



ASUHAN KOMPREHENSIF



PENULIS :

- Beki Putri Harwijayanti
- Siti Naili Ilmiyani
- Nur Ismi Wahyuni
- Ni Nyoman Murti
- Damai Noviasari
- Sariestya
- Lilis Candra Yanti



ASUHAN KOMPREHENSIF

Bekti Putri Harwijayanti

Siti Naili Ilmiyani

Nur Ismi Wahyuni

Ni Nyoman Murti

Damai Noviasari

Sariestya Rismawati

Lilis Candra Yanti



GET PRESS INDONESIA

ASUHAN KOMPREHENSIF

Penulis :

Bekti Putri Harwijayanti
Siti Naili Ilmiyani
Nur Ismi Wahyuni
Ni Nyoman Murti
Damai Noviasari
Sariestya Rismawati
Lilis Candra Yanti

ISBN : 978-623-125-152-7

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Penyunting : ilda melisa., A.Md., Kep

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

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

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, April 2024

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

KATA PENGANTAR

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

Buku Ini Membahas Pengantar Asuhan kebidanan komprehensif, Konsep Dasar Kebidanan Komprehensif, Konsep Dasar Kehamilan, Konsep Dasar Persalinan, Konsep Dasar Nifas, Konsep Dasar Bayi Baru Lahir, Konsep Dasar Keluarga Berencana.

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, April 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 PENGANTAR ASUHAN KEBIDANAN	
KOMPREHENSIF	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Implikasi Asuhan Komprehensif dalam Pelayanan Kebidanan	2
1.3 Asuhan berkelanjutan yang komprehensif di berbagai negara.....	4
1.4 Manajemen perubahan organisasional, hambatan, dan pendorong dalam asuhan komprehensif	7
1.5 Pendukung keberlanjutan asuhan	8
1.7 Asuhan Komprehensif dalam pendidikan kebidanan ..	9
DAFTAR PUSTAKA	11
BAB 2 KONSEP DASAR ASUHAN KOMPREHENSIF	15
2.1 Pengertian Asuhan Komprehensif.....	15
2.2 Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif	16
2.3 Prinsip – Prinsip Pokok Asuhan	16
2.4 Dampak Asuhan kebidanan komprehensif (<i>Continuity of care</i>)	17
2.5 Upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak.....	17
2.6 Jenis Pelayanan Dalam Asuhan Komprehensif (<i>Continuity of Care</i>)	18
2.7 Tahapan Asuhan Komprehensif	19
2.8 Asuhan Kehamilan Komprehensif	21
2.9 Pengembangan Perencanaan Asuhan Yang Komprehensif.	22
DAFTAR PUSTAKA	25
BAB 3 KONSEP DASAR KEHAMILAN	27
3.1 Pengertian Kehamilan	27
3.2 Proses Pembuahan dan Kehamilan	28
3.3 Tanda Dan Gejala Kehamilan	28
3.4 Perubahan Fisiologi Kehamilan	31
3.5 Pelayanan Antenatal terpadu	34

3.6 Pertambahan Berat Badan Selama Kehamilan	35
DAFTAR PUSTAKA.....	37
BAB 4 KONSEP PERSALINAN	39
4.1 Pendahuluan	39
4.2 Konsep Persalinan	40
4.3 Tanda dan Gejala Persalinan Normal	40
4.4 Tujuan Asuhan Persalinan.....	46
4.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan.....	47
4.5.1 Faktor <i>Passage</i> (Jalan Lahir)	47
4.5.2 Power/Kekuatan	47
4.5.3 <i>Passenger</i> (Buah Kehamilan).....	47
4.5.4 Psikologis	48
4.5.5 Penolong.....	48
4.5.6 <i>Evidence Based Midwifery</i> dalam Persalinan	48
4.6 Asuhan Sayang Ibu Dalam persalinan.....	49
DAFTAR PUSTAKA.....	50
BAB 5 KONSEP DASAR NIFAS	51
5.1 Pendahuluan	51
5.2 Definisi Masa Nifas	52
5.4 Tujuan Asuhan Masa Nifas.....	52
5.5 Tahapan Masa Nifas.....	53
5.6 Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas	54
5.7 Kebijakan Program Nasional Asuhan Masa Nifas	56
5.8 Hak Pasien	57
5.9 Standar Asuhan Masa Nifas	58
5.10 Issu Terbaru Perawatan Masa Nifas.....	59
DAFTAR PUSTAKA.....	60
BAB 6 KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR.....	61
6.1 Pendahuluan	61
6.2 Definisi Bayi Baru Lahir	61
6.2.1 Klasifikasi	61
6.2.2 Ciri Bayi Baru Lahir Normal.....	62
6.3 Adaptasi Bayi Baru Lahir	62
6.3.1 Definisi Adaptasi Bayi Baru Lahir	62
6.3.2 Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir	63
6.4 Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir	66
6.5 Asuhan Bayi Baru Lahir	68

6.5.1 Asuhan Pada Bayi Baru Lahir	68
6.5.2 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir.....	69
DAFTAR PUSTAKA	70
BAB 7 KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA	71
7.1 Pendahuluan.....	71
7.2 Definisi Keluarga Berencana	71
7.3 Tujuan Program Keluarga Berencana	72
7.4 Sasaran Program Keluarga Berencana	73
7.5 Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana	74
7.6 Strategi Pendekatan dan Cara Operasional Program Pelayanan Keluarga Berencana.....	75
7.7 Perencanaan Keluarga dan Penapisan Klien	78
7.8 Manfaat Program Keluarga Berencana.....	79
DAFTAR PUSTAKA	81
BIODATA PENULIS	

BAB 1

PENGANTAR ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF

Oleh Bekti Putri Harwijayanti

1.1 Pendahuluan

Asuhan kebidanan komprehensif menekankan pada paradigma wanita sebagai pusat layanan dan asuhan. Pelayanan dan asuhan yang berpusat pada wanita merupakan sebuah filosofi dan instrumen yang dipilih secara sadar untuk manajemen perawatan pada wanita yang sedang hamil, melahirkan hingga periode selanjutnya, dimana hubungan kolaboratif antara wanita – sebagai individu – dan bidan – sebagai individu dan profesional – dibentuk melalui interaksi kemanusiaan yang penuh penghargaan dan rasa hormat (Fahlbeck et al., 2022). Perawatan yang berpusat pada wanita mempunyai tujuan dan fokus yang sama pada pengalaman individu perempuan, dan pengelolaan kehamilan dan persalinan, serta kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak. Perawatan yang berpusat pada wanita mempunyai karakter timbal balik namun berfluktuasi dalam kesetaraan dan lokus kendali yang saling menguntungkan (Hainsworth et al., 2021).

Organisasi Kesehatan Dunia mendefinisikan asuhan pada wanita yang penuh hormat sebagai pelayanan yang menjaga martabat, privasi, kerahasiaan, bebas dari bahaya dan penganiayaan, serta memungkinkan adanya pilihan berdasarkan informasi dan dukungan berkelanjutan selama persalinan. Pendekatan ini direkomendasikan sebagai prioritas internasional karena memungkinkan layanan berkualitas tinggi dan mendukung potensi pengalaman melahirkan yang memuaskan bagi perempuan (Dixon et al., 2023).

Untuk dapat mengidentifikasi apakah perempuan mempunyai pengalaman maternitas yang positif, dilakukan eksplorasi perspektif tentang asuhan dan mengidentifikasi apa yang

penting bagi mereka. Studi internasional yang mengeksplorasi apa yang berkontribusi terhadap kepuasan perempuan terhadap layanan maternitas menemukan bahwa perasaan memegang kendali, dimana mendapat informasi dan merasa dihormati adalah hal yang penting. Interaksi interpersonal antara perempuan dengan penyedia layanannya mempunyai dampak yang signifikan terhadap persepsinya terhadap layanan maternitas, dan termasuk perlakuan penuh dengan kebaikan dan empati (Combellick et al., 2023). Keyakinan dan kepercayaan terhadap penyedia layanan maternitas juga berhubungan dengan tumbuhnya persepsi dan pengalaman mereka yang positif (Dixon et al., 2023).

Konsep fundamental dalam pelayanan bagi ibu dan anak tersebut menjadi model pengembangan layanan yang menyeluruh dalam kebidanan yang selanjutnya dikenal sebagai asuhan komprehensif. Asuhan ini melibatkan seluruh aspek dalam layanan kesehatan yang berlangsung secara berkelanjutan dalam siklus hidup wanita.

1.2 Implikasi Asuhan Komprehensif dalam Pelayanan Kebidanan

Layanan maternitas dan kebidanan secara internasional berkembang ke arah peningkatan keberlanjutan asuhan pada ibu dan bayi (Carter et al., 2022). Kesenambungan pelayanan kebidanan dengan program kebidanan yang berfungsi dengan baik juga direkomendasikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia untuk mendukung pengalaman melahirkan yang positif dan menurunkan kesakitan bahkan kematian ibu dan anak. Tinjauan Sistematis Cochrane terhadap 15 percobaan yang melibatkan 17.674 perempuan menemukan bahwa mereka yang diberikan asuhan komprehensif atau kesinambungan pelayanan yang dipimpin oleh bidan mempunyai kemungkinan lebih kecil untuk mengalami intervensi medis, memiliki kepuasan yang lebih besar terhadap pelayanan dan hasil yang serupa atau lebih baik bila dibandingkan dengan perempuan yang menerima model pelayanan lainnya (Dixon et al., 2023). Asuhan yang berkelanjutan bersifat menyeluruh yang mencakup siklus maternitas dan meliputi aspek-aspek layanan secara komprehensif (Renfrew et al., 2019).

Keberlanjutan pelayanan yang komprehensif yang dipimpin oleh bidan dikaitkan dengan hasil yang lebih baik bagi perempuan dan bayi, dibandingkan dengan model pelayanan lainnya. Perempuan yang menerima perawatan berkelanjutan melalui bidan memiliki kemungkinan lebih kecil untuk: mengalami kelahiran prematur; mengalami kematian janin atau kematian neonatal; memerlukan intervensi selama persalinan, termasuk analgesia regional, persalinan instrumental, amniotomi, atau episiotomi; dan meminta analgesia. Selain itu, kemungkinannya lebih besar untuk mengalami kelahiran spontan dan puas dengan perawatan (Cibralic et al., 2023). Mengingat manfaat yang terkait dengan kesinambungan pelayanan yang dipimpin oleh bidan, terdapat dukungan kuat dari pemerintah terhadap model ini, baik secara nasional maupun internasional (Hewitt et al., 2021).

Kesinambungan pelayanan kebidanan memungkinkan seorang bidan untuk mengkoordinasikan pelayanan selama masa kehamilan, kelahiran dan sampai enam minggu setelah melahirkan. Ini adalah intervensi yang diakui secara global. Dibandingkan dengan layanan rumah sakit standar yang terfragmentasi, intervensi ini mengoptimalkan keamanan klinis melalui bidan yang memastikan perawatan berpusat pada perempuan, terintegrasi dan kolaboratif dengan semua layanan medis terkait dan layanan kesehatan terkait. Hal ini meningkatkan hasil klinis bagi ibu dan bayinya, serta meningkatkan kualitas hidup ibu dan kepuasan tenaga kerja kebidanan serta hemat biaya (Prussing et al., 2023).

Cochrane Review menemukan, wanita yang menerima perawatan dalam model *Midwifery Continuity of Care (MCC)* lebih kecil kemungkinannya untuk mengalami analgesia regional, persalinan pervaginam instrumental, kelahiran prematur kurang dari 37 minggu dan penurunan kematian janin sebelum dan sesudah 24 minggu ditambah penurunan angka kematian neonatal (Sandall et al., 2016). Penelitian lain juga menemukan bahwa wanita yang menerima MCC lebih kecil kemungkinannya untuk menjalani operasi Caesar dan telah meningkatkan kepuasan terhadap perawatan. Penelitian menunjukkan bahwa model pelayanan ini hemat biaya dan memungkinkan bidan untuk bekerja sesuai dengan kebutuhan mereka dimana cakupan penuh praktik meningkatkan

kepuasan kerja. Ini adalah pertimbangan penting dalam iklim maternitas secara global saat ini dimana peningkatan hasil dan kepuasan bagi perempuan dan bayinya dengan mengurangi kematian dan kesakitan yang dapat dicegah adalah sebuah prioritas (Homer, 2016). Data internasional menunjukkan peningkatan yang mengkhawatirkan dalam intervensi medis, seperti kelahiran instrumental dan operasi caesar. Tren tersebut menjadi perhatian mengingat adanya pedoman internasional yang bertujuan untuk mengurangi peningkatan tingkat intervensi medis ini. MCC diakui mampu mendukung tujuan tersebut bila dibandingkan dengan yang dipimpin secara medis melalui perawatan berbasis rumah sakit, khususnya penurunan tingkat intervensi seperti; operasi caesar dan persalinan dengan bantuan instrumental, yang berhubungan dengan risiko morbiditas yang lebih besar bagi wanita, bayinya, dan kehamilan berikutnya (World Health Organisation (WHO) & (UNFPA), 2020).

1.3 Asuhan berkelanjutan yang komprehensif di berbagai negara

Di New Zealand, layanan bersalin memungkinkan kesinambungan perawatan universal bagi perempuan saat melahirkan melalui pendaftaran pada *Lead Maternity Carer (LMC)* pada awal kehamilan. LMC bisa merupakan seorang bidan, dokter kandungan atau dokter umum dan mereka bertanggung jawab untuk memberikan perawatan kehamilan, persalinan dan kelahiran, serta pasca kelahiran selama 4–6 minggu (New Zealand Ministry of Health, 2021). Model pelayanan ini dikembangkan melalui kemitraan politik antara perempuan dan bidan yang dimulai pada tahun 1980an dan menghasilkan penerapan kembali otonomi kebidanan melalui Amandemen Undang-Undang Perawat tahun 1990 (Primary Maternity Services: Notice Pursuant to Section 88 of the New Zealand Public Health and Disability Act 2000, 2021). Selanjutnya, bidan di LMC tetap berhak atas pendanaan pemerintah untuk penyediaan layanan bersalin (melalui Pemberitahuan Layanan Bersalin Primer) dengan dasar yang sama seperti dokter umum dan dokter kandungan swasta. Sekitar 58–60.000 perempuan melahirkan setiap tahunnya di Aotearoa New Zealand

dan proporsi perempuan yang mendaftar ke bidan LMC telah meningkat (dari 92% pada tahun 2011 menjadi 95,6% pada tahun 2020) (Dixon et al., 2023).

Di Jerman, bidan mendampingi dan mendukung ibu hamil, ibu dalam persalinan, dan wanita yang baru saja melahirkan. Asuhan kebidanan berlangsung dalam konteks interdisipliner dengan tujuan asuhan yang terintegrasi, terkoordinasi, dan berpusat pada wanita. Dengan melakukan hal itu, mereka mengupayakan perawatan individual dan fleksibel yang disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing perempuan untuk menjamin kesehatan dan hak-hak perempuan dan bayi baru lahirnya di setiap tahap perawatan (Ayerle & Mattern, 2018). Di negara ini, ruang lingkup pelayanan kebidanan ditetapkan secara hukum. Ini mencakup konseling, perawatan dan observasi yang independen dan komprehensif untuk wanita pada saat hamil, melahirkan, masa nifas dan menyusui (Hunter et al., 2017). Selanjutnya penatalaksanaan mandiri fisiologi kelahiran serta pemeriksaan, perawatan dan pemantauan bayi baru lahir dan bayi adalah tanggung jawab bidan (Higgins et al., 2020). Dokter berkewajiban untuk memastikan bahwa bidan berkonsultasi selama persalinan. Secara umum menurut Kode Jaminan Sosial V, semua perempuan yang memiliki asuransi hukum di Jerman berhak mendapatkan perawatan kebidanan. Menurut ketentuan hukum tersebut, bidan mempunyai peran sentral dalam hal ini "menyediakan layanan kesehatan berkualitas tinggi yang aman, efektif, dan efisien" (International Confederation of Midwives, 2017). Untuk memastikan layanan profesional yang berpusat pada wanita, penting untuk melakukan hal ini dan membuat kualitas proses pelayanan kebidanan dapat diukur. Ini membantu mengidentifikasi secara efisien kekurangan dan kelebihan dalam perawatan ibu dan bayi baru lahirnya (Schulz & Wirtz, 2021).

Implementasi asuhan berkelanjutan secara luas sangat menantang dan lambat, *khususnya* di pedesaan Australia. Selama lebih dari dua dekade, kebijakan pemerintah internasional dan Australia telah merekomendasikan bahwa MCC harus dapat diakses wanita dan keluarga mereka selama kehamilan dan kelahiran (Prussing et al., 2023). Selain itu, sejumlah Perangkat MCC

telah dikembangkan dan menguraikan panduan implementasi yang bertujuan untuk meningkatkan akses terhadap layanan bersalin. Meskipun ada arahan ini, hanya 8% perempuan Australia yang mempunyai akses terhadap MCC, terutama di wilayah metropolitan (Dawson et al., 2016). Bukti juga menunjukkan bahwa model MCC dapat menawarkan banyak manfaat dan perbaikan terhadap layanan persalinan di wilayah regional (Cummins et al., 2020), namun, sebuah penelitian menemukan bahwa 38% rumah sakit menyatakan mereka tidak berniat menerapkan MCC dan sebagian besar berada di daerah regional atau terpencil (Dawson et al., 2016). Hal ini menjadi kekhawatiran karena wilayah regional mencakup populasi dengan prioritas lebih tinggi, seperti keluarga Aborigin, yang memiliki risiko lebih besar terhadap hasil kesehatan maternitas yang lebih buruk. Selain itu, penelitian menunjukkan MCC dapat mengurangi kelahiran prematur sebesar 50% pada populasi Aborigin (Kildea et al., 2019). Hal ini merupakan temuan penting karena kelahiran prematur merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan pada anak-anak (Walani, 2020) dan penerapan MCC akan membantu menutup kesenjangan tingginya angka kematian bayi di komunitas ini (Kildea et al., 2019). *The Woman-Centered Care: Strategic Directions for Australian Maternity Services* dan *First 2000 Days Framework* mengidentifikasi MCC sebagai intervensi penting untuk memastikan bahwa ibu dan bayi memiliki awal kehidupan yang terbaik (Council of Australian Governments, 2019; New South Wales Ministry of Health, 2019). Penelitian menyelidiki faktor-faktor yang terkait dengan penerapan model kesinambungan pelayanan kebidanan diperlukan untuk meningkatkan penerjemahan ke dalam rangkaian persalinan Australia yang beragam (Dawson et al., 2016; Homer, 2016). Diperlukan penelitian yang melampaui manfaat klinis yang terdokumentasi dengan baik dan mengarah pada penerapan model melalui efisiensi biaya dan manfaat bagi tenaga kerja (Newton et al., 2016)

1.4 Manajemen perubahan organisasional, hambatan, dan pendorong dalam asuhan komprehensif

Pelayanan maternitas yang tradisional dan terlembaga sebagian besar masih terfragmentasi, termedisiasi, dan berorientasi pada tugas, sehingga dapat mengganggu pelayanan yang berpusat pada perempuan dan kepuasan bidan (Catling dkk., 2017). Meskipun sistem yang termedisiasi mungkin dapat memenuhi kebutuhan organisasi, namun seringkali mengabaikan kebutuhan perempuan. Sebaliknya, model asuhan kebidanan ini merupakan peralihan dari pelayanan tradisional ke pelayanan yang responsif dan relasional (Hewitt dkk., 2019). Mereka tidak didikte oleh kerja shift, namun fokus pada kebutuhan perempuan, dan juga mengutamakan profesionalisme bidan (Bureau dan Overgaard, 2015).

Mengingat perbedaan antara model tradisional dan model asuhan komprehensif, faktor-faktor yang membantu dan menghambat perubahan perlu dipertimbangkan (Newton et al., 2016). Hal ini mencakup kebutuhan dan preferensi staf, konsumen, dan pemangku kepentingan lainnya, baik di dalam maupun di luar layanan (McInnes dkk., 2018). Misalnya saja beberapa bidan, khususnya bidan di daerah pedesaan, mereka bekerja sebagai perawat sekaligus bidan, lebih jauh lagi, beberapa orang lebih memilih kerja shift, dengan minat yang terbatas untuk siap dipanggil (Dawson dkk., 2016). Demikian pula, dalam beberapa konteks, dukungan dari dokter kandungan dan dokter umum masih terbatas—terdapat juga keterbatasan sumber daya, termasuk dana. Secara kolektif, hal-hal ini dapat menghambat penerapan asuhan.

Oleