorelasi dengan peningkatan morbiditas maternal dan neonatal pada masa kehamilan, tetapi juga menjadi prediktor kuat terhadap penyakit tidak menular (PTM) di kemudian hari. Hal ini mencerminkan bahwa kehamilan memberikan gambaran awal tentang kesehatan kardiometabolik seorang perempuan dalam jangka panjang. Oleh

karena itu, identifikasi dan penatalaksanaan komplikasi kehamilan harus disertai perencanaan tindak lanjut jangka panjang demi memelihara kualitas hidup perempuan secara menyeluruh. (McNestry et al., 2023)

7.3.2 Tanda Komplikasi Kehamilan

1. Hipertensi Gestasional

Hipertensi gestasional merupakan kondisi tekanan darah meningkat ($\geq 140/90$ mmHg) yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu tanpa disertai proteinuria atau tanda disfungsi organ lain. Meski sering dianggap ringan, bukti epidemiologis menunjukkan bahwa hipertensi gestasional berdampak signifikan terhadap kesehatan jangka panjang ibu. Dalam tinjauan sistematis terhadap lebih dari tiga juta wanita, hipertensi gestasional dikaitkan dengan peningkatan risiko penyakit jantung koroner, stroke, dan gangguan serebrovaskular dengan odds ratio mencapai 1,67 (CI 95%: 1,28–2,19). Hipertensi ini dapat mencerminkan kerentanan vaskular laten atau respons maladaptif terhadap peningkatan beban hemodinamik kehamilan. Dalam praktik kebidanan, penting untuk memberikan edukasi dan perencanaan follow-up kardiovaskular bagi ibu dengan riwayat hipertensi gestasional (Helen Varney, Jan M. Kriebs, 2004)

2. Preeklamsia

Preeklamsia merupakan sindrom multisistemik yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu, ditandai oleh hipertensi disertai proteinuria atau disfungsi organ seperti ginjal, hati, atau sistem koagulasi. Patofisiologi preeklamsia melibatkan disfungsi endotel yang disebabkan oleh gangguan implantasi trofoblas dan ketidakseimbangan faktor angiogenik. Dampak sistemik preeklamsia tidak berhenti setelah persalinan; berbagai meta-analisis menyatakan bahwa wanita dengan riwayat preeklamsia memiliki risiko dua kali lipat mengalami penyakit jantung iskemik, gagal jantung, dan stroke dalam 10 tahun pertama pascapersalinan. Bahkan, risiko mengalami demensia vaskular dan penyakit ginjal kronis juga meningkat signifikan. Hal ini

menekankan pentingnya skrining kardiometabolik secara berkala pada wanita dengan riwayat preeklamsia, serta perlunya kolaborasi antara bidan, dokter umum, dan spesialis untuk intervensi preventif jangka Panjang (Helen Varney, Jan M. Kriebs, 2004)

3. Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional (GDM) merupakan intoleransi glukosa yang pertama kali dikenali saat kehamilan dan biasanya terjadi pada trimester kedua hingga ketiga. Kondisi ini merefleksikan disfungsi sel beta pankreas terhadap resistensi insulin yang meningkat selama kehamilan. Lebih dari sekadar risiko obstetrik seperti makrosomia dan distosia bahu, GDM memiliki implikasi besar terhadap risiko penyakit kronik. Meta-analisis menunjukkan bahwa wanita dengan riwayat GDM memiliki risiko hampir 10 kali lipat untuk mengembangkan diabetes tipe 2 dan hampir dua kali lipat mengalami kejadian kardiovaskular dalam dekade pertama setelah persalinan. Selain itu, GDM juga berkorelasi dengan peningkatan risiko kanker tiroid dan lambung, serta gangguan kesehatan mental pascapartum. Edukasi dan intervensi berbasis gaya hidup menjadi pilar penting untuk mengurangi progresi GDM menjadi penyakit kronis (McNestry et al., 2023)

4. Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah kondisi darurat obstetrik yang ditandai dengan pelepasan prematur plasenta dari dinding uterus, seringkali disertai perdarahan intrapartum dan gawat janin. Selain risiko akut seperti perdarahan masif dan kematian janin, dampak jangka panjangnya terhadap kesehatan maternal sangat signifikan. Studi meta-analisis menunjukkan bahwa solusio plasenta meningkatkan risiko penyakit jantung iskemik, gagal jantung kongestif, dan stroke dengan hazard ratio berkisar 1,4–2,2. Mekanisme yang mendasarinya melibatkan gangguan vaskular sistemik dan inflamasi kronis yang terjadi selama proses kehamilan. Bidan harus waspada terhadap kondisi ini dan memastikan tindak lanjut jangka panjang dilakukan,

terutama untuk deteksi dini gangguan vascular (Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, 2014)

5. Persalinan Prematur

Persalinan prematur adalah kelahiran sebelum usia kehamilan 37 minggu dan merupakan penyebab utama morbiditas neonatal. Namun, dari perspektif kesehatan maternal, persalinan prematur – baik spontan maupun iatrogenik – berkaitan dengan peningkatan risiko penyakit kardiovaskular di kemudian hari. Risiko stroke dan penyakit jantung koroner meningkat sebesar 1,5 kali lipat. Beberapa teori menyebutkan bahwa prematuritas mungkin merupakan refleksi dari inflamasi sistemik atau insufisiensi plasenta, yang juga mendasari gangguan metabolik jangka panjang. Oleh karena itu, persalinan prematur harus dianggap sebagai indikator penting untuk menyusun rencana pemantauan kesehatan jangka panjang ibu pascapartum (Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, 2014)

7.4 Penutup

Kehamilan adalah proses alamiah yang luar biasa, namun tidak selalu bebas dari risiko. Dalam setiap kehamilan yang tampak normal, tersembunyi potensi komplikasi yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin apabila tidak dikenali secara dini. Karena itu, pemahaman terhadap tanda bahaya dan komplikasi dalam kehamilan normal menjadi kunci dalam memberikan asuhan yang aman, holistik, dan berkesinambungan.

Melalui buku ini, disajikan berbagai bentuk komplikasi yang dapat muncul, beserta implikasinya terhadap kesehatan jangka pendek dan jangka panjang. Diharapkan isi buku ini tidak hanya memperluas wawasan, tetapi juga menguatkan kepekaan klinis dan tanggung jawab dalam setiap pelayanan kebidanan.

Meningkatkan keselamatan ibu dan bayi dimulai dari perhatian terhadap hal-hal yang sering kali dianggap biasa. Karena dalam kebidanan, mengenali lebih awal berarti menyelamatkan lebih banyak.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Basri Saifuddin. (2018). *Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo., 2018.
- Anggeni, U. (2022). Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan. *Community Development Journal: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(3), 1836–1838. <https://doi.org/10.31004/cdj.v3i3.8789>
- Anitasari, B., Darwin, D., Studi Profesi Ners, P., Kesehatan, F., Kesehatan dan Bisnis Kurnia Jaya Persada, I., Studi Sarjana Kebidanan, P., & Studi, P. D. (2023). Edukasi Tanda Bahaya Dalam Masa Kehamilan. *Community Development Journal*, 4(2), 4539–4544.
- Carolyn, R. D. A. / N. D. S. / R. C. / Y. D. S. V. / S. I. P. S. / Y. / N. / M. R. / E. S. / Y. A. / H. K. / B. T. (n.d.). *asuhan-kebidanan-kehamilan @ www.myedisi.com*.
https://www.myedisi.com/medsan/624125/asuhan-kebidanan-kehamilan?utm_source=chatgpt.com
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L. (2014). Williams Obstetrics. In *Sustainability (Switzerland)* (Vol. 11, Issue 1).
- Fatimah, & Nuryaningsih. (2018). *Buku Ajar Buku Ajar Asuhan kebidanan pada krhamilan*.
- Helen Varney, Jan M. Kriebs, C. L. G. (2004). *Varney's Midwifery* (Fourth Edit). Jones and Bartlett Publisher.
- Henry L. Galan, T. H. (n.d.). *Emergencies in Obstetrics and Gynecology, An Issue of Obstetrics*.
- Kemenkes RI. (2013). *Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2012*.
- McNestry, C., Killeen, S. L., Crowley, R. K., & McAuliffe, F. M. (2023). Pregnancy complications and later life women's health. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 102(5), 523–531. <https://doi.org/10.1111/aogs.14523>
- Meidya, P. A., & Fatimah. (2019). *Pathologi Kehamilan.pdf*. [http://elibrary.almaata.ac.id/2256/1/Buku Pathologi Kehamilan.pdf](http://elibrary.almaata.ac.id/2256/1/Buku_Pathologi_Kehamilan.pdf)
- Putri, S. I., & Asruria Sani Fajriah. (2020). *BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PATOLOGI* (Nisa Falahia (ed.); 1st ed., Vol. 1, Issue 1). [https://doi.org/10.1016/0014-5793\(85\)80729-8](https://doi.org/10.1016/0014-5793(85)80729-8)

- Rosa, R. fitra. (2022). Tanda Bahaya Pada Masa Kehamilan. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 1–8.
- Saifuddin, A. B. (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal* (G. hanifa W. George Adriaansz (ed.); Edisi 1 Ce). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wenas, R. A., Lontaan, A., Berthina, & H.Korah. (n.d.). *Pengaruh Promosi Kesehatan Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Terhadap Pengetahuan Ibu Hamil Di Puskesmas Amurang Kabupaten Minahasa Selatan*. <https://ejurnal.poltekkes-manado.ac.id/index.php/jidan/article/view/304>
- Widyantari, K. Y., Hidayati, R. D., Kebidanan, S. S., Bhakti, S. P., Bidan, S. P., & Bhakti, S. P. (2024). Upaya Preventif Komplikasi Kehamilan dan Persalinan Melalui Edukasi Kesehatan tentang Tanda-tanda Bahaya pada Ibu Hamil. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Jajama*, 3(1), 24–33.
- World Health Organization. (2019). Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019. In *WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*.

BAB 8

TEKNIK DAN KETERAMPILAN PEMERIKSAAN FISIK

Oleh Ni Made Nurtini

8.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan periode yang sangat unik dan banyak terjadi perubahan-perubahan selama priodenya. Perubahan yang terjadi bisa perubahan fisik maupun perubahan psikologis. Perubahan fisiologis terjadi dalam tahap perkembangan kehamilan untuk mendukung perkembangan janin.

Pemeriksaan fisik ibu hamil tidak hanya penilaian terhadap kesehatan ibu saja namun juga penting untuk memantu kesejahteraan janin. Pemeriksaan fisik dilakukan secara komprehensif sehingga selain tujuan diatas juga bisa mendeteksi dini komplikasi yang terjadi selama kehamilan.

Pada bab ini secara khusus akan membahas tentang pemeriksaan fisik yang relevan dan esensial bagi ibu hamil. Pentingnya pemeriksaan fisik perlu dipahami oleh ibu sehingga dilakukan secara sistematis yaitu diawali dengan anamnesa, kemudian petugas akan menjelaskan tentang tindakan yang akan dilakukan kepada ibu dan keluarga, serta memberikan kesempatan pada ibu dan keluarga untuk bertanya tentang hal-hal yang ingin diketahui ataupun kurang dipahami.

8.2 Pemeriksaan Fisik Pada Ibu hamil dari kepala sampai dengan ujung kaki

8.2.1 Kepala

1. Keadaan rambut : warna rambut, mudah rontok
2. HieGINE kepala : kulit kepala kotor atau tidak, berbau, ada lesi seperti vesikular, pustule, crusta karena vaircella dermatits dan jamur

8.2.2 Wajah

Pada wajah diinspeksi adanya oedema atau tidak, adanya hiperpigmentasi atau tidak yang biasa disebut cloasma gravidarum

8.2.3 Hidung

Pada pemeriksaan bagian hidung di inspeksi apakah simetris, bersih atau tidak, ada sekret atau tidak, ada nafas cuping hidung atau tidak, ada polip atau tidak.

8.2.4 Mata :

1. Pada Sklera : ikterus atau tidak
2. Pada bagian konjungtiva : anemia atau tidak, teknik yang digunakan dengan 2 jari menarik palpebrae, sedangkan ibu diminta melihat ke arah atas.

8.2.5 Mulut dan gigi

Pada pemeriksaan bagian mulut dan gigi, yang perlu diperhatikan simetris atau tidak, mukosa bibir kering atau lembab, warna pucat atau tidak, kebersihan lidah, ada atau tidak caries gigi, ada atau tidak pembengkakan gusi atau gusi berdarah.

8.2.6 Telinga

Pada pemeriksaan telinga diinspeksi untuk mengetahui simetris atau tidaknya, canalis bersih atau tidak, pengeluaran cairan berserumen atau bernanah. Pada membran tympani utuh dan posisi baik ditandai dengan adanya pantulan reflex politzer pada penyinaran lampu senter.

8.2.7 Leher

Lakukan palpasi

1. Kelenjar thyroid, melakukan inspeksi pada bentuk dan besarnya
Melakukan palpasi pada leher dengan menggunakan satu tangan dari samping atau menggunakan dua tangan dari arah belakang sedangkan jari-jari meraba permukaan pada bagian kelenjar dan ibu diminta untuk menelan. Pada keadaan

normal tidak ada perbedaan antara kelenjar dengan jaringan sekitarnya.

2. Kelenjar gerah bening

Pada pemeriksaan kelenjar getah bening yang perlu diperhatikan adalah ada atau tidaknya pembesaran getah bening dengan melakukan palpasi pada daerah belakang telinga ke bawah dengan menggunakan jari telunjuk dan jari tengah.

8.2.8 Dada

Pada bagian dada yang perlu diperhatikan diantaranya apakah terlihat simetris, terlihat dan teraba massa abnormal, tidak terdapat nyeri tekan pada daerah dada, mendengarkan dengan menggunakan stetoskop, tekniknya caranya ibu diminta bernafas cukup dalam mulut terbuka dan letakkan stetoskop secara sistematis dari atas kebawah dengan membandingkan kiri dan kanan. Normalnya suara napas vesicular.

8.2.9 Payudara

1. Inspeksi dan palpasi payudara : kebersihan, hiperpigmentasi areola, bentuk, simetris atau tidak, ada tidak benjolan, bentuk puting (masuk, datar, menonjol)
2. Inspeksi dan palpasi pada daerah ketiak : terdapat benjolan atau pembesaran pada kelenjar getah bening
3. Selanjutnya ibu diminta berbaring dengan posisi tangan kiri di atas kepala, kemudian lakukan palpasi payudara kiri secara sistematis sampau di ketiak (axilla), kemudian di perhatikan apakah ada massa, benjolan yang membesar atau retraksi atau dimpling. Lakukan hal yang sama pada payudara kanan.
4. Perhatikan pada bagian areola dan pappila untuk melihat kondisi dari bagian tersebut diantaranya kering, pecah, pendek, rata.
5. Apakah ada bagian yang nyeri saat ditekan, lakukan palpasi daerah areola untuk melihat apakah sudah ada pengeluaran kolostrum dianjurkan dilakukan jika usia kehamilan sudah aterm(>36 minggu).

8.2.10 Abdomen

1. Inspeksi
- Ada pembesaran abdomen, tidak ada bekas luka operasi, tidak ada lesi, perhatikan linea nigra dan striae abrican
2. Palpasi
- Melakukan palpasi leopold
- Palpasi Uterus leopold kehamilan ≥ 28 minggu, bila usia kehamilan < 28 minggu lakukan palpasi untuk meraba balotement saja) dan Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ) (Superville and Siccardi, 2020)
- Pengukuran TFU menurut Mc. Donald dilakukan bila usia kehamilan ≥ 12 minggu (Widia Lestari, S.Kep. *et al.*, 2023)

Tabel 8.1. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU) Dengan jari	Tinggi Fundus Uteri (TFU) cm
12 minggu	3 jari atas siymphisis	-
16 minggu	Pertengahan simfisis pusat	-
20 minggu	3 jari dibawah pusat	20 cm
24 minggu	sepusat	24 cm
28 minggu	3 jari diatas pusat	28 cm
32 minggu	Pertengahan pusat px	32 cm
36 minggu	3 jari dibawah px	36 cm
40 minggu	Pertengahan pusat px	

Sumber: (Daniati *et al.*, 2023)

Hasil pengukuran masih bisa ditoleransi jika berbeda 1-2 cm dari ketentuan di atas. Jika deviasi lebih kecil 2 cm, maka kemungkinan terjadi gangguan pertumbuhan janin. Jika deviasi lebih besar dari 2 cm, maka kemungkinan terjadi kehamilan kembar, polihidramnion atau janin besar. Berdasarkan hasil pengukuran TFU dapat dihitung Tafsiran

Berat Badan Janin (TBJ) dengan rumus menurut Johnson dan Tausack :

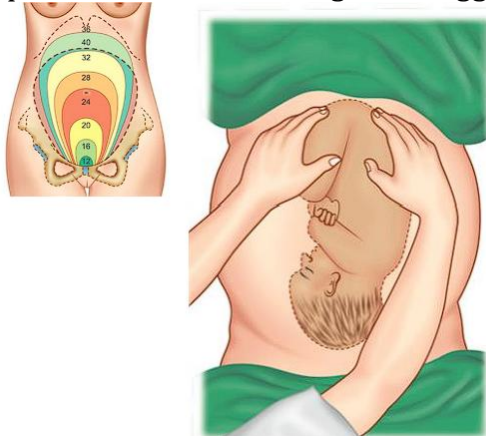
$$\text{TBJ (gram)} = 155 \times (\text{TFU-K})$$

Keterangan :

TFU : dalam satuan cm, dihitung dengan pita ukur

K : 12 jika kepala belum masuk PAP, 11 jika kepala sudah masuk PAP

- a. Leopold I : bertujuan untuk menentukan bagian janin yang terdapat di fundus serta mengukur tinggi fundus



Gambar 8.1. Pemeriksaan Leopold I
Sumber: (Konar, 2015)

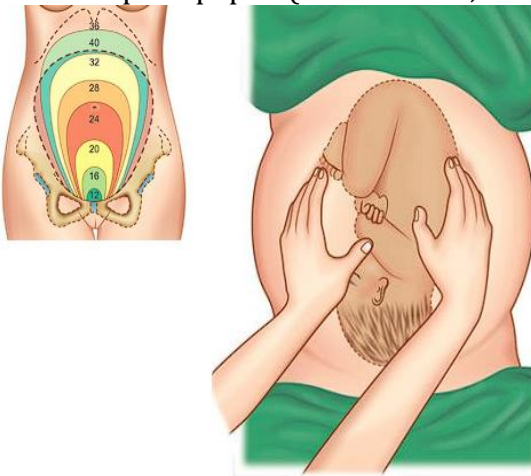
Teknis:

- 1) Anjurkan ibu agar berbaring dengan santai, kedua kaki ditekuk, selimut dikebawahkan sampai kira-kira berada di atas symphysis. Pemeriksa menghadap ke arah majah ibu, uterus di tengahkan terlebih dahulu, lalu raba bagian tubuh janin yang berada di bawah fundus uteri dengan menggunakan tangan kanan dan kiri.
- 2) Masih dalam posisi yang sama ambil pita pengukur lalu raba daerah symphysis, letakkan pita pengukur pada pinggir atas symphysis kemudian bentangkan

mengikuti pembesaran perut ibu ke arah fundus uteri. Pita ukur hendaknya dipasang terbalik (angka dalam cm menghadap ke perut ibu) dan membaca angka pada pita pengukur. Dengan tujuan agar hasil pemeriksaan lebih akurat (Wahyu Nuraisya, 2022).

- b. Leopold II : bertujuan mengidentifikasi bagian apa yang terdapat di perut ibu pada samping kanan dan pada samping kirinya. Memeriksa pada bagian kanan, dilakukan dengan meletakkan tangan kiri di perut ibu bagian kanan untuk memfiksasi dan tangan kanan meraba bagian janin. Untuk memeriksa bagian kiri, meletakkan tangan kanan di perut ibu bagian kiri untuk memfiksasi dan tangan kiri meraba bagian janin.

Ciri-ciri punggung janin adalah teraba bagian yang terasa seperti tahanan yang lurus, keras dan memanjang serta datar seperti papan (Nurtini *et al.*, 2022)



Gambar 8.2. Pemeriksaan Leopold II

Sumber: (Konar, 2015)

- c. Leopold III : bertujuan untuk mengidentifikasi bagian apa yang ada pada bagian terbawah janin dan bagian terbawah tersebut sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP) atau belum. Teknik yang digunakan : dengan menggunakan satu tangan pemeriksa diletakkan diatas bagian atas fundus uteri dan satu tangan lagi di pinggir

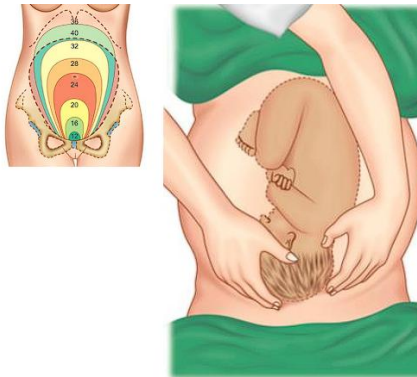
atas symphysis dengan ibu jari pada bagian kanan dan empat jari lainnya disebelah kiri kemudian di raba dan dilanjutkan dengan menggoyangkan bagian apa yang ada di bagian bawah. Apabila pada bagian terbawah dapat digoyangkan artinya bagian bawah belum masuk PAP sedangkan apabila sudah tidak dapat digoyangkan artinya bagian terbawah janin sudah masuk PAP.



Gambar 8.3. Pemeriksaan Leopold III

Sumber: (Konar, 2015)

- d. Leopold IV : bertujuan untuk mengidentifikasi sampai seberapa dari bagian terbawah janin masuk PAP. Teknik yang digunakan : kaki ibu diposisikan dalam kondisi lurus, sedangkan untuk posisi pemeriksa menghadap ke arah kaki pasien (hanya dilakukan jika pada leopold III didapatkan hasil bagian terbawah janin sudah masuk PAP)

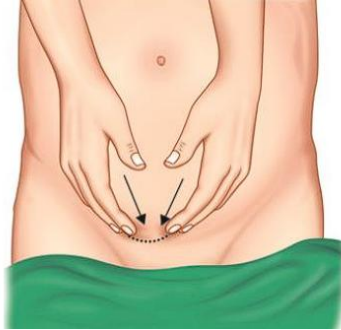


Gambar 8.4. Pemeriksaan Leopold IV

Sumber: (Konar, 2015)

Pada leopold IV perhatikan sudut yang dibentuk oleh jari-jari kiri dan kanan (konvergen atau divergen)

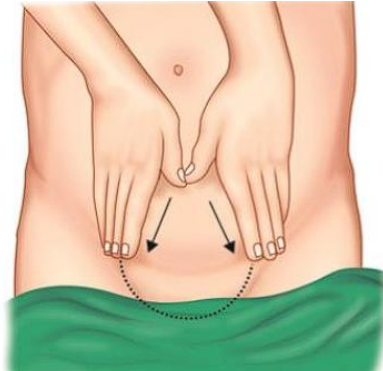
1) Konvergen



Gambar 8.5. Pemeriksaan Leopold IV (Posisi covergen)

Sumber: (Konar, 2015)

2) Divergen



Gambar 8.6. Pemeriksaan Leopold IV (Posisi covergen)

Sumber: (Konar, 2015)

3) Auskultasi

Mendengarkan Detak Jantung Janin (DJJ)

Denyut jantung merupakan salah satu penentu kesejahteraan jani, perubahan ritme dan frekuensi denyut jantung janin menandakan adanya gangguan dalam vaskularisasi plasenta sehingga terjadi penurunan asupan oksigen ke janin. Frekuensi denyut jantung janin normal 110-160 x/menit, jika

denyutan < 110 x/menit disebut bradikardi dan denyutan >160 x/menit disebut tacidardi. Tacidardi dan bradikardi yang disertai dengan adanya penambahan dan penurunan gerakan janin menandakan adanya kondisi yang tidak normal. Pada usia kehamilan aterm rata-rata denyut jantung janin 140x/menit. Alat auskultasi denyut jantung janin yaitu fetoscope, monoaural/pinald/funduskope dan *intermitent auscultation (AI)* atau dikenal dengan sebutan Doppler.

Titik yang tepat untuk dapat mendengarkan DJJ disebut puctum maksimum yang berada pada bagian punggung janin (Daniati *et al.*, 2023)



Gambar 8.7. Fetoskope



Gambar 8.8. *Intermitent auscultation (AI)*



Gambar 8.9. Doppler

Teknis pemeriksaan aukultasi

- a. Angkat kedua tangan dari dinding perut ibu kemudian ambil funduskup dengan tangan kiri. Kemudia tempelkan ujungnya pada dinding perut ibu sesuai dngan posisi punggung bayi (bagian yang memanjang dan rata)
- b. Tempelkan telinga kiri pemeriksa dan dengarkan bunyi jantung janin (pindahkan titik dengar apabila pada titik pertama, bunyi jantung tersebut kurang jelas, upayakan untuk mendapatkan puctum maksimum).

Apabila dinding perut cukup tebal sehingga sulit untuk mendengarkan jantung bayi, pindahkan ujung pada funduskup pada dinding perut yang realtif tipis yaitu sekitar 2 sentimeter di bawah pusat.

- c. Dengarkan dan hitung bunyi jantung janin dalam 60 detik (1 menit) penuh (normal 120-160 kali/menit)
- d. Letakkan semua peralatan yang telah digunakan pada tempat semula
- e. Lakukan pemeriksaan tambahan bila diperlukan (laboratorium dan USG)
- f. Beritahukan bahwa prosedur pemeriksaan telah selesai, angkat kain penutup dan rapikan kembali pakaian ibu

8.2.11 Ekstremitas

Pada pemeriksaan ekstermitas dilakukan pemeriksaan yang dimulai dari inspeksi dan palpasi kaki dan pretibial dan punggung kaki atau metatarsalia untuk mengetahui oedem atau tidak, varices

1. Ekstremitas pada atas
Simetris atau tidak, jari-jari lengkap atau tidak, warna kuku pucat atau tidak
2. Ekstremitas pada bawah
Ada oedem atau tidak, oedem biasanya dapat diperiksa pada tibia (tulang kering), metacarpa (tulang dipergelangan kaki), dan carpal (punggung kaki). Untuk mengetahui varices dapat diperiksa pada paha dan betis.

8.2.12 Genetalia

1. Inspeksi vulva dan vagina : adakah cairan (secret) pervaginam, amati warna dan bau
2. Palpasi : perhatikan adanya pembengkakan, benjolan mulai dari klitoris, uretra, kelenjar skene, kelenjar bartholini
3. Lakukan pemeriksaan anus bersamaan dengan pemeriksaan genetalia, yang perlu diperhatikan adanya kelainan misalnya haemoroid, pelebaran vena di anus dan perineum dan perhatikan kebersihannya.

8.2.13 Refleks hammer

Pasien dianjurkan untuk duduk dipinggir tempat tidur dengan kaki terjantai kemudian dilakukan pemeriksaan refleks patella kanan dan kiri (Ronald Br. Situmorang, S.ST. *et al.*, 2021)

Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk mengevaluasi refleks tendon dalam. Khususnya patela. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pada sistem saraf pusat perifer, yang bisa jadi indikasi dari masalah kesehatan yang lebih luas.

8.2.14 Pemeriksaan Lingkar Lengan Atas (Lila)

Pengukuran Lila hanya dilakukan pada kunjungan pertama, yang merupakan salah satu cara untuk menilai status gizi ibu hamil serta mendeteksi adanya kurang energi kronis (KEK) dimana standar ukuran Lila minimal 23,5 cm (Daniati *et al.*, 2023)

DAFTAR PUSTAKA

- Daniati, D. *et al.* (2023) *Asuhan Kebidanan Kehamilan (Panduan Praktis untuk Bidan)*. Jambi: PT Sonpedia Publisng Indonesia.
- Konar, H. (2015) *DC Dutta's Textbook of Obstetrics*. 8th ed. India: The Health Sciences Publisher.
- Nurtini, N.M. *et al.* (2022) *Modul Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Denpasar: ITEKES Bali.
- Ronalen Br. Situmorang, S.ST., M.K. *et al.* (2021) *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. jawa timur*: CV. Pustaka El Queena.
- Superville, S. and Siccardi, M. (2020) *Leopold Manuvers*. Edited by N.L. Of and Medicine.
- Wahyu Nuraisya, S.S.T., M.K. (2022) *Buku Ajar Teori dan Praktik Kebidanan dalam Asuhan Kehamilan Disertai Daftar Tilik*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Widia Lestari, S.Kep., M. *et al.* (2023) *Asuhan Kebidanan Kehamilan (Panduan Lengkap Asuhan selama kehamilan bagi Praktisi Kebidanan)*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

BAB 9

KESEHATAN SEKSUAL DAN HUBUNGAN INTIM SELAMA KEHAMILAN

Oleh Teta Puji Rahayu

9.1 Pendahuluan

Kehamilan adalah fase penting dalam kehidupan seorang wanita yang membawa berbagai perubahan fisik, emosional, dan sosial. Salah satu aspek yang sering kali menjadi perhatian selama kehamilan adalah kesehatan seksual dan hubungan intim. Mempelajari kesehatan seksual pada masa kehamilan sangat penting untuk memastikan tidak hanya kesehatan ibu, tetapi juga perkembangan janin serta kesejahteraan keluarga secara keseluruhan.

Kehamilan menyebabkan berbagai perubahan fisiologis yang dapat mempengaruhi kesehatan seksual wanita. Perubahan hormonal dapat meningkatkan atau menurunkan libido. Selain itu, ketidaknyamanan fisik dan emosional, seperti kecemasan dan depresi, juga dapat memengaruhi kehidupan seksual wanita. Memahami perubahan ini dan cara menghadapinya adalah penting untuk menjaga kesehatan mental dan fisik selama kehamilan (Natoliy, P. A., & Arya, S., 2019).

Hubungan intim dan kesehatan seksual selama kehamilan bisa menjadi sumber ketegangan atau kebingungan antara pasangan. Dengan memahami pentingnya komunikasi yang baik, pasangan dapat mendiskusikan kekhawatiran, harapan, dan batasan mereka. Pengetahuan tentang kesehatan seksual juga membantu pasangan mengatasi ketidakpastian yang mungkin timbul akibat kehamilan (Van der Wijden, C. L., & Nielson, T., 2020).

Terdapat sejumlah risiko kesehatan yang berkaitan dengan kesehatan seksual selama kehamilan, termasuk infeksi menular seksual (IMS) yang dapat mempengaruhi kehamilan dan kesehatan

janin. Pemahaman tentang pencegahan IMS dan infeksi lainnya sangat penting untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi. Edukasi yang baik dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin (Eberhart, R., & Heller, 2021).

Kesehatan seksual tidak hanya terkait dengan hubungan fisik tetapi juga kesehatan emosional. Keterlibatan seksual yang sehat selama kehamilan dapat meningkatkan kedekatan emosional antara pasangan, yang penting untuk kesejahteraan mental. Kesehatan seksual yang baik juga dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan yang sering dialami selama periode kehamilan (Fischer, R., & Bäuerle, A., 2022).

Norma dan pandangan budaya mengenai seksualitas selama kehamilan sangat bervariasi. Memahami konteks sosial dan budaya dapat membantu profesional kesehatan untuk memberikan edukasi yang relevan dan sensitif terhadap masalah kesehatan seksual selama kehamilan. Hal ini penting untuk memastikan bahwa semua wanita mendapatkan informasi yang mereka butuhkan tanpa menimbulkan stigma atau rasa malu (O'Shea, J., & Walsh, C., 2023).

Mempelajari kesehatan seksual dan hubungan intim selama kehamilan sangat penting untuk mendukung kesehatan fisik dan emosional ibu serta perkembangan janin. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang perubahan yang terjadi, risiko kesehatan, serta pentingnya komunikasi antara pasangan, dapat membantu memastikan bahwa pengalaman kehamilan menjadi lebih positif dan sehat. Oleh karena itu, pendidikan tentang topik ini harus menjadi bagian integral dari perawatan prenatal.

9.2 Perubahan Fisik dan Seksual Selama Kehamilan

Kehamilan adalah fase yang membawa berbagai perubahan pada tubuh wanita, baik fisik maupun hormonal. Perubahan ini memiliki dampak signifikan pada kesehatan seksual dan libido. Berikut adalah penjelasan detail tentang perubahan hormonal, anatomis, dan dampaknya pada hasrat seksual selama kehamilan.

9.2.1 Perubahan Hormonal dan Dampaknya pada Kesehatan Seksual

Selama kehamilan, terdapat peningkatan signifikan kadar hormon estrogen dan progesteron. Estrogen bertanggung jawab atas perkembangan jaringan payudara dan meningkatkan aliran darah ke daerah genital, sedangkan progesteron berperan penting dalam mempersiapkan rahim untuk mendukung kehamilan. Estrogen dan progesteron juga berkontribusi pada perubahan di vagina, termasuk peningkatan aliran darah, yang dapat membuat vagina lebih sensitif dan meningkatkan lubrikasi. Hal ini dapat membuat aktivitas seksual lebih nyaman bagi beberapa wanita (Thompson, J. M., & Brown, L. A., 2021). Perubahan pada vagina yang dapat mempengaruhi seksualitas selama kehamilan diantaranya adalah:

1. **Peningkatan Aliran Darah**

Aliran darah yang meningkat ke area genital membuat vagina lebih sensitif dan dapat meningkatkan respons seksual. Ini dapat berkontribusi pada pengalaman seksual yang lebih memuaskan bagi beberapa wanita.

2. **Perubahan pH**

Selama kehamilan, pH vagina mengalami perubahan yang dapat berkontribusi pada keseimbangan flora mikrobial, potensi infeksi, dan ketidaknyamanan seksual.

3. **Elastisitas Jaringan**

Jaringan vagina menjadi lebih elastis dan lembut, memfasilitasi penetrasi.

Perubahan fisik dan hormonal selama kehamilan memiliki dampak yang signifikan pada kesehatan seksual dan libido. Dalam beberapa kasus, perubahan ini membawa pengalaman seksual yang lebih memuaskan, sementara di lain waktu, ketidaknyamanan fisik dan emosional dapat mengurangi hasrat seksual. Penting bagi pasangan untuk berkomunikasi dan memahami perubahan ini untuk menjaga keintiman selama proses kehamilan.

9.2.2 Perubahan Anatomis yang Mempengaruhi Aktivitas Seksual

Beberapa perubahan anatomis yang dapat mempengaruhi aktivitas seksual selama hamil menurut Kumar, A., & Prasad, S. (2021) diantaranya adalah:

1. **Pembesaran uterus dan perubahan pada serviks**
Seiring pertumbuhan janin, uterus mengalami pembesaran yang dapat memberi tekanan pada organ-organ di sekitarnya, termasuk rektum dan kandung kemih. Hal ini dapat mengubah posisi atau kenyamanan saat berhubungan seksual. Serviks juga berpengalaman perubahan, yaitu menjadi lebih lunak dan lebih tinggi posisi, yang mungkin berdampak pada kenyamanan selama penetrasi.
2. **Perubahan pada payudara dan sensitivitas area erogen.**
Estrogen dan progesteron menyebabkan payudara membesar dan menjadi lebih sensitif. Areola juga dapat menjadi lebih gelap. Sensitivitas ini dapat meningkatkan respons seksual, tetapi dapat juga menimbulkan ketidaknyamanan bagi beberapa wanita. Wanita juga mungkin menemukan bahwa area erogen lainnya, seperti leher, perut, dan paha, menjadi lebih sensitif selama kehamilan, yang dapat mempengaruhi cara mereka merasakan kenikmatan seksual.

9.2.3 Dampak Kehamilan pada Libido

Beberapa dampak kehamilan pada libido diantaranya adalah meningkatnya atau menurunnya hasrat seksual menurut Pereira, R., & Almeida, J. (2023) yang dipengaruhi oleh:

1. **Trimester Pertama:** Selama trimester pertama, banyak wanita mengalami kelelahan, mual, dan perubahan emosional yang dapat menyebabkan penurunan hasrat seksual. Gejala berupa mual dan kelelahan dapat membuat seks terasa kurang menarik.
2. **Trimester Kedua:** Di trimester kedua, banyak wanita melaporkan peningkatan libido. Setelah melewati gejala kehamilan awal, peningkatan aliran darah ke daerah genital

dan perubahan hormonal dapat meningkatkan sensitivitas dan gairah seksual.

3. Trimester Ketiga: Di trimester ketiga, libido seringkali berkurang lagi. Pembesaran perut yang signifikan dan ketidaknyamanan fisik dapat mengurangi keinginan untuk berhubungan seksual. Selain itu, kekhawatiran tentang proses persalinan dan kesehatan janin juga dapat berkontribusi pada penurunan libido.

9.3 Aspek Emosional dan Psikologis Selama Kehamilan

Kehamilan adalah periode yang mengubah banyak aspek dalam kehidupan pasangan. Perubahan fisik yang terjadi selama kehamilan sering kali disertai dengan perubahan emosional dan psikologis, yang dapat memengaruhi hubungan intim dan kualitas komunikasi antara pasangan.

9.3.1 Perubahan Emosi yang Memengaruhi Hubungan Intim

Perubahan hormonal selama kehamilan dapat menyebabkan fluktuasi emosi yang signifikan, termasuk kecemasan, kebahagiaan, kesedihan, dan ketidakpastian. Emosi ini dapat memengaruhi kedekatan fisik dan intim pasangan. Penelitian menunjukkan bahwa hampir 60% ibu hamil mengalami perubahan libido, di mana beberapa wanita melaporkan peningkatan hasrat seksual, sedangkan yang lain mengalami penurunan (López & Ruiz, 2020). Ketidakpastian tentang perubahan tubuh, perasaan tidak menarik, atau ketakutan terhadap kelahiran dapat menyebabkan penghindaran terhadap aktivitas seksual.

9.3.2 Komunikasi dan Kepuasan Seksual

Komunikasi merupakan faktor kunci dalam mempertahankan kepuasan seksual selama kehamilan. Pasangan yang dapat berbicara secara terbuka tentang perasaan, harapan, dan ketakutan mereka lebih cenderung untuk merasa puas dalam hubungan intim mereka (Pereira & Almeida, 2023). Misalnya, ketika wanita mengalami perubahan hasrat seksual, komunikasi yang baik memungkinkan pasangan untuk memahami kebutuhan masing-

masing. Studi terbaru juga menunjukkan bahwa pasangan yang saling mendukung dalam eksplorasi kembali aktifitas seksual dan mencari cara untuk menjaga kedekatan emosional serta fisik lebih mungkin untuk mempertahankan kepuasan seksual yang lebih tinggi selama kehamilan.

9.3.3 Dukungan Emosional untuk Ibu dan Ayah

Dukungan emosional adalah aspek penting selama kehamilan, tidak hanya bagi ibu tetapi juga bagi ayah. Rasa stres dan kecemasan yang sering dialami oleh ibu hamil dapat menurunkan kesehatan mental dan fisik mereka (Giuliani & Santoro, 2021). Dukungan dari pasangan, keluarga, dan teman-teman dapat membantu meredakan rasa cemas dan meningkatkan kesehatan mental ibu. Begitu juga, ayah sering merasakan kecemasan terkait dengan peran baru yang akan mereka jalani. Membangun saluran komunikasi yang baik antara pasangan dapat mengurangi stres dan meningkatkan pengalaman emosional positif selama kehamilan. Peneliti juga menyarankan program dukungan yang mencakup wawasan untuk kedua pihak agar mereka dapat saling memahami dan mendukung kebutuhan emosional satu sama lain (Hassan & El-Sayed, 2020).

9.4 Keselamatan Seksual Selama Kehamilan

Selama kehamilan, banyak pasangan yang memiliki pertanyaan dan kekhawatiran mengenai aktivitas seksual. Memahami keselamatan seksual selama periode ini sangat penting untuk kesehatan ibu dan janin. Berikut adalah sub-topik yang dapat membantu memahami keamanan aktivitas seksual selama kehamilan.

9.4.1 Aktivitas Seksual yang Aman

Secara umum, aktivitas seksual dianggap aman selama kehamilan normal, asalkan tidak ada komplikasi medis yang signifikan. Berikut adalah beberapa panduan yang dapat diikuti:

1. Kehamilan Normal: Wanita yang memiliki kehamilan tanpa komplikasi, seperti preeklampsia, perdarahan, atau kelahiran

prematur sebelumnya, diperbolehkan untuk berhubungan seksual.

2. Posisi Seksual: Pemilihan posisi seksual yang nyaman dan tidak memberikan tekanan berlebih pada perut sangat dianjurkan. Banyak pasangan menemukan posisi samping (*side-lying*) sebagai yang paling nyaman selama trimester kedua dan ketiga.
3. Komunikasi: Komunikasi terbuka antara pasangan sangat penting. Hal ini termasuk membahas preferensi, kekhawatiran, dan kenyamanan dalam aktivitas seksual selama kehamilan.

Sebuah studi oleh Sukantar et al. (2021) menemukan bahwa sebagian besar wanita merasa negatif terhadap aktivitas seksual selama kehamilan, tetapi partisipasi dalam aktivitas seksual dapat memperkuat ikatan emosional antara pasangan.

9.4.2 Kondisi yang Memerlukan Kehati-Hatian

Ada beberapa kondisi medis yang dapat memerlukan kehati-hatian atau rekomendasi untuk menghindari aktivitas seksual:

1. Perdarahan Vaginal: Jika terdapat perdarahan vagina, penting untuk segera berkonsultasi dengan dokter. Perdarahan dapat menjadi tanda adanya komplikasi serius.
2. Risiko Kelahiran Prematur: Wanita yang memiliki riwayat kelahiran prematur atau saat ini mengandung bayi prematur mungkin disarankan untuk membatasi atau menghindari aktivitas seksual.
3. Infeksi Menular Seksual (IMS): Wanita yang terkena IMS atau memiliki risiko terjadinya IMS sebaiknya menghindari aktivitas seksual tanpa perlindungan. IMS dapat berpengaruh buruk pada kesehatan ibu dan janin.
4. Masalah Serviks: Jika ada masalah pada serviks (misalnya, serviks tidak mampu menahan kehamilan), dokter mungkin melarang aktivitas seksual.

Sebuah studi oleh Cunningham et al. (2020) menyatakan bahwa banyak wanita tidak mendapatkan informasi yang memadai mengenai batasan aktivitas seksual selama kehamilan ketika mengalami kondisi tertentu.

9.4.3 Waktu yang Tepat untuk Berhenti atau Menghindari Aktivitas Seksual

Berbagai alasan dapat memicu ibu hamil untuk menghentikan aktivitas seksual. Waktu yang tepat untuk berhenti atau menghindari aktivitas seksual sering kali bergantung pada rekomendasi medis, tetapi beberapa keadaan yang umum meliputi:

1. **Kondisi Kesehatan:** Jika ibu mengalami komplikasi seperti hipertensi, preeklampsia, atau diabetes gestasional yang tidak terkontrol, aktivitas seksual harus dibatasi.
2. **Ketidaknyamanan:** Jumlah gejala kehamilan seperti sakit punggung, kontraksi, dan mual dapat membuat hubungan seksual menjadi tidak nyaman. Jika ibu merasa tidak nyaman, penting untuk berhenti dan berkonsultasi dengan dokter.
3. **Perdarahan atau Lehat Amniotik:** Jika ada perdarahan vagina atau kebocoran cairan ketuban, hubungan seksual harus segera dihentikan, dan ibu harus berkonsultasi dengan profesional medis.

Penelitian oleh Yadav et al. (2021) menunjukkan bahwa banyak wanita merasa lebih nyaman menghindari aktivitas seksual pada trimester ketiga karena ketidaknyamanan fisik dan kekhawatiran terhadap kelahiran prematur.

Keselamatan seksual selama kehamilan sangat bergantung pada kondisi kesehatan masing-masing individu dan komunikasi antara pasangan. Memahami kapan aktivitas seksual aman, serta kondisi yang memerlukan kehati-hatian, sangatlah penting untuk memastikan kesehatan ibu dan janin.

9.5 Mempertahankan Intimasi Tanpa Aktivitas Seksual

Mempertahankan intimasi dalam sebuah hubungan tidak selalu harus melalui aktivitas seksual. Dalam banyak situasi, seperti kehamilan, sakit, atau ketidaknyamanan fisik, pasangan perlu mencari cara alternatif untuk menjaga kedekatan emosional dan fisik mereka. Berikut adalah sub-topik yang dapat membantu memahami cara-cara untuk mempertahankan intimasi tanpa harus melakukan hubungan seksual.

9.5.1 Alternatif Kegiatan Intim

Intimasi dalam hubungan dapat ditunjukkan melalui berbagai aktivitas yang memperkuat kedekatan dan koneksi pasangan. Beberapa alternatif kegiatan intim yang bisa dipraktikkan meliputi:

1. Pelukan dan Ciuman: Kontak fisik sederhana seperti pelukan atau ciuman dapat meningkatkan perasaan kedekatan dan kenyamanan. Menurut penelitian dari Meyer et al. (2020), sentuhan fisik berperan penting dalam meningkatkan produksi hormon oxytocin yang berkontribusi pada perasaan bahagia dan memiliki ikatan yang lebih kuat.
2. Membaca Bersama: Menghabiskan waktu dengan membaca buku atau artikel bersama bisa menjadi kegiatan yang menyenangkan dan mendatangkan komunikasi yang lebih dalam, memperkuat hubungan emosional.
3. Menonton Film atau Serial Bersama: Pengalaman bersama seperti menonton film atau serial TV tidak hanya menghibur tetapi juga memberikan peluang untuk berbagi perasaan dan pendapat, sehingga meningkatkan koneksi emosional.
4. Makan Malam Romantis: Menciptakan suasana makan malam yang khusus, meskipun tidak melibatkan aktivitas seksual, bisa membantu pasangan merasa lebih dekat satu sama lain.
5. Berjalan-jalan: Menghabiskan waktu di luar ruangan, seperti berjalan-jalan atau hiking, bisa menjadi cara yang bagus untuk meningkatkan suasana hati dan menjalin koneksi melalui interaksi yang lebih santai.

Sebuah penelitian oleh Miller et al. (2021) menunjukkan bahwa melakukan aktivitas bersama tanpa tekanan untuk berhubungan intim dapat justru meningkatkan kepuasan dalam hubungan jangka panjang.

9.5.2 Pentingnya Koneksi Emosional

Koneksi emosional adalah elemen penting dalam membangun dan mempertahankan hubungan yang sehat. Tanpa adanya aktivitas seksual, pasangan harus lebih fokus pada

pengembangan aspek emosional dari hubungan. Beberapa aspek penting mengenai koneksi emosional meliputi:

1. Komunikasi Terbuka: Mengkomunikasikan ekspektasi, ketakutan, dan kebahagiaan dapat memperkuat pemahaman antara pasangan. Penelitian oleh Gibbs et al. (2023) menunjukkan bahwa pasangan yang berkomunikasi secara terbuka cenderung memiliki hubungan yang lebih sehat dan memuaskan.
2. Mendukung Satu Sama Lain: Memberikan dukungan emosional ketika salah satu pasangan mengalami kesulitan atau stres dapat memperkuat kedekatan dan rasa saling memiliki.
3. Berbagi Pengalaman dan Kenangan: Mengingat waktu-waktu indah yang telah dilalui bersama dapat membangkitkan kembali rasa cinta dan keintiman. Membuat album foto atau video bersama juga dapat menjadi cara untuk merayakan perjalanan hubungan yang telah dibangun.
4. Ekspresi Perasaan: Menyampaikan perasaan kasih sayang, baik secara verbal maupun melalui tindakan, tanpa harus terlibat dalam aktivitas seksual sangatlah penting. Hal ini dapat membantu pasangan merasa dihargai dan dicintai.

Dalam sebuah studi di tahun 2022, Smith et al. menemukan bahwa hubungan yang didasarkan pada koneksi emosional yang kuat, meskipun sedikit atau tanpa aktivitas seksual, dapat meminimalkan risiko perpisahan dan memperkuat komitmen antara pasangan.

Mempertahankan intimasi tanpa aktivitas seksual adalah hal yang mungkin dan sangat penting dalam sebuah hubungan. Melalui alternatif kegiatan intim dan penguatan koneksi emosional yang kuat, pasangan dapat menjaga kedekatan yang esensial bagi kebahagiaan dan kesehatan hubungan mereka.

9.6 Kesehatan Seksual Pasca Melahirkan

Setelah melahirkan, banyak wanita mengalami berbagai perubahan baik fisik maupun emosional yang dapat mempengaruhi kesehatan seksual mereka. Pemulihan pasca-persalinan adalah masa penting yang memerlukan perhatian khusus untuk memastikan kesehatan fisik dan emosional ibu.

9.6.1 Periode Pemulihan Pasca Persalinan

1. Waktu yang diperlukan untuk pemulihan fisik dan emosional:

Pemulihan pasca-persalinan bervariasi untuk setiap individu, namun umumnya memakan waktu antara 6 hingga 8 minggu untuk pulih secara fisik. Selama periode ini, tubuh wanita mengalami banyak perubahan, termasuk proses penyembuhan dari persalinan. Dari sisi emosional, ibu bisa mengalami perubahan suasana hati, depresi setelah melahirkan (postpartum depression), dan perasaan cemas. Kesehatan psikologis ini sangat penting untuk diperhatikan agar tidak mengganggu hubungan seksual pasca-melahirkan (Hiller, J.E., & Cooper, K., 2019).

2. Perubahan pada vagina dan perineum setelah melahirkan:

Setelah melahirkan, vagina dan perineum (daerah antara vagina dan anus) mengalami peregangan dan cedera. Ada kemungkinan terjadinya robekan atau episiotomi (sayatan bedah yang dilakukan di area perineum). Proses penyembuhan dapat menyebabkan ketidaknyamanan, nyeri, atau bahkan perdarahan. Perubahan hormon setelah melahirkan juga dapat menyebabkan vagina menjadi lebih kering, yang dapat mempengaruhi kenyamanan saat berhubungan seksual (Sweeney, E.M., & Moyer, C.A., 2020).

9.6.2 Kapan Aktivitas Seksual Bisa Dilanjutkan

1. Rekomendasi medis tentang waktu yang aman untuk melanjutkan aktivitas seksual:

Dokter umumnya merekomendasikan untuk menunggu setidaknya 6 minggu setelah melahirkan sebelum melanjutkan aktivitas seksual. Hal ini untuk memastikan bahwa tubuh telah pulih dan tidak ada risiko infeksi. Namun, setiap individu berbeda, jadi penting untuk berbicara dengan dokter spesialis mengenai waktu yang tepat (Zadeh, S.S., & Bahrami, M., 2021).

2. Pentingnya komunikasi dengan partner tentang kesiapan dan kenyamanan:

Komunikasi yang terbuka dengan pasangan sangat penting mengenai kesiapan untuk berhubungan seksual. Diskusikan kekhawatiran, ketidaknyamanan, dan keinginan satu sama lain. Kesepakatan dalam memahami waktu yang tepat kapan untuk kembali berhubungan seksual sangat diperlukan agar kedua belah pihak merasa nyaman dan tidak tertekan (McDonald, E.E., & Carr, L.J., 2021).

9.6.3 Perubahan Dalam Hubungan Intim Setelah Menjadi Orangtua

Menurut Fisher, J.R.W., & Fritsch, N. (2022), ada beberapa perubahan dalam hubungan intim setelah menjadi orangtua dalam masa kehamilan:

1. Menghadapi perubahan dalam dinamika hubungan keluarga: Setelah menjadi orang tua, banyak pasangan yang mengalami perubahan drastis dalam dinamika hubungan mereka. Tanggung jawab baru dan kurangnya waktu untuk berdua dapat menghambat intimasi. Stres dan kecemasan berkaitan dengan perawatan bayi baru lahir juga dapat mengganggu hubungan pasangan.
2. Mempertahankan intimasi di tengah-tengah kesibukan sebagai orang tua:
Untuk menjaga hubungan intim, pasangan perlu secara aktif menjadwalkan waktu bersama dan mencari momen untuk terhubung, meskipun hanya dalam waktu singkat. Ini bisa berupa percakapan intim di malam hari setelah bayi tidur, atau melakukan aktivitas santai bersama.

9.7 Mitos dan Fakta Tentang Seksualitas Selama Kehamilan

Selama kehamilan, banyak pasangan yang memiliki pertanyaan dan kekhawatiran terkait aktivitas seksual. Mitos dan fakta yang beredar sering kali membingungkan dan menambah kecemasan bagi pasangan hamil. Berikut adalah penjelasan tentang beberapa mitos umum serta fakta ilmiah terkait seksualitas selamahamilan.

9.7.1 Mitos yang Sering Dipercaya

Beberapa mitos yang ada dimasyarakat sehubungan dengan aktivitas seksual dalam kehamilan menurut Raffaelli, M., & Ontai, L. (2019) diantaranya adalah:

1. Seks selama kehamilan dapat membahayakan janin.
Mitos ini sering kali dipersepsikan sebagai kebenaran, dengan banyak orang percaya bahwa hubungan seksual dapat menyebabkan komplikasi pada kehamilan atau risiko bagi janin.
2. Ibu hamil tidak boleh merasakan orgasme.
Lebih jauh, ada anggapan bahwa orgasme selama kehamilan dapat berpengaruh buruk pada janin, atau bahkan menyebabkan persalinan prematur.

9.7.2 Fakta Ilmiah

1. Seks yang aman dan nyaman tidak berdampak negatif pada kehamilan.
Berdasarkan penelitian dan batasan medis, hubungan seksual yang dilakukan dengan nyaman dan aman tidak membahayakan janin. Selama kehamilan tanpa komplikasi, janin dilindungi oleh cairan amniotik dan otot-otot rahim, sehingga aktivitas seksual tidak akan langsung mempengaruhi buah hati. Hal ini didukung oleh banyak penelitian yang menunjukkan bahwa hubungan seksual dapat berlangsung dengan aman selama kehamilan (Raffaelli, M., & Ontai, L., 2019).
2. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan rekomendasi dokter kandungan.
World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa aktivitas seksual adalah aman bagi wanita hamil yang tidak memiliki masalah kesehatan serius selama kehamilan. Rekomendasi dokter biasanya mencakup saran untuk berbicara dengan dokter kandungan jika ada masalah atau kekhawatiran spesifik. Dokter biasanya akan memastikan bahwa tidak ada risiko yang tinggi, seperti perdarahan atau masalah kesehatan lainnya, yang bisa membuat aktivitas seksual berisiko (De Rojas, E., et al., 2020).

9.7.3 Mengatasi Kecemasan dan Stigma Sosial

Menurut Marhefka, S.L., & Kelly, K.A. (2021), untuk mengatasi kecemasan dan stigma social sehubungan dengan seksual dalam kehamilan maka ibu hamil harus harus:

1. Pahami informasi yang benar dan konsultasikan dengan profesional.
Memahami informasi yang benar tentang seksualitas selama kehamilan sangat penting untuk mengurangi kecemasan. Pasien disarankan untuk mencari informasi dari sumber yang tepercaya, seperti dokter atau sumber medis resmi. Diskusi terbuka dengan pasangan juga penting untuk mengurangi stigma sosial dan membangun keintiman secara emosional.
2. Konsultasi dengan profesional kesehatan.
Selama kehamilan, penting bagi wanita untuk berkonsultasi dengan profesional kesehatan mengenai hal-hal terkait seksualitas. Ini akan memberikan kesempatan untuk membahas kekhawatiran atau rasa cemas yang mungkin ada, serta menjelaskan soal keamanan dan kenyamanan seputar aktivitas seksual selama kehamilan.

9.8 Kondisi Khusus dan Kapan Harus Mencari Bantuan Medis

Selama kehamilan, perhatian terhadap kesehatan ibu dan janin sangat penting. Ada beberapa kondisi khusus yang mungkin membuat wanita hamil memerlukan perhatian lebih serta perawatan medis yang lebih intensif. Dalam konteks ini, penting untuk mengetahui kapan harus mencari bantuan medis.

9.8.1 Kondisi yang Memerlukan Perhatian Khusus

Terdapat beberapa kondisi yang memerlukan perhatian khusus saat melakukan hubungan seksual dalam kehamilan:

1. Kehamilan dengan komplikasi medis
Kehamilan yang diwarnai oleh kondisi medis tertentu, seperti:
 - a. Diabetes Gestasional: Kondisi ini dapat berkembang selama kehamilan dan mempengaruhi cara tubuh memproses gula. Jika tidak ditangani, dapat berisiko tinggi bagi ibu dan janin,

termasuk berat badan lahir yang berlebihan dan kemungkinan persalinan Caesar (O'Keeffe, L.M., et al., 2022).

- b. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi): Kondisi hipertensi atau preeklampsia dapat mengancam kedua nyawa ibu dan janin. Komplikasi ini memerlukan pengawasan ketat dan penanganan medis untuk mencegah masalah lanjut (ACOG Committee Opinion, 2021).
 - c. Anemia: Kekurangan zat besi atau kondisi anemia lainnya dapat menyebabkan kelelahan yang berlebihan dan meningkatkan risiko komplikasi saat persalinan (Dutta, S., & Asthana, M., 2020).
2. Riwayat keguguran atau kehamilan prematur
Wanita yang memiliki riwayat keguguran atau pernah mengalami kelahiran premature harus mendapatkan perhatian lebih. Ini termasuk monitoring lebih intensif selama kehamilan untuk memastikan kesehatan janin dan mencegah kemungkinan kelahiran prematur yang berulang (Poston, L., et al., 2019).

9.8.2 Tanda-Tanda Bahaya yang Harus Diwaspadai

Hal-hal berikut merupakan tanda bahaya yang harus diwaspadai saat melakukan hubungan seksual saat kehamilan menurut Dutta, S., & Asthana, M. (2020):

1. Nyeri perut, perdarahan, atau kontraksi prematur
 - a. Nyeri perut: Nyeri yang terus-menerus atau meningkat, terutama jika disertai gejala lain seperti mual atau muntah, dapat menjadi tanda masalah yang serius.
 - b. Perdarahan: Setiap bentuk perdarahan harus diwaspadai, baik itu bercak ringan atau perdarahan berat.
 - c. Kontraksi prematur: Jika mengalami kontraksi sebelum usia kehamilan 37 minggu, ini bisa menjadi tanda persalinan prematur.
2. Perubahan pada kondisi kesehatan ibu atau janin
Setiap perubahan dalam kesehatan, seperti demam tinggi, pembengkakan ekstremitas pada kaki, atau pergerakan janin yang menurun, harus segera dilaporkan kepada tenaga medis.

9.8.3 Peran Bidan dalam Memantau Kesehatan Seksual

1. Konsultasi rutin tentang aktivitas seksual yang aman:

Bidan berperan penting dalam mengedukasi ibu hamil tentang seksualitas yang aman. Selama konsultasi rutin, bidan dapat memberikan panduan tentang keintiman selama kehamilan, serta menjelaskan kapan aktivitas seksual dianggap aman atau perlu dihindari (Kachchhadiya, P., et al. , 2021).

2. Penanganan masalah seksual atau hubungan yang muncul selama kehamilan:

Selama kehamilan, beberapa wanita menghadapi tantangan seksual yang mungkin timbul, seperti perubahan libido atau masalah relasi dengan pasangan. Bidan dapat menjadi sumber dukungan, membantu untuk mengatasi isu-isu tersebut, dan memberikan referensi ke profesional kesehatan mental jika diperlukan (Kachchhadiya, P., et al., 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Eberhart, R., & Heller, J. (2021). "Sexually Transmitted Infections during Pregnancy: Implications for Maternal and Fetal Health." **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, 256, 213-218. [Link](<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.08.018>).
- Natoliy, P. A., & Arya, S. (2019). "Sexual Health Counseling in Pregnancy: A Review." **Journal of Sexual Medicine**, 16(6), 944-952. [Link](<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.04.008>).
- Van der Wijden, C. L., & Nielson, T. (2020). "The Role of Communication in Sexual Health during Pregnancy: A Qualitative Study." **Sexuality Research and Social Policy**, 17(3), 627-636. [Link](<https://doi.org/10.1007/s13178-020-00448-x>).
- Fischer, R., & Bäuerle, A. (2022). "Emotional Well-being and Sexual Health during Pregnancy: An Interrelation." **BMC Pregnancy and Childbirth**, 22(1), 150. [Link](<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04376-0>).
- O'Shea, J., & Walsh, C. (2023). "Cultural Perspectives on Sexuality and Intimacy in Pregnancy: Addressing Stigma and Stereotypes." **Culture, Health & Sexuality**, 25(2), 236-249. [Link](<https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2039167>).
- Thompson, J. M., & Brown, L. A. (2021). Hormonal changes during pregnancy and their impacts on sexual health: A review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 41(3), 301-308. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1895678>.
- Kumar, A., & Prasad, S. (2021). Anatomical changes during pregnancy and their implications for sexual health: A comprehensive review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13678>.
- Pereira, R., & Almeida, J. (2023). Sexual desire during pregnancy: Decreases, increases, and the mediating factors. *Archives of Sexual Behavior*, 52(1), 123-135. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02459-6>.

- López, E., & Ruiz, A. (2020). The impact of pregnancy on sexual desire and activity: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, 8(2), 217-227. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.08.001>.
- Pereira, R., & Almeida, J. (2023). Sexual desire during pregnancy: Decreases, increases, and the mediating factors. *Archives of Sexual Behavior*, 52(1), 123-135. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02459-6>.
- Giuliani, C., & Santoro, A. (2021). Changes in sexual desire during pregnancy: A qualitative study exploring women's experiences. *Reproductive Health*, 18(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01143-1>.
- Hassan, A., & El-Sayed, R. (2020). Sexual health and the changing landscape of female libido during pregnancy: Insights and implications. *International Journal of Sexual Health*, 32(4), 341-352. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1852926>.
- Sukantar, Y., et al. (2021). Attitudes towards Sexual Activity in Pregnancy: A Study among Pregnant Women. *Global Journal of Health Science*, 13(4), 1-8. doi:10.5539/gjhs.v13n4p1.
- Cunningham, F. G., et al. (2020). *Williams Obstetrics*, 25th Edition. McGraw-Hill Education.
- Yadav, K., et al. (2021). Sexual Activity during Pregnancy: A Cross-Sectional Study of Attitudes and Experiences of Women. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(6), 2384-2389. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc267_21.
- De Silva, A. S., et al. (2022). Sexuality during pregnancy: Cross-sectional study of pregnant women's perceived sexual changes. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 20(7), 575-584. doi:10.18502/ijrm.v20i7.8286.
- McKay, K. A., et al. (2023). The impact of pregnancy on sexual function: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 112. doi:10.1186/s12884-023-05678-y.
- Meyer, C. J., et al. (2020). The Role of Touch in Romantic Relationships: A Review of the Literature. *Archives of Sexual Behavior*, 49(3), 829-841. doi:10.1007/s10508-019-01551-y.

- Miller, J. W., et al. (2021). Relationship Satisfaction and Intimacy in Non-Sexual Activities. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(4), 977-995. doi:10.1177/0265407519826001.
- Gibbs, B. R., et al. (2023). Communication and Relationship Satisfaction: The Role of Open Dialogue. *Journal of Marriage and Family*, 85(1), 122-140. doi:10.1111/jomf.12717.
- Smith, K. H., et al. (2022). Emotional Connection in the Absence of Sexual Activity: Exploring Relationship Dynamics. *Journal of Family Psychology*, 36(5), 657-667. doi:10.1037/fam0001054.
- Kapp, M. R., & Lentz, E. (2023). The Importance of Emotional Intimacy in Long-term Relationships. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 12(1), 25-39. doi:10.1037/cfp0000156.
- Hiller, J.E., & Cooper, K. (2019). "Postpartum Sexual Health: An Overview." *International Journal of Women's Health*, 11, 153-162. doi:10.2147/IJWH.S194048.
- Sweeney, E.M., & Moyer, C.A. (2020). "Impact of Childbirth on Sexual Health." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(3), 220-231. doi: 10.1016/j.ajog. 2019.11.013.
- McDonald, E.E., & Carr, L.J. (2021). "Sexual Intimacy After Birth: Psychosocial and Physical Outcomes." *Journal of Sexual Medicine*, 18(1), 136-144. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.09.009.
- Zadeh, S.S., & Bahrami, M. (2021). "Postpartum Depression and Its Relationship with Sexual Function After Delivery." *Archives of Women's Mental Health*, 24, 251-258. doi:10.1007/s00737-020-01084-7.
- Fisher, J.R.W., & Fritsch, N. (2022). "Transition to Parenthood: The Impact on Sexual Health." *Reproductive Health*, 19(1), 1-12. doi:10.1186/s12978-022-01214-1.
- Vasilenko, P., et al. (2018). "Pregnancy, Sexuality, and Relationships: An Overview of the Literature." *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 634-640. doi:10.1016/j.jsxm.2018. 01.005.
- Raffaelli, M., & Ontai, L. (2019). "Pregnancy: a time to talk about sexual health." *Health Education Research*, 34(5), 537-549. doi:10.1093/her/cyz039.

- De Rojas, E., et al. (2020). "The Safety of Sexual Activity During Pregnancy: A Review of the Literature." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(5), 657-668. doi:10.1016/j.ajog.2020.05.008.
- Marhefka, S.L., & Kelly, K.A. (2021). "Sexual health in pregnancy: Research and clinical implications." *International Journal of Sexual Health*, 33(2), 143-156. doi:10.1080/19317611.2020.
- Dutta, S., & Asthana, M. (2020). "Management of high-risk pregnancy." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 46(9), 1459-1467. doi:10.1111/jog.14393.
- O'Keeffe, L.M., et al. (2022). "Pregnancy outcomes in women with a history of gestational diabetes." *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 305(2), 321-327. doi:10.1007/s00404-021-06037-w.
- Poston, L., et al. (2019). "Prevention of obesity in women of childbearing age." *Obesity Reviews*, 20(2), 160-173. doi:10.1111/obr.12715.
- ACOG Committee Opinion. (2021). "Ethical Considerations for the Treatment of Women with Hypertensive Disorders of Pregnancy." *Obstetrics & Gynecology*, 137(6), e92-e99. doi:10.1097/AOG.0000000000004290.
- Kachchhadiya, P., et al. (2021). "Pregnancy and its impact on sexual health." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4), 384-393. doi:10.1016/j.ajog.2020.12.023.

BAB 10

PERSIAPAN PERSALINAN DAN PERENCANAAN KELAHIRAN

Oleh I Gusti Ayu Raras Praminingrum

10.1 Pendahuluan

Persalinan merupakan tahapan akhir dari proses kehamilan yang ditandai dengan keluarnya janin, plasenta, dan selaput ketuban dari rahim ibu. Persiapan menjelang persalinan merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan ibu yang bertujuan mempersiapkan perempuan hamil secara fisik, emosional, dan sosial agar siap menghadapi proses kelahiran. Perencanaan yang baik mampu mengurangi potensi komplikasi obstetri, menumbuhkan rasa percaya diri, serta menciptakan pengalaman melahirkan yang lebih aman dan nyaman. Dalam praktik kebidanan, penting untuk menerapkan pendekatan menyeluruh yang berlandaskan bukti ilmiah agar hasil asuhan dapat lebih optimal.

Persiapan persalinan mencakup berbagai komponen, di antaranya adalah edukasi mengenai tanda-tanda persalinan, pemilihan fasilitas kesehatan, identifikasi pendamping persalinan, pengaturan transportasi, serta kesiapan finansial. Sedangkan perencanaan kelahiran merupakan suatu proses sistematis yang melibatkan ibu hamil, keluarga, dan tenaga kesehatan dalam menyusun preferensi dan tindakan yang akan diambil selama proses persalinan, termasuk antisipasi terhadap komplikasi.

World Health Organization (WHO) merekomendasikan penerapan strategi *Birth Preparedness and Complication Readiness* (BP/CR) sebagai langkah preventif dalam penanganan risiko obstetrik. Strategi ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran ibu terhadap tanda-tanda bahaya pada persalinan dan mempercepat pengambilan keputusan dalam situasi darurat (Organization, 2015). Di Indonesia, Kementerian Kesehatan menetapkan bahwa perencanaan persalinan wajib disusun sejak trimester ketiga

kehamilan, dengan melibatkan tenaga kesehatan sebagai fasilitator dalam proses pengambilan keputusan yang tepat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

Dengan adanya perencanaan persalinan yang matang dan terstruktur, diharapkan proses kelahiran dapat berlangsung aman, nyaman, efektif, serta memberikan pengalaman positif bagi ibu dan keluarga. Hal ini juga sejalan dengan upaya global dalam mewujudkan pelayanan kebidanan yang berkualitas dan berpusat pada perempuan.

10.2 Persiapan Persalinan

10.2.1 Pengertian Persiapan Persalinan

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (KEMENKES RI), persiapan persalinan merupakan bagian penting dari layanan kesehatan ibu yang bertujuan untuk memastikan proses kelahiran berlangsung secara aman bagi ibu dan bayi. Persiapan ini mencakup berbagai langkah yang dimulai sejak masa kehamilan, seperti pemeriksaan antenatal secara teratur, perencanaan lokasi persalinan, pemilihan tenaga kesehatan yang akan menangani kelahiran, serta antisipasi terhadap kemungkinan terjadinya komplikasi selama persalinan maupun setelahnya.

Kemenkes RI juga menekankan bahwa pendekatan yang digunakan dalam pelayanan persalinan sebaiknya bersifat menyeluruh (holistik), meliputi aspek fisik, emosional, dan sosial. Perencanaan yang matang tidak hanya meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan, tetapi juga merupakan salah satu strategi kunci dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir di Indonesia. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020b)

10.2.2 Komponen dalam Persiapan Persalinan

Berikut merupakan komponen-komponen dalam mempersiapkan persalinan untuk mendapatkan proses kelahiran yang aman dan nyaman, yaitu:

1. Pendidikan *Antenatal Care* (ANC)

Pendidikan *antenatal care* (ANC) bertujuan untuk memberikan informasi tentang proses persalinan, tanda-tanda bahaya kehamilan dan persalinan, teknik relaksasi,

serta manajemen nyeri. Materi edukasi ini penting untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan partisipasi aktif ibu dalam proses persalinan (Koblinsky *et al.*, 2016).

WHO menyatakan bahwa pendidikan dalam pelayanan antenatal care merupakan bagian esensial dari perawatan kehamilan yang menyeluruh. Tujuannya adalah untuk menciptakan pengalaman kehamilan yang positif melalui peningkatan pengetahuan ibu mengenai kesehatan dirinya dan janin, pencegahan penyakit, serta deteksi dan penanganan dini komplikasi. WHO menekankan bahwa pendekatan edukasi harus mempertimbangkan latar belakang budaya, sosial, dan psikologis ibu, serta diberikan secara manusiawi dan individual. Standar minimal delapan kali kunjungan ANC selama kehamilan juga dianjurkan sebagai strategi untuk memastikan ibu memperoleh informasi dan edukasi yang lebih memadai dan optimal (WHO, 2016).

Kemenkes RI menjelaskan bahwa edukasi dalam layanan antenatal bertujuan untuk meningkatkan kesiapan ibu hamil dalam menghadapi persalinan, masa nifas, serta pengasuhan bayi baru lahir. Materi pendidikan meliputi asupan gizi selama kehamilan, tanda bahaya, perencanaan persalinan, inisiasi menyusui dini, dan perawatan bayi. Pendidikan ini diberikan secara bertahap selama kunjungan ke fasilitas kesehatan, baik secara individual maupun kelompok. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020a)

Beberapa hasil penelitian menyebutkan bahwa intervensi pendidikan dalam masa kehamilan dapat meningkatkan kesiapan mental dan emosional ibu dalam menghadapi proses persalinan dan peran keibuan. Studi terbaru oleh (Fenwick *et al.*, 2013) menunjukkan bahwa program pendidikan antenatal yang mencakup latihan pernapasan, teknik relaksasi, serta konseling psikososial terbukti memperkuat rasa percaya diri ibu hamil dan berdampak pada hasil persalinan yang lebih baik. Edukasi yang diberikan secara berkelompok juga menciptakan dukungan sosial

antarsesama ibu hamil yang memperkaya pengalaman mereka selama kehamilan.

2. Rencana Persalinan dan Komplikasi

Rencana ini meliputi penentuan tempat bersalin, identifikasi penolong persalinan, persiapan logistik (transportasi, dana darurat), serta kesiapan donor darah jika diperlukan. WHO merekomendasikan penerapan rencana persalinan dan komplikasi sebagai strategi untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi (Organization, 2015). Tujuannya adalah meningkatkan kesiapsiagaan ibu dan keluarga agar dapat menghadapi persalinan secara aman dan efisien serta meminimalkan risiko yang tidak diinginkan. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020a)

Di Indonesia, pelaksanaan rencana persalinan masih menghadapi kendala di berbagai wilayah, terutama di daerah terpencil yang terbatas aksesnya terhadap layanan kesehatan. Sebagai respons terhadap tantangan ini, Kemenkes RI mengembangkan program Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) untuk memperkuat kapasitas fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan persalinan yang aman dan tanggap terhadap kondisi darurat. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019)

Secara keseluruhan, perencanaan persalinan yang komprehensif dan pengelolaan komplikasi yang efektif menjadi elemen penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan. Kolaborasi aktif antara ibu, keluarga, dan tenaga kesehatan, serta pemanfaatan layanan kesehatan yang tersedia, merupakan langkah strategis untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia.

3. Kesiapan Fisik

Kesiapan fisik melibatkan pemantauan status gizi ibu, latihan fisik seperti senam hamil, serta perawatan payudara sebagai persiapan menyusui. Latihan fisik yang terstruktur terbukti dapat memperbaiki postur tubuh, mengurangi

keluhan kehamilan, dan memperlancar proses persalinan (Artal and O'Toole, 2003).

Menurut Kemenkes RI, Persiapan fisik merupakan salah satu aspek fundamental dalam mempersiapkan ibu hamil menghadapi proses persalinan. Kemenkes RI menegaskan bahwa kesiapan fisik yang optimal dapat mendukung proses kelahiran yang aman dan lancar, baik bagi ibu maupun bayi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020a). Oleh karena itu, persiapan fisik perlu dilakukan secara menyeluruh dan terencana selama masa kehamilan.

Langkah pertama dalam persiapan fisik adalah pemenuhan kebutuhan gizi seimbang. Asupan makanan yang mengandung protein, zat besi, kalsium, vitamin, dan mineral sangat diperlukan guna menunjang pertumbuhan janin serta menjaga kondisi fisik ibu menjelang persalinan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Konsumsi gizi yang memadai dapat mencegah terjadinya anemia, kekurangan energi kronik (KEK), dan risiko lain yang berhubungan dengan kehamilan berisiko tinggi.

Selain itu, ibu hamil dianjurkan untuk melakukan aktivitas fisik ringan dan teratur. Aktivitas seperti jalan kaki, senam hamil, atau latihan pernapasan dapat membantu menjaga kebugaran, meningkatkan kekuatan otot-otot tubuh, serta mempersiapkan otot panggul yang berperan penting dalam proses persalinan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020a). Aktivitas fisik juga diketahui dapat memperbaiki sirkulasi darah dan mengurangi keluhan umum selama kehamilan.

Pemeriksaan kehamilan secara berkala atau *antenatal care* (ANC) juga merupakan bagian penting dari persiapan fisik. Pemeriksaan ini mencakup pemantauan kesehatan ibu dan janin, skrining risiko kehamilan, serta pemberian informasi tentang tanda-tanda bahaya persalinan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020a). Pemeriksaan rutin membantu mendeteksi dini adanya komplikasi sehingga dapat segera dilakukan penanganan yang tepat.

Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT) kepada ibu hamil juga merupakan bentuk intervensi preventif dalam menjaga kesehatan fisik menjelang persalinan. Imunisasi ini bertujuan untuk mencegah tetanus neonatorum pada bayi baru lahir, terutama pada persalinan yang dilakukan di tempat dengan sanitasi rendah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Pemberian dua dosis TT selama kehamilan telah terbukti memberikan perlindungan yang signifikan terhadap infeksi tetanus.

Aspek terakhir dari persiapan fisik adalah menjaga kebersihan dan kesehatan organ reproduksi. Kesehatan organ reproduksi penting untuk mencegah infeksi selama kehamilan dan persalinan, yang dapat menimbulkan komplikasi seperti ketuban pecah dini atau infeksi nifas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020a). Edukasi kepada ibu hamil terkait cara menjaga kebersihan organ intim dan tanda-tanda infeksi merupakan bagian dari pelayanan antenatal terpadu.

4. Kesiapan Psikologis dan Emosional

Persiapan psikologis meliputi penguatan mental dan emosional melalui dukungan pasangan, keluarga, dan tenaga kesehatan. Kecemasan berlebih dapat meningkatkan risiko persalinan lama dan komplikasi obstetri, sehingga intervensi psikososial menjadi sangat krusial (Dennis, Falah-Hassani and Shiri, 2017).

Kesiapan psikologis ibu hamil dalam menghadapi proses persalinan sangat dipengaruhi oleh edukasi yang diterima selama masa kehamilan. Informasi yang diperoleh melalui penyuluhan antenatal dapat membantu ibu memahami proses persalinan, mengenali gejala-gejala yang memerlukan perhatian medis, dan meningkatkan kemampuan mengelola stres. Penelitian oleh (Sujawaty *et al.*, 2024) mengungkapkan bahwa ibu hamil yang mengikuti pendidikan antenatal menunjukkan penurunan tingkat kecemasan serta peningkatan rasa percaya diri menjelang persalinan. Ini

menunjukkan bahwa pendidikan yang sistematis mampu mempersiapkan mental ibu secara lebih baik.

Dukungan sosial merupakan faktor eksternal yang berperan penting dalam kesiapan emosional ibu hamil. Kehadiran pasangan, keluarga, dan lingkungan yang suportif mampu menciptakan rasa aman dan nyaman, serta mengurangi beban psikologis. (Aprisandityas and Elfida, 2012) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa ibu primigravida dengan dukungan emosional yang tinggi menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih rendah dibandingkan mereka yang kurang mendapat dukungan. Artinya, keterlibatan sosial berperan dalam menciptakan kestabilan emosional menjelang persalinan.

Kesiapan psikologis dan emosional ibu hamil merupakan aspek penting dalam menjamin kelancaran proses persalinan dan kesejahteraan pasca kelahiran. Edukasi antenatal, dukungan sosial, gaya hidup sehat, serta aktivitas fisik berperan sebagai faktor protektif yang perlu dioptimalkan melalui intervensi berbasis komunitas dan pelayanan kesehatan.

5. Peran Pendamping Persalinan

Pendamping persalinan adalah individu yang memberikan dukungan fisik, emosional, dan informatif kepada ibu selama proses persalinan. Menurut (El Sinta, Andriani and Insani, 2019) pendamping dapat membantu ibu dalam mengubah posisi sesuai kenyamanan, memberikan makanan dan minuman, serta menjadi sumber semangat dan dorongan selama proses persalinan. Kehadiran pendamping membuat ibu merasa lebih aman dan nyaman karena merasa diperhatikan oleh orang yang mereka sayangi.

Kehadiran pendamping persalinan seperti suami, anggota keluarga, atau doula dapat memberikan dukungan emosional yang signifikan. Studi menunjukkan bahwa keberadaan pendamping selama persalinan dikaitkan dengan peningkatan kepuasan ibu, penurunan penggunaan

intervensi medis, dan waktu persalinan yang lebih singkat (Bohren *et al.*, 2017).

Kehadiran pendamping selama persalinan dapat memberikan efek positif terhadap proses persalinan. Menurut (Indryani, 2024), pendampingan dapat menurunkan morbiditas, mengurangi rasa sakit, mempersingkat durasi persalinan, dan menurunkan angka persalinan dengan operasi termasuk bedah caesar. Pendamping juga berperan dalam menciptakan rasa aman dan nyaman, yang sangat berpengaruh terhadap proses fisiologis persalinan.

10.3 Perencanaan Kelahiran

10.3.1 Pengertian Perencanaan Kelahiran

Perencanaan kelahiran merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan selama masa kehamilan, yang bertujuan untuk memastikan ibu hamil dan keluarganya siap menghadapi persalinan, baik secara fisik, mental, maupun logistik. Dalam peraturan resmi Kementerian Kesehatan RI disebutkan bahwa pelayanan kesehatan pada masa kehamilan harus mencakup kesiapan untuk menghadapi kemungkinan komplikasi dan perlunya rujukan. Ibu, suami, dan keluarga diharapkan turut serta dalam menjaga kondisi kesehatan ibu hamil, mempersiapkan tempat persalinan, serta langkah-langkah yang harus dilakukan jika terjadi kegawatdaruratan obstetrik (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Perencanaan kelahiran atau *birth plan* merupakan suatu pendekatan sistematis yang dirancang untuk membantu ibu hamil dalam menyusun preferensi dan keputusan yang berkaitan dengan proses persalinan. Rencana ini biasanya melibatkan pemilihan tempat bersalin, siapa yang akan mendampingi selama persalinan, serta tindakan yang diharapkan saat proses kelahiran berlangsung. Tujuannya adalah untuk menciptakan pengalaman melahirkan yang lebih aman, terencana, dan sesuai dengan harapan ibu serta keluarganya (Olii and Rasyid, 2021).

Sebagai bagian dari strategi nasional dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi, Kementerian Kesehatan juga mengembangkan program P4K (Perencanaan Persalinan dan

Pencegahan Komplikasi). Program ini dirancang untuk memastikan setiap ibu hamil memiliki rencana yang jelas terkait lokasi persalinan, pendamping, transportasi, serta identifikasi risiko dan fasilitas rujukan. Melalui intervensi ini, keluarga didorong untuk lebih aktif dalam menyiapkan proses persalinan secara komprehensif, termasuk dalam hal penentuan pendonor darah jika diperlukan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

10.3.2 Komponen Perencanaan Kelahiran

Perencanaan kelahiran mencakup beberapa komponen penting, antara lain:

1. Pemilihan Tempat Bersalin

Ibu hamil dan keluarganya perlu menentukan lokasi kelahiran, apakah di rumah sakit, klinik bersalin, atau rumah. Pemilihan ini sebaiknya mempertimbangkan ketersediaan fasilitas medis, jarak tempuh, dan rekam jejak pelayanan kesehatan di lokasi tersebut (Anwar, K. K., 2025).

Pemilihan tempat bersalin adalah proses menentukan lokasi yang paling aman dan sesuai untuk ibu melakukan persalinan. Dalam ilmu kebidanan, tempat bersalin sangat penting karena mempengaruhi keselamatan ibu dan bayi selama proses kelahiran. Pemilihan tempat ini harus mempertimbangkan kesiapan fasilitas kesehatan, kemampuan tenaga kesehatan yang menangani, serta ketersediaan alat dan obat-obatan yang dibutuhkan untuk mengatasi komplikasi (Anwar, K. K., 2025).

Selain aspek medis, faktor psikologis dan sosial juga turut memengaruhi pemilihan tempat bersalin. Ibu merasa lebih nyaman jika didampingi keluarga atau orang yang dapat dipercaya selama persalinan, sehingga lingkungan yang mendukung secara emosional juga menjadi pertimbangan penting (Olii and Rasyid, 2021).

2. Pendamping Persalinan

Menurut teori kebidanan, pendamping persalinan berfungsi untuk memberikan kenyamanan dan memperkuat rasa percaya diri ibu, sehingga dapat membantu mengurangi kecemasan dan rasa sakit selama proses persalinan.

Pendamping juga berperan sebagai mediator antara ibu dan tenaga kesehatan, memastikan komunikasi berjalan lancar dan kebutuhan ibu terpenuhi dengan baik (Olii and Rasyid, 2021).

Pendamping persalinan bukanlah tenaga medis dan tidak melakukan intervensi klinis, namun keberadaannya sangat membantu dalam memberikan motivasi, dukungan moral, serta teknik relaksasi yang efektif selama persalinan. Keberadaan pendamping dapat mempercepat proses persalinan dan mengurangi kemungkinan intervensi medis yang tidak perlu, serta meningkatkan kepuasan ibu terhadap pengalaman persalinan yang dijalani (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

3. Metode Persalinan yang Diinginkan

Metode persalinan yang diinginkan adalah pilihan ibu hamil terkait cara melahirkan yang hendak dijalani, yang didasarkan pada kondisi kesehatan ibu dan bayi serta pertimbangan medis yang relevan. Dalam ilmu kebidanan, penting bagi ibu dan tenaga kesehatan untuk berdiskusi dan menyusun rencana persalinan yang sesuai dengan preferensi ibu, sekaligus memperhatikan faktor risiko yang ada agar persalinan dapat berjalan aman dan lancar (Anwar, K. K., 2025).

4. Rencana Darurat

Jika terjadi komplikasi, seperti perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, atau ketuban pecah dini, maka rencana cadangan sangat dibutuhkan. Ini termasuk penyiapan transportasi, pendonor darah, dan informasi rujukan rumah sakit (Maryam, T. S., & Khairiah, 2021).

10.3.3 Manfaat Perencanaan Kelahiran

Manfaat dari perencanaan kelahiran antara lain adalah mengurangi kecemasan ibu terhadap proses persalinan karena merasa lebih siap. Keterlibatan keluarga, terutama pasangan, juga meningkat sehingga mendukung aspek psikologis ibu. Selain itu, perencanaan kelahiran terbukti meningkatkan kepuasan ibu

terhadap layanan kesehatan karena merasa keinginannya dihargai (Suharti, 2019).

Membuat perencanaan kelahiran secara sistematis mampu memberikan berbagai manfaat, seperti mengurangi kecemasan selama kehamilan, meningkatkan kesiapan mental ibu, dan memperkuat kerja sama antara ibu dan tenaga kesehatan. Dengan adanya dokumen rencana kelahiran, komunikasi antara ibu hamil dan tenaga kesehatan menjadi lebih efektif karena preferensi ibu sudah diketahui lebih awal (Rohmah, F. N., & Febriani, 2021).

10.3.4 Implikasi Terhadap Pencegahan Komplikasi

Perencanaan kelahiran juga terbukti berkontribusi dalam mencegah komplikasi yang bisa timbul selama proses persalinan. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa implementasi program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) berdampak signifikan terhadap kesiapan ibu dan keluarga dalam menghadapi keadaan darurat persalinan. Penelitian tersebut menemukan bahwa pelaksanaan P4K mampu menurunkan risiko komplikasi dan meningkatkan keselamatan ibu dan bayi (Maryam, T. S., & Khairiah, 2021).

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) adalah program nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesiapan ibu hamil dan mencegah komplikasi. Program ini menekankan pentingnya mengenali tanda bahaya kehamilan, menentukan lokasi dan pendamping persalinan, serta merencanakan transportasi dan biaya. Implementasi P4K terbukti meningkatkan kesiapan ibu dan keluarga dalam menghadapi persalinan (Rohmah and Febriani, 2021).

10.3.5 Peran Bidan dalam Perencanaan Kelahiran

Bidan memiliki tanggung jawab utama dalam memberikan informasi dan konseling kepada ibu hamil dan keluarganya mengenai kehamilan, persalinan, serta masa nifas. Informasi ini diberikan secara jelas dan disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing ibu. Melalui edukasi ini, ibu hamil dibantu untuk memahami tahapan persalinan, mengenali tanda bahaya, dan membuat keputusan yang sesuai dengan kondisinya. Pendekatan konseling oleh bidan juga

membantu meningkatkan kesadaran dan kesiapan ibu untuk menghadapi proses kelahiran secara aktif dan aman (Sholichah, N., & Lestari, 2022)

Dalam praktik sehari-hari, bidan menjalankan tugas memberikan asuhan kebidanan secara menyeluruh, termasuk pemeriksaan kehamilan rutin (ANC), pengawasan tumbuh kembang janin, serta membantu ibu dalam membuat keputusan tentang tempat dan metode persalinan. Selain itu, bidan juga memfasilitasi perencanaan alat kontrasepsi pascapersalinan sebagai bagian dari pendekatan komprehensif terhadap kesehatan ibu (Sholichah, N., & Lestari, 2022).

Selain aspek klinis, bidan juga memberikan dukungan emosional kepada ibu hamil. Melalui pendekatan humanistik dan berfokus pada ibu, bidan membantu mengurangi kecemasan, membangun kesiapan mental, serta menciptakan pengalaman kehamilan yang lebih positif. Dukungan psikologis ini menjadi komponen penting dalam perencanaan kelahiran yang holistik dan berpusat pada ibu (Sholichah, N., & Lestari, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, K. K., dkk (2025) *Asuhan Kebidanan Kehamilan Normal*. Edited by M.K. Dr. Dhesi Ari Astuti, S.Si.T., M.Kes., Arsulfa, S.Si.T. Yogyakarta: Eureka Media Aksara. Available at: <https://repository.penerbiteureka.com/media/publications/593546-asuhan-kebidanan-kehamilan-normal-1ca22603.pdf>.
- Aprisandityas, A. and Elfida, D. (2012) 'Hubungan antara regulasi emosi dengan kecemasan pada ibu hamil', *Jurnal Psikologi*, 8(2), pp. 80–89.
- Artal, R. and O'Toole, M. (2003) 'Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period', *British journal of sports medicine*, 37(1), pp. 6–12.
- Bohren, M.A. et al. (2017) 'Continuous support for women during childbirth', *Cochrane database of systematic reviews* [Preprint], (7).
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K. and Shiri, R. (2017) 'Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis', *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), pp. 315–323.
- Fenwick, J. et al. (2013) 'Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, pp. 1–9.
- Indryani, I. (2024) *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Sarana Ilmu Indonesia (Salnesia)*. Maros, Sulawesi Selatan: Sarana Ilmu Indonesia (Salnesia). Available at: <https://doi.org/10.36590/penerbit.salnesia.1>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2014) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan*. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) *Pedoman Pelayanan Persalinan di Fasilitas Kesehatan*. Indonesia. Available at: <https://repository.kemkes.go.id/book/122>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020a) *Pedoman*

- Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir.* Indonesia. Available at: <https://repository.kemkes.go.id/book/122>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020b) *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Indonesia. Available at: <https://repository.kemkes.go.id/book/147>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022) *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar*. Available at: <https://kemkes.go.id/id/media/folder/pedoman>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023) *P4K: Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi*. Available at: <https://ayosehat.kemkes.go.id/p4k-persalinan-anak>.
- Koblinsky, M. *et al.* (2016) 'Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action', *The Lancet*, 388(10057), pp. 2307–2320.
- Maryam, T. S., & Khairiah, R. (2021) 'Efektivitas Pelaksanaan Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)', *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 7(6), p. 7. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.33024/mnj.v6i2>.
- Olii, N. and Rasyid, P.S. (2021) *Perencanaan Persalinan Terstandar & Pencegahan Komplikasi*. Penerbit NEM.
- Organization, W.H. (2015) *State of inequality: reproductive maternal newborn and child health: interactive visualization of health data*. World Health Organization.
- Rohmah, F. N., & Febriani, E.T. (2021) 'Implementasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)', *Indonesia Jurnal Kebidanan*, 5(2), p. 18. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.26751/ijb.v5i2.1271>.
- Rohmah, F.N. and Febriani, E.T. (2021) 'Implementasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)', *Indonesia Jurnal Kebidanan*, 5(2), pp. 75–81.
- Sholichah, N., & Lestari, N.P. (2022) 'suhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. Y (Hamil, Bersalin, Nifas, BBL, dan KB)', *Jurnal Komunikasi Kesehatan*, 8(1). Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.56772/jkk.v8i1.104>.

- El Sinta, L., Andriani, F. and Insani, A.A. (2019) 'Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan'.
- Suharti, T. (2019) *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Sujawaty, S. *et al.* (2024) 'Analisis Dampak Pemberian Edukasi Antenatal terhadap Kesiapan Psikologis Ibu Hamil dalam Menghadapi Persalinan', *Jurnal Cahaya Mandalika* ISSN 2721-4796 (online), 5(2), pp. 1078–1084.
- WHO (2016) *WHO Recommendations On Antenatal Care For a Positive Pregnancy Experience*. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1&utm>.

BAB 11

PERAN KELUARGA DALAM KEHAMILAN OLEH RISA MUNDARI

Oleh Risa Mundari

11.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan suatu proses biologis yang secara alami terjadi pada perempuan, namun di balik proses fisiologis ini terdapat dinamika kompleks yang melibatkan aspek psikologis, emosional, sosial, dan budaya. Masa kehamilan bukan hanya menjadi tanggung jawab perempuan itu sendiri, tetapi juga memerlukan dukungan dari lingkungan terdekat, terutama keluarga. Dalam konteks pelayanan kebidanan, peran keluarga sering kali menjadi faktor determinan dalam menentukan hasil kehamilan yang optimal.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) secara eksplisit menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu pilar penting dalam mencapai kehamilan yang sehat dan aman (World Health Organization, 2022). Tanpa keterlibatan keluarga yang optimal, perempuan hamil lebih rentan mengalami tekanan psikologis, kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan, serta rendahnya kepatuhan terhadap pemeriksaan antenatal.

Di Indonesia, struktur keluarga tradisional masih menjadi kekuatan sosial yang dominan. Namun, dalam banyak kasus, masih terdapat pemahaman yang terbatas mengenai pentingnya keterlibatan keluarga dalam mendukung ibu hamil secara komprehensif. Keluarga sering kali hanya dilibatkan dalam keputusan besar seperti tempat bersalin atau bila terjadi komplikasi, namun kurang aktif dalam mendampingi ibu selama kehamilan berlangsung. Kondisi ini menciptakan celah antara praktik pelayanan kesehatan berbasis keluarga dengan realitas sosial yang ada di masyarakat.

Menurut penelitian oleh Yanti et al. (2021), keterlibatan suami dan keluarga dalam proses kehamilan secara signifikan berkorelasi positif dengan kepatuhan ibu dalam mengikuti pemeriksaan antenatal. Selain itu, dukungan keluarga juga mampu menurunkan tingkat kecemasan ibu hamil, mencegah depresi antenatal, serta mendorong ibu menjalani pola hidup sehat selama kehamilan. Oleh karena itu, pemahaman yang lebih luas mengenai peran keluarga dalam kehamilan perlu dibangun sejak tahap pendidikan, termasuk dalam kurikulum kebidanan.

Meski berbagai studi telah menunjukkan manfaat signifikan dari keterlibatan keluarga dalam kehamilan, kenyataan di lapangan masih menunjukkan berbagai kendala. Salah satu hambatan utama adalah kurangnya edukasi keluarga tentang pentingnya peran mereka. Selain itu, masih ditemukan persepsi bahwa urusan kehamilan sepenuhnya merupakan tanggung jawab ibu, tanpa menyadari bahwa dukungan keluarga, terutama suami, berperan penting dalam menjaga stabilitas emosional dan psikologis ibu hamil (Fitriani et al., 2023).

Selain itu, dalam situasi sosial tertentu, seperti kehamilan remaja atau kehamilan di luar nikah, keluarga justru menjadi sumber tekanan yang menambah beban mental ibu hamil. Kasus-kasus seperti ini memerlukan pendekatan kebidanan yang sensitif secara sosial dan berbasis empati.

Dalam praktik kebidanan, pendekatan *woman-centered care* kini mulai bergeser ke *family-centered care*, terutama dalam pelayanan maternal dan neonatal. Pendekatan ini tidak hanya fokus pada kebutuhan fisiologis ibu, tetapi juga melibatkan keluarga sebagai mitra aktif dalam proses asuhan kebidanan (Rahmawati et al., 2021). Peran keluarga dalam mendukung kesejahteraan ibu selama kehamilan tidak dapat dipisahkan dari tugas dan fungsi bidan sebagai pendidik, konselor, dan fasilitator. Mahasiswa kebidanan perlu memahami bahwa keluarga bukan hanya objek dalam pelayanan, melainkan subjek yang memiliki potensi dalam memengaruhi hasil kehamilan. Ketika keluarga dilibatkan secara aktif, proses perawatan menjadi lebih efektif karena ada kesinambungan antara anjuran dari tenaga kesehatan dan praktik harian di rumah (Triana et al., 2020).

Dalam kerangka pendidikan kebidanan, penting untuk membekali mahasiswa dengan pemahaman teoritis dan praktis mengenai konsep peran keluarga dalam proses kehamilan. Hal ini akan memperkuat kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan kebidanan yang holistik dan berorientasi pada keluarga.

11.2 Tujuan Pembelajaran

Melalui pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan dapat:

1. Menjelaskan konsep kehamilan dalam pendekatan holistik yang melibatkan aspek keluarga.
2. Mengidentifikasi berbagai bentuk dukungan keluarga dalam kehamilan.
3. Menganalisis implikasi kurangnya dukungan keluarga terhadap kesehatan ibu dan janin.
4. Mengembangkan keterampilan komunikasi dan edukasi keluarga berbasis bukti.

Pemahaman terhadap tujuan ini akan menjadi fondasi penting dalam membentuk sikap profesional mahasiswa kebidanan dalam memberikan pelayanan maternal yang responsif dan berorientasi pada keluarga.

11.3 Konsep Dasar Kehamilan dan Peran Keluarga

11.3.1 Pengertian Kehamilan dalam Perspektif Kebidanan

Kehamilan adalah suatu proses fisiologis yang unik dan kompleks, yang melibatkan berbagai adaptasi sistem tubuh perempuan untuk mendukung perkembangan janin secara optimal. Dalam ilmu kebidanan, kehamilan dipahami sebagai suatu fenomena biologis yang berlangsung selama ± 40 minggu, terhitung sejak hari pertama haid terakhir hingga waktu persalinan (Niven & Howie, 2020). Proses ini mencakup perubahan hormonal, metabolik, anatomi, dan psikologis yang saling terkait.

Perubahan hormonal utama selama kehamilan—termasuk peningkatan estrogen, progesteron, human chorionic gonadotropin (hCG), dan human placental lactogen (hPL)—berkontribusi terhadap berbagai gejala seperti mual,

peningkatan kelelahan, dan perubahan emosi. Selain itu, sistem kardiovaskular dan pernapasan ibu juga beradaptasi secara signifikan untuk memastikan suplai oksigen dan nutrisi bagi janin (Blackburn, 2017). Respons terhadap perubahan ini sangat dipengaruhi oleh kesiapan mental dan dukungan sosial yang dimiliki ibu, terutama dari keluarga.

Dalam pendekatan kebidanan modern, kehamilan tidak dipandang secara sempit sebagai proses biologis semata, melainkan sebagai pengalaman holistik yang melibatkan aspek emosional, spiritual, dan sosial. Oleh sebab itu, pengasuhan kebidanan tidak dapat dilepaskan dari konteks keluarga, tempat ibu hamil berada secara sosial dan psikologis.

11.3.2 Perubahan Psikologis Selama Kehamilan

Secara psikologis, kehamilan merupakan masa transisi signifikan bagi perempuan. Perubahan ini ditandai dengan penyesuaian terhadap peran baru sebagai ibu, kekhawatiran terhadap kondisi janin, dan ketidakpastian akan proses persalinan. Pada trimester pertama, perempuan umumnya mengalami ambivalensi emosi, yang dapat berlanjut ke trimester kedua dengan meningkatnya perasaan bahagia dan keterikatan terhadap janin. Menjelang akhir kehamilan, kekhawatiran terhadap persalinan menjadi dominan (Simkin et al., 2021).

Dukungan keluarga, terutama dari suami, terbukti dapat memperkuat keseimbangan emosional ibu dan mengurangi risiko gangguan kesehatan mental seperti kecemasan dan depresi antenatal (Fitriani et al., 2023). Suasana psikologis ibu yang sehat akan menciptakan interaksi yang positif antara ibu dan janin, yang berkontribusi pada perkembangan janin yang optimal.

11.3.3 Keluarga sebagai Sistem Dukungan

Keluarga merupakan unit sosial pertama dan utama yang memberikan dukungan fisik, emosional, serta spiritual kepada ibu selama kehamilan. Dalam pendekatan *family-centered maternity care*, keluarga bukan hanya menjadi pihak yang

memberikan bantuan, tetapi juga dilibatkan secara aktif dalam proses pengambilan keputusan yang menyangkut perawatan ibu hamil (World Health Organization [WHO], 2022).

Dalam masyarakat Indonesia, struktur keluarga yang bersifat kolektif memberikan potensi besar untuk menciptakan lingkungan yang suportif bagi ibu hamil. Namun demikian, pendekatan edukatif dan kolaboratif diperlukan agar anggota keluarga memahami peran masing-masing dalam proses kehamilan. Peran ini tidak terbatas pada suami, tetapi juga bisa melibatkan orang tua, mertua, bahkan anak-anak dalam keluarga multigenerasi (Nugroho et al., 2023).

Keluarga yang teredukasi dengan baik dapat berfungsi sebagai sumber informasi yang benar dan pendukung utama dalam menjaga ibu dari pengaruh budaya yang keliru, mitos, atau praktik tradisional yang berisiko

11.3.4 Bentuk Dukungan Keluarga dalam Kehamilan

1. Dukungan Emosional

Dukungan ini mencakup kehadiran fisik, kasih sayang, perhatian, dan kenyamanan psikologis yang diberikan keluarga kepada ibu. Penelitian menyebutkan bahwa dukungan emosional dapat menurunkan kadar hormon stres kortisol dalam tubuh ibu, yang berdampak positif terhadap kesehatan janin (Azizah et al., 2022). Suami yang menunjukkan perhatian, seperti menemani control kehamilan, memberi ucapan positif, atau sekadar mendengarkan keluhan ibu, berperan dalam menjaga kesehatan mental ibu hamil.

2. Dukungan Informasional

Dukungan ini berkaitan dengan penyampaian informasi yang benar dan relevan seputar kehamilan, nutrisi, bahaya kehamilan, dan persiapan persalinan. Informasi ini bisa berasal dari tenaga kesehatan atau anggota keluarga yang teredukasi. Studi oleh Syifa dan Harahap (2021) menunjukkan bahwa ibu hamil yang mendapatkan informasi dari keluarga menunjukkan peningkatan literasi kesehatan reproduksi serta kepatuhan terhadap ANC (*antenatal care*).

3. Dukungan Instrumental

Meliputi bantuan konkret dan praktis, seperti menyiapkan makanan bergizi, membantu pekerjaan rumah tangga, atau menyediakan transportasi ke fasilitas kesehatan. Dukungan jenis ini sangat dibutuhkan terutama bagi ibu hamil yang mengalami kelelahan atau komplikasi kehamilan. Menurut studi oleh Dewi et al. (2022), dukungan instrumental berkontribusi terhadap penurunan risiko anemia dan peningkatan status gizi ibu hamil.

4. Dukungan Evaluatif (Appraisal)

Dukungan ini mencakup kemampuan keluarga dalam memberikan penilaian, umpan balik, serta membantu ibu membuat keputusan penting. Misalnya, dalam menentukan tempat bersalin atau menyikapi tanda bahaya kehamilan. Dukungan ini membantu meningkatkan rasa percaya diri ibu dan memperkuat *self-efficacy* selama masa kehamilan (Putri et al., 2020).

11.3.5 Keluarga Sebagai Mitra dalam Asuhan Kebidanan

Dalam praktik kebidanan, keterlibatan keluarga tidak hanya sebatas pelengkap, tetapi menjadi bagian dari strategi intervensi yang efektif. Bidan dituntut untuk tidak hanya memberikan pelayanan klinis kepada ibu, tetapi juga membangun komunikasi yang harmonis dengan keluarga. Tujuan utamanya adalah menciptakan kesamaan pemahaman, dukungan kolektif, serta keterlibatan aktif keluarga dalam setiap keputusan yang memengaruhi kesehatan ibu dan janin.

Penerapan pendekatan *Continuity of Care (CoC)* juga menempatkan keluarga sebagai mitra sejati bidan dalam seluruh rangkaian pelayanan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, hingga masa menyusui (Rachmawati et al., 2021). Dengan demikian, kompetensi mahasiswa kebidanan tidak hanya mencakup kemampuan klinis, tetapi juga kecakapan sosial dan komunikasi interpersonal dalam melibatkan keluarga secara aktif.

11.3.6 Tantangan Kultural dan Sosial dalam Keterlibatan Keluarga

Meski secara teori peran keluarga sangat penting, kenyataan di lapangan menunjukkan adanya berbagai tantangan. Beberapa budaya masih menerapkan pantangan-pantangan kehamilan yang tidak rasional, seperti pembatasan konsumsi protein hewani atau larangan aktivitas tertentu yang tidak didukung oleh bukti ilmiah. Di samping itu, tidak semua keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan dukungan yang tepat.

Masalah lainnya termasuk hubungan keluarga yang kurang harmonis, kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), serta keterbatasan ekonomi yang menyebabkan dukungan menjadi tidak optimal. Dalam situasi seperti ini, peran bidan sebagai advokat bagi ibu hamil menjadi krusial, termasuk dalam merujuk ibu pada layanan perlindungan perempuan atau bantuan sosial sesuai kebutuhan (Maharani, 2021).

11.4 Peran Keluarga dalam Trimester Kehamilan

11.4.1 Peran Keluarga pada Trimester Pertama

Trimester pertama (minggu ke-1 hingga minggu ke-13) merupakan fase adaptasi awal, di mana tubuh ibu mengalami perubahan hormonal yang signifikan. Peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron dapat menimbulkan gejala seperti mual-muntah (*morning sickness*), kelelahan, fluktuasi emosi, hingga perubahan nafsu makan (Blackburn, 2017). Selain perubahan fisik, banyak perempuan mengalami kegelisahan terkait kesehatan janin, terutama pada kehamilan pertama atau kehamilan dengan riwayat keguguran.

Dalam kondisi ini, dukungan emosional dari suami dan anggota keluarga menjadi sangat penting. Keluarga yang responsif terhadap keluhan dan perasaan ibu dapat membantu meredakan stres dan memperkuat ketahanan psikologis ibu. Studi yang dilakukan oleh Oktaviani (2022) menunjukkan bahwa perempuan yang mendapat dukungan emosional dari suami cenderung memiliki tingkat stres yang lebih rendah selama trimester pertama.

Dukungan informasional juga dibutuhkan pada tahap ini, misalnya informasi tentang pentingnya menghindari zat berbahaya, konsumsi asam folat, tanda-tanda keguguran, serta pentingnya pemeriksaan kehamilan awal. Edukasi yang diberikan kepada keluarga, terutama suami, akan membantu mereka menjadi pengambil keputusan yang bijak dan mendukung ibu secara aktif (Kurniawati et al., 2023).

Bentuk dukungan keluarga pada trimester pertama meliputi:

1. Meningkatkan kenyamanan ibu saat mengalami mual dan kelelahan.
2. Mendorong ibu melakukan kunjungan ANC pertama.
3. Menjaga pola makan ibu, termasuk pemenuhan gizi mikro (asam folat, zat besi).
4. Menjadi pendengar dan penyemangat dalam masa adaptasi psikologis awal.

11.4.2 Peran Keluarga pada Trimester Kedua

Trimester kedua (minggu ke-14 hingga minggu ke-27) sering disebut sebagai masa kehamilan yang paling nyaman karena gejala awal seperti mual dan kelelahan cenderung berkurang, dan ibu mulai merasakan gerakan janin. Pada fase ini, ibu dan keluarga mulai mempersiapkan diri secara lebih serius untuk persalinan dan menjadi orang tua.

Keluarga memainkan peran strategis dalam mendampingi ibu mengikuti rangkaian pemeriksaan trimester kedua seperti pemeriksaan kadar hemoglobin, ultrasonografi (USG), dan imunisasi TT (*tetanus toxoid*). Suami atau anggota keluarga yang memahami pentingnya kunjungan antenatal akan lebih siap memfasilitasi transportasi, waktu, dan biaya yang diperlukan.

Keterlibatan keluarga dalam pendidikan kehamilan—melalui kelas ibu hamil atau konseling kelompok—dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap mereka terhadap kehamilan (Andriyani, 2023). Penelitian membuktikan bahwa suami yang aktif mendampingi istri dalam kelas ibu hamil berkontribusi pada peningkatan kesiapan ibu secara psikologis dan emosional menjelang persalinan (Nugroho et al., 2023).

Peran penting keluarga dalam trimester kedua antara lain:

1. Mendorong ibu mengikuti jadwal ANC sesuai standar 6T.
2. Mendukung ibu dalam menjaga kebugaran melalui aktivitas fisik ringan.
3. Memotivasi ibu untuk mengikuti kelas ibu hamil.
4. Berperan aktif dalam pengambilan keputusan terkait persiapan persalinan.

11.4.3 Peran Keluarga pada Trimester Ketiga

Trimester ketiga (minggu ke-28 hingga persalinan) adalah masa di mana ibu hamil mengalami peningkatan beban fisik akibat pertumbuhan janin yang semakin besar. Ibu cenderung lebih mudah lelah, mengalami kesulitan tidur, dan muncul kekhawatiran akan proses persalinan. Kesiapan keluarga menjadi sangat krusial pada fase ini, baik secara fisik, emosional, maupun logistik.

Salah satu bentuk dukungan keluarga yang paling nyata pada trimester ini adalah mempersiapkan segala kebutuhan menjelang persalinan, mulai dari perencanaan tempat persalinan, biaya, transportasi, hingga memilih pendamping persalinan yang sesuai. Keluarga juga harus memahami tanda-tanda persalinan dan kondisi kegawatdaruratan seperti perdarahan antepartum, preeklamsia, atau pecah ketuban dini.

Suami sebagai *birth companion* yang dipersiapkan sejak dini terbukti memberikan efek positif dalam mengurangi rasa takut, memperkuat kontrol diri ibu saat persalinan, dan mempercepat proses pembukaan serviks (Simkin et al., 2021). Dukungan ini harus dilengkapi dengan kesiapan psikologis keluarga untuk menerima kondisi tak terduga, seperti kebutuhan rujukan atau tindakan operatif.

Dukungan penting pada trimester ketiga mencakup:

1. Menyusun rencana persalinan dan mengenali tanda-tanda persalinan.
2. Memberikan motivasi kepada ibu agar tetap tenang dan siap menjalani persalinan.
3. Menjamin akses transportasi dan ketersediaan biaya darurat.
4. Membantu ibu dalam aktivitas sehari-hari dan menjaga

kenyamanan istirahat.

11.4.4 Peran Bidan dalam Memberdayakan Keluarga

Dalam semua trimester kehamilan, bidan berperan sebagai fasilitator yang mengedukasi dan membina hubungan kemitraan dengan keluarga. Melalui pendekatan komunikatif, bidan dapat meningkatkan pemahaman keluarga tentang pentingnya dukungan yang berkesinambungan. Strategi yang dapat digunakan oleh bidan mencakup edukasi rumah tangga, konseling keluarga, dan kolaborasi lintas sektor seperti melibatkan kader dan tokoh masyarakat.

Menurut WHO (2022), pelibatan keluarga secara aktif dalam seluruh proses kehamilan dapat meningkatkan *maternal engagement*, mempercepat pencapaian target kesehatan ibu dan anak, serta menurunkan angka kematian ibu. Oleh karena itu, program pelayanan kebidanan harus selalu memperhatikan faktor sosial dan relasi keluarga dalam proses asuhan.

11.5 Intervensi Berbasis Keluarga Dalam Kebidanan

11.5.1 Edukasi Kesehatan Berbasis Keluarga

Salah satu bentuk intervensi utama adalah pelibatan keluarga dalam kegiatan edukasi kesehatan. Edukasi kesehatan berbasis keluarga bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran anggota keluarga mengenai kehamilan, persalinan, serta perawatan pascapersalinan. Melalui penyuluhan terarah, konseling, atau kelas ibu hamil, keluarga diberikan informasi tentang perubahan fisiologis ibu hamil, pentingnya pemeriksaan antenatal, tanda bahaya kehamilan, gizi selama kehamilan, dan persiapan persalinan (Andriyani, 2023).

Penelitian oleh Syifa dan Harahap (2021) menunjukkan bahwa intervensi edukatif yang melibatkan pasangan ibu hamil secara langsung dapat meningkatkan tingkat literasi kesehatan reproduksi dan mempengaruhi perilaku dalam pengambilan keputusan terkait tempat persalinan dan persiapan darurat. Suami yang memahami kondisi kehamilan istrinya lebih cenderung mendukung secara emosional dan instrumental.

Strategi implementasi edukasi keluarga meliputi:

1. Penyuluhan keluarga saat kunjungan ANC.
2. Pelatihan suami atau pendamping keluarga tentang peran mereka dalam kehamilan.
3. Modul edukatif berbasis media digital (video edukasi, e-book).
4. Diskusi kelompok terfokus dengan melibatkan anggota keluarga yang relevan.

Edukasi ini bersifat preventif dan promotif, yang bertujuan mengurangi komplikasi kehamilan akibat kurangnya informasi atau salah kaprah terhadap kepercayaan lokal yang tidak berbasis bukti ilmiah.

11.5.2 Konseling Terpadu Berbasis Keluarga

Konseling merupakan metode intervensi interpersonal yang bertujuan memberikan dukungan emosional, informasi, dan membantu klien dalam pengambilan keputusan. Dalam konteks kebidanan, konseling tidak hanya diberikan kepada ibu, tetapi juga perlu mengikutsertakan keluarga untuk mendapatkan hasil yang lebih komprehensif.

Konseling keluarga dapat diberikan pada situasi yang melibatkan kehamilan risiko tinggi, perencanaan persalinan, dan pengambilan keputusan terkait intervensi medis seperti rujukan atau tindakan operatif. Selain itu, dalam kasus kehamilan remaja, kehamilan dengan komplikasi psikologis, atau kehamilan yang tidak diinginkan, konseling keluarga menjadi sarana penting untuk menjembatani komunikasi antara ibu dan anggota keluarga lainnya (Maharani, 2021).

Menurut Rahmawati et al. (2021), konseling yang melibatkan keluarga secara langsung meningkatkan efektivitas pesan dan mendorong keluarga menjadi mitra aktif yang mendukung rencana perawatan. Konseling berbasis keluarga juga memperkuat persepsi tanggung jawab kolektif terhadap kehamilan dan persalinan.

Langkah-langkah dalam konseling keluarga:

1. Identifikasi kebutuhan ibu dan dinamika keluarga.
2. Fasilitasi komunikasi dua arah antara ibu dan keluarga.
3. Berikan informasi berbasis bukti yang netral dan tidak menghakimi.
4. Buat rencana tindak lanjut yang disepakati bersama oleh semua pihak.

Intervensi ini menekankan pada prinsip empati, non-direktif, dan menghargai nilai serta keyakinan yang dianut keluarga, selama tidak bertentangan dengan prinsip kesehatan dan keselamatan ibu serta janin.

11.5.3 Pemberdayaan Keluarga sebagai Pendukung Aktif

Pemberdayaan keluarga merupakan upaya membangun kemandirian dan tanggung jawab keluarga dalam mendampingi kehamilan. Pemberdayaan ini tidak hanya bertumpu pada transfer informasi, tetapi juga pada peningkatan kapasitas, penguatan peran, dan partisipasi aktif dalam proses pengambilan keputusan.

Pendekatan ini menjadi sangat penting terutama pada keluarga dengan latar belakang sosial ekonomi rendah atau latar pendidikan yang terbatas. Pemberdayaan dilakukan dengan prinsip partisipatif, di mana bidan sebagai fasilitator menggali potensi dan kekuatan yang dimiliki keluarga untuk menjadi bagian dari solusi dalam perawatan kehamilan (Putri & Kurniawan, 2020).

WHO (2022) menggarisbawahi bahwa keluarga yang diberdayakan cenderung memiliki kemampuan adaptasi yang lebih baik dalam menghadapi kehamilan risiko tinggi, serta menunjukkan peningkatan dalam indikator perilaku kesehatan seperti pola makan ibu, kepatuhan ANC, dan kesiapan menghadapi persalinan.

Contoh kegiatan pemberdayaan keluarga:

1. Melatih anggota keluarga untuk mengenali tanda bahaya kehamilan.
2. Membantu keluarga menyusun rencana persalinan (*Birth*

Preparedness and Complication Readiness/BPCR).

3. Membentuk kelompok pendukung (*peer support group*) yang melibatkan ayah atau ibu mertua.

11.5.4 Peran Bidan dalam Intervensi Berbasis Keluarga

Bidan merupakan ujung tombak dalam pelayanan kebidanan komunitas dan klinis. Dalam konteks intervensi berbasis keluarga, bidan memiliki peran strategis sebagai:

1. **Edukator:** Menyampaikan informasi kesehatan reproduksi dan perawatan kehamilan kepada ibu dan keluarga.
2. **Konselor:** Membantu keluarga memahami situasi kehamilan dan mendukung pengambilan keputusan.
3. **Fasilitator:** Menghubungkan ibu dan keluarga dengan sistem layanan kesehatan, termasuk rumah sakit rujukan.
4. **Advokat:** Melindungi hak ibu hamil dalam keluarga, terutama dalam kasus kekerasan atau tekanan sosial.

Simkin et al. (2021) menekankan bahwa bidan yang mampu membangun komunikasi terbuka dengan keluarga berkontribusi pada peningkatan kepercayaan dan keberhasilan implementasi intervensi. Hal ini hanya dapat dicapai bila bidan memiliki kompetensi interpersonal, sensitivitas budaya, serta pemahaman tentang dinamika keluarga.

Dalam praktiknya, bidan juga harus mampu melakukan pendekatan berbasis komunitas, termasuk melibatkan kader kesehatan, tokoh masyarakat, dan lembaga sosial lainnya dalam intervensi yang lebih luas.

11.5.5 Model Intervensi: *Family-Centered Maternity Care* (FCMC)

Model *Family-Centered Maternity Care* (FCMC) merupakan kerangka kerja yang mengintegrasikan keluarga sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan maternal. FCMC menekankan pada kemitraan, partisipasi aktif keluarga, pemberdayaan, dan penghormatan terhadap nilai-nilai yang dianut keluarga.

Menurut Johnson et al. (2022), penerapan FCMC di fasilitas pelayanan primer dan sekunder dapat meningkatkan

kualitas hubungan interpersonal antara tenaga kesehatan, ibu, dan keluarga. Model ini telah terbukti menurunkan angka intervensi medis yang tidak perlu, meningkatkan kepuasan ibu, dan memperkuat ikatan antara bayi dan keluarga sejak awal kehidupan.

Komponen utama FCMC meliputi:

1. Keterlibatan keluarga dalam perencanaan asuhan.
2. Akses terbuka keluarga dalam proses persalinan dan perawatan pascapartum.
3. Penggunaan bahasa yang inklusif dan komunikatif.
4. Penghargaan terhadap nilai budaya dan spiritual keluarga.

11.6 Isu Sosial Dan Budaya Dalam Peran Keluarga

11.6.1 Nilai Budaya dan Kepercayaan Tradisional

Budaya merupakan sistem nilai yang membentuk perilaku individu dan kelompok, termasuk dalam merespons kehamilan. Dalam banyak masyarakat, kehamilan dianggap sebagai fenomena sakral yang dipengaruhi oleh kekuatan supranatural atau spiritual. Keyakinan ini tercermin dalam berbagai ritual, pantangan, dan mitos yang diwariskan secara turun-temurun.

Beberapa kepercayaan lokal mungkin bersifat mendukung, misalnya anjuran untuk banyak beristirahat, konsumsi makanan sehat, atau menjaga emosi ibu. Namun, tidak jarang pula ditemukan mitos yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin. Contohnya, larangan mengonsumsi protein hewani karena dianggap dapat menyebabkan bayi besar atau pelarangan pemeriksaan USG karena takut memengaruhi bayi (Azizah et al., 2022).

Menurut studi yang dilakukan oleh Putri dan Kurniawan (2020), intervensi kebidanan yang tidak mempertimbangkan nilai budaya cenderung ditolak oleh keluarga. Oleh karena itu, pendekatan *transcultural nursing* menjadi penting dalam praktik kebidanan. Bidan perlu melakukan asesmen budaya, memahami makna di balik praktik yang dijalankan, serta melakukan negosiasi kultural agar intervensi kesehatan dapat diterima tanpa menimbulkan konflik atau resistensi.

Peran Bidan dalam Menghadapi Isu Budaya:

1. Melakukan pendekatan partisipatif dengan tokoh adat atau tokoh agama.
2. Menyampaikan edukasi berbasis bukti secara empatik dan tidak menggurui.
3. Menghargai tradisi selama tidak membahayakan kesehatan ibu dan janin.
4. Memberikan alternatif praktik kesehatan yang setara secara kultural dan aman.

11.6.2 Peran Gender dan Relasi Kekuasaan dalam Keluarga

Dalam struktur sosial patriarkal yang masih umum di banyak daerah di Indonesia, laki-laki (khususnya suami, ayah, atau mertua laki-laki) memiliki kontrol dominan terhadap keputusan penting dalam keluarga, termasuk keputusan yang berkaitan dengan perawatan kehamilan. Hal ini dapat menjadi hambatan ketika suara perempuan tidak cukup didengar atau dianggap tidak penting, terutama dalam memilih tempat bersalin, memutuskan tindakan medis, atau mengakses layanan kesehatan (Johnson et al., 2022).

Salah satu tantangan terbesar dalam hal ini adalah ketimpangan peran gender dalam proses pengambilan keputusan. Meskipun perempuan yang sedang hamil mengalami langsung proses biologis kehamilan, namun kendali atas keputusan sering kali berada di tangan laki-laki. Studi oleh Rahmawati et al. (2021) menunjukkan bahwa keterlibatan suami dalam pengambilan keputusan berkaitan erat dengan dukungan emosional yang diterima ibu hamil serta kepatuhan terhadap kunjungan ANC.

Implikasi bagi Asuhan Kebidanan:

1. Bidan perlu mendorong keterlibatan suami dalam edukasi dan konseling antenatal.
2. Perlunya dialog terbuka antara suami dan istri dengan fasilitasi bidan.
3. Menanamkan nilai kesetaraan dan berbagi peran sebagai bentuk pemberdayaan keluarga.
4. Menyediakan ruang yang aman bagi perempuan untuk

mengungkapkan pendapatnya.

11.6.3 Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) Selama Kehamilan

Kekerasan dalam rumah tangga selama kehamilan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sering kali tersembunyi. Bentuk kekerasan dapat berupa fisik, verbal, emosional, hingga ekonomi. Dampaknya sangat luas, baik secara langsung maupun tidak langsung, terhadap ibu dan janin. KDRT berkontribusi terhadap peningkatan risiko abortus, prematuritas, gangguan pertumbuhan janin, hingga kematian maternal (Maharani, 2021).

Sayangnya, banyak kasus kekerasan tidak terdeteksi karena ibu merasa malu, takut, atau tidak berdaya. Sering kali, keluarga besar justru menutup-nutupi kasus ini karena alasan menjaga kehormatan keluarga atau karena budaya yang menormalisasi dominasi suami atas istri.

Dalam praktik kebidanan, deteksi dini terhadap tanda-tanda kekerasan menjadi sangat penting. Bidan harus memiliki keterampilan komunikasi interpersonal, empati, serta memahami protokol rujukan yang sesuai. WHO (2022) menekankan pentingnya menciptakan lingkungan yang aman dan rahasia bagi perempuan untuk melaporkan kekerasan yang mereka alami, termasuk pada saat kunjungan ANC.

Tindakan yang Dapat Dilakukan Bidan:

1. Menyisipkan skrining kekerasan dalam anamnesis rutin.
2. Menjalinkan kerja sama dengan pusat layanan perlindungan perempuan.
3. Menyediakan rujukan psikososial dan hukum yang tepat.
4. Mendampingi ibu dalam proses pengambilan keputusan dengan mempertimbangkan aspek keselamatan.

11.6.4 Faktor Sosial Ekonomi dan Akses Layanan

Kondisi sosial ekonomi keluarga juga sangat memengaruhi kualitas dukungan yang dapat diberikan kepada ibu hamil. Keluarga dengan tingkat ekonomi rendah sering mengalami hambatan dalam menyediakan makanan bergizi,

biaya transportasi ke fasilitas kesehatan, atau mengikuti kelas kehamilan. Selain itu, faktor pekerjaan suami atau ketiadaan jaminan kesehatan juga berkontribusi terhadap rendahnya akses terhadap layanan (Fitriani et al., 2023).

Dalam situasi ini, bidan perlu menggunakan pendekatan *community-based care*, yakni dengan mengoptimalkan potensi lokal seperti kader kesehatan, posyandu, atau sumber daya desa. Pendekatan ini dapat menjembatani kesenjangan sosial ekonomi dan meningkatkan akses layanan maternal yang berkelanjutan.

11.6.5 Stigma Sosial terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan

Kehamilan yang terjadi di luar pernikahan, pada remaja, atau pada perempuan korban kekerasan seksual sering kali mendapat stigma negatif dari masyarakat dan bahkan dari keluarga sendiri. Stigma ini berdampak pada rendahnya dukungan emosional yang diterima ibu, terhambatnya akses terhadap layanan kesehatan, serta meningkatnya risiko komplikasi akibat keterlambatan dalam mencari pertolongan medis (Azizah et al., 2022).

Studi oleh Nugroho et al. (2023) menyatakan bahwa ibu hamil dalam situasi sosial yang rentan lebih berisiko mengalami depresi antenatal dan cenderung menghindari pemeriksaan kehamilan. Oleh karena itu, pendekatan kebidanan harus didasarkan pada prinsip non-diskriminatif, berbasis empati, dan menjunjung tinggi hak kesehatan reproduksi setiap perempuan.

11.6.6 Peran Bidan dalam Konteks Sosial Budaya

Peran bidan dalam menangani isu sosial dan budaya dalam keluarga meliputi:

1. **Sebagai mediator budaya:** Menjembatani antara nilai budaya dan prinsip medis yang berbasis bukti.
2. **Sebagai edukator:** Memberikan pemahaman tentang kesehatan kehamilan yang sesuai dengan konteks budaya lokal.
3. **Sebagai advokat:** Membela hak-hak perempuan, terutama yang berada dalam posisi terpinggirkan atau rentan secara sosial.

4. Sebagai fasilitator komunitas: Menggerakkan sumber daya lokal untuk menciptakan lingkungan yang suportif bagi ibu hamil.

Bidan harus menempatkan diri bukan sebagai pihak yang "lebih tahu", melainkan sebagai mitra keluarga yang berperan dalam proses transformasi sosial yang bertujuan meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriyani, N. (2023). Pengaruh peran keluarga terhadap keputusan pemilihan tempat bersalin. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- American College of Nurse-Midwives. (2020). *Family involvement in maternity care*.
- Azizah, N. (2021). Peran keluarga dalam pencegahan anemia pada ibu hamil. *Jurnal Gizi dan Kebidanan*.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. (2023). *Pedoman peran keluarga dalam kesehatan ibu*.
- Dewi, A. S. (2020). Peran suami dalam pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*.
- Fitriani, Y. (2021). Intervensi berbasis keluarga untuk menurunkan kecemasan kehamilan. *Jurnal Psikologi Klinis*.
- Fitria, L. (2022). Model edukasi keluarga untuk meningkatkan kesiapan persalinan. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan*.
- Harahap, N. (2020). *Keluarga dan kesehatan ibu*. Medan: Penerbit USU Press.
- Hartati, S. (2022). *Psikologi kehamilan dan dukungan sosial*. Bandung: Refika Aditama.
- Hasanah, U. (2022). Family dynamics and maternal well-being. *Maternal & Child Health Journal*.
- Herlina, Y. (2019). Pendidikan kesehatan keluarga selama masa kehamilan. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*.
- Johnson, K., et al. (2022). Social support and birth preparedness. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
- Kemenkes RI. (2022). *Profil Kesehatan Indonesia*.
- Kurniawati, A., et al. (2023). Pengaruh dukungan keluarga terhadap kecemasan ibu hamil primigravida. *Jurnal Kebidanan*.
- Maharani, L. (2021). Hubungan dukungan sosial dengan stres kehamilan. *Jurnal Psikologi Indonesia*.
- Nasution, R. (2023). *Konsep asuhan kebidanan terpadu dengan pendekatan keluarga*. Yogyakarta: Deepublish.
- Nugroho, H., et al. (2023). Peran budaya dalam dukungan keluarga pada ibu hamil. *Jurnal Antropologi Kesehatan*.
- Oktaviani, R. (2022). Family-centered maternity care and its impact on maternal outcomes. *Journal of Midwifery*.

- Putri, D. (2019). *Kesehatan ibu dan anak*. Jakarta: EGC.
- Rachmawati, I. (2021). Intervensi berbasis keluarga dalam kehamilan risiko tinggi. *Midwifery Care Journal*.
- Rahmawati, I. (2021). The role of husbands during pregnancy in Indonesia: A qualitative study. *PLoS ONE*.
- Sari, D. M. (2020). Dukungan sosial keluarga terhadap kesiapan ibu menghadapi persalinan. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*.
- Simanjuntak, T. (2020). *Kesehatan reproduksi wanita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Surbakti, H. (2019). Peran keluarga dalam pencegahan komplikasi kehamilan. *Jurnal Ilmu Kebidanan*.
- Syifa, N. (2021). Efektivitas pendidikan kesehatan keluarga terhadap perilaku perawatan kehamilan. *Jurnal Ilmu Kebidanan*.
- Triana, S. M. (2020). Family support and antenatal care attendance in rural Indonesia. *Midwifery Journal*.
- Wahyuni, N. (2023). Hubungan dukungan keluarga dengan motivasi ibu mengikuti kelas ibu hamil. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak* (jika ada, sesuaikan nama jurnalnya).
- Wijaya, D. (2020). Peran keluarga dan kunjungan ANC. *Jurnal Kebidanan Indonesia*.
- World Health Organization. (2022). *Family support in maternal health*. Geneva: WHO.
- Yanti, Y., et al. (2021). Family support and pregnancy outcomes: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

BIODATA PENULIS



Bdn Resky Devi Akib S.ST.,M.Keb
Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan

Penulis lahir di Unaaha tanggal 17 Juli 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 kebidanan Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Muhammadiyah Sidrap. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Yayasan pendidikan akademik konawe pada tahun 2015, melanjutkan pendidikan D4 bidan pendidik di stikes mega rezky Makassar pada tahun 2017, melanjutkan S2 pada Jurusan ilmu kebidanan pada tahun 2021 dan melanjutkan di jenjang Profesi bidan di Institut Kesehatan Dan Sains Muhammadiyah Sidrap Pada Tahun 2022

BIODATA PENULIS



Bdn. Rabiattunnisa, S.S.T., M.Keb

Dosen Program Pendidikan Profesi Bidan
STIKes Eka harap Palangka Raya

Penulis lahir di Palangka Raya tanggal 24 Mei 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan, STIKes Eka Harap. Menyelesaikan pendidikan Diploma Empat Bidan Pendidik pada Jurusan Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kebidanan.

BIODATA PENULIS



Bdn. Ni Made Ayu Yulia Raswati Teja, S.Si.T.,M.Kes

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
Fakultas Kesehatan Institut Teknologi dan Kesehatan Bali

Penulis lahir di Bali pada Tanggal 30 Juli 1986. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan pada tahun 2007 di Akbid An-Nur Purwodadi, dan menyelesaikan pendidikan D4 Pendidikan tahun 2008 di STIKES Ngudi Waluyo. Karena ketertarikan penulis dalam bidang akademik penulis melanjutkan pendidikan S2 Ilmu Kesehatan masyarakat dengan Konsentrasi KIA-Kespro di Universitas Udayana dan menyelesaikan pendidikan pada tahun 2019. Saat ini penulis aktif menjadi staf pengajar Program Studi Sarjana Kebidanan di Institut Teknologi dan Kesehatan Bali. Penulis juga aktif dalam kegiatan publikasi penelitian maupun PkM dan terlibat dalam beberapa penulis buku ajar.

BIODATA PENULIS



Maya sari, SST, MKM

Dosen Prodi D-III Kebidanan
STIKes Bustanul Ulum Langsa

Penulis lahir di Langsa, 19 November 1983. Sekolah Dasar Negeri No. 1 Kebun Lama Tamat Tahun 1995 di Langsa. Melanjutkan Sekolah Menengah Pertama Di SMP Negeri No. 1 Langsa tamat 1998 di Langsa. Selanjutnya Sekolah Menengah Atas Negeri No 1 Kota Langsa Tamat Tahun 2021. Selanjutnya Masuk D-III Kebidanan Di Akademi Kebidanan STIKes Bustanul Ulum Langsa tamat tahun 2004. Dan melanjutkan Studi D-IV Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung Tamat tahun 2006. Selanjutnya melanjutkan studi S-2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Institut Kesehatan Helvetia Medan lulus tahun 2019.

Setelah Tamat Dari D-IV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung tahun 2006 Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan S-2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Institut Kesehatan Helvetia Medan dan menjadi Dosen Program Studi D-III Kebidanan di STIKes Bustanul Ulum Langsa. Sebagai Dosen, beberapa karya yang penulis hasilkan adalah buku Panduan Praktis Dokumentasi Kebidanan “langkah demi langkah menuju rekam medis yang akurat” dan buku “panduan klinik praktik kebidanan” Penulis Juga Aktif Pada Organisasi Profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan aktif menulis berbagai artikel ilmiah seputar kesehatan ibu dan anak. Terima Kasih.

BIODATA PENULIS



Bdn. Ni Wayan Erviana Puspita Dewi, S.ST.,M.Kes
Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
Fakultas Kesehatan Institut Teknologi dan Kesehatan Bali

Penulis lahir di Bali pada Tanggal 27 Oktober 1989. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan pada tahun 2010 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali, pada tahun 2012 penulis menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Poltekkes Malang. Karena ketertarikan penulis dalam bidang akademik penulis melanjutkan pendidikan S2 Ilmu Kesehatan masyarakat dengan Konsentrasi KIA-Kespro di Universitas Udayana dan menyelesaikan pendidikan pada tahun 2018. Saat ini penulis aktif menjadi staf pengajar Program Studi Sarjana Kebidanan di Institut Teknologi dan Kesehatan Bali. Penulis juga aktif dalam kegiatan publikasi penelitian maupun PkM dan terlibat dalam beberapa penulis buku ajar.

BIODATA PENULIS



Komang Ayu Purnama Dewi, S.Si.T.,M.Kes

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
Fakultas Kesehatan Institut Teknologi dan Kesehatan Bali

Penulis lahir dan tinggal di Kota Denpasar Provinsi Bali. Mangayu telah menyelesaikan Pendidikan D3 kebidanan di Poltekes Kemenkes Denpasar pada tahun 2003. Selanjutnya, melanjutkan pendidikan D4 Kebidanan jurusan pendidik di STIKES Ngudi Waluyo Semarang dan lulus pada tahun 2005. Tidak hanya berhenti disitu penulis melanjutkan pendidikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan Konsentrasi KIA-Kespro Konsentrasi di Universitas Udayana Denpasar Bali dan telah lulus pada tahun 2012. Penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen kebidanan program studi Kebidanan di Institut Teknologi dan Kesehatan Bali sejak tahun 2005 sampai sekarang. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku dan jurnal.
email penulis: ayupurnama.stikesbali@gmail.com.

BIODATA PENULIS



Bdn. Herliana, S.ST., M.KM.

Dosen Program Studi Profesi Bidan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panca Bhakti

Penulis lahir di Teluk Betung pada tanggal 9 Maret 1975. Saat ini, penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Profesi Bidan di STIKes Panca Bhakti Bandar Lampung. Penulis menyelesaikan pendidikan D IV Kebidanan di Politeknik Kesehatan Tanjung Karang, kemudian melanjutkan studi Magister Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis memiliki minat dan keahlian di bidang ilmu kebidanan, khususnya dalam aspek kesehatan reproduksi dan Ilmu kebidanan.

BIODATA PENULIS



Bdn. Ni Made Nurtini, S.Si.T., M.Kes

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan

Fakultas Kesehatan Institut Teknologi dan Kesehatan (ITEKES) Bali

Penulis lahir di Denpasar tanggal 8 Januari 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Institut Teknologi dan Kesehatan (ITEKES) Bali sejak tahun 2005 sampai saat ini. Menempuh dan menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan tahun 2000-2023 di Poltekkes Kemenkes Denpasar, Pendidikan D IV Kebidanan tahun 2024-2025 di STIKES Ngudi Waluyo Ungaran dan Megister Kesehatan Masyarakat jurusan KIA-Kespro tahun 2010-2012 di Universitas Udayana.

Email penulis : adenurtini82sanur@gmail.com

BIODATA PENULIS



Teta Puji Rahayu, SST., M.Keb.

Dosen Program Studi Kebidanan Magetan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya

Penulis lahir di Jombang tanggal 22 Februari 1980. Penulis adalah dosen pada Program Studi Kebidanan Magetan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan pada Akademi Kebidanan Yayasan RSI Surabaya lulus tahun 2001, melanjutkan Program Studi D4 Bidan Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung lulus tahun 2003, dan melanjutkan S2 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung lulus tahun 2011.

Penulis memiliki ketertarikan di bidang kebidanan dan aktif sebagai peneliti dan menulis artikel jurnal ilmiah bidang kebidanan. Penulis juga sebagai Anggota IBI Cabang Kabupaten Magetan. Penulis berkeinginan mengembangkan Ilmu Kebidanan melalui beberapa Buku yang ditulis. Semoga bermanfaat bagi pembaca baik mahasiswa maupun Dosen Kebidanan serta masyarakat umum.

BIODATA PENULIS



Bdn. I Gusti Ayu Raras Praminingrum, S.ST.,M.Keb
Dosen Program Studi Sarjana Terapan dan Profesi Bidan
Politeknik Kesehatan Kartini Bali

Penulis lahir di Bali, Amlapura tanggal 11 Oktober 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan dan Profesi Bidan di Politeknik Kesehatan Kartini Bali. Penulis telah menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik pada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Yogyakarta dan melanjutkan pendidikan S2 pada Jurusan Magister Keidanan di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta. Penulis sedang menekuni bidang menulis, penulis juga aktif dalam penelitian dan pengabdian masyarakat.

BIODATA PENULIS



Risa Mundari, S.Keb.,Bd.,M.Keb

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi
Bidan STIKes Panca Bhakti Bandar Lampung

Penulis lahir di Padang tanggal 1 Juni 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan Dan Profesi Bidan STIKes Panca Bhkati Bandar Lampung. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Sarjana Pendidikan Bidan di Universitas Arilangga (UNAIR) Surabaya dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Andalas (UNAND) Padang. Penulis menekuni bidang Menulis di Ilmu Kebidanan.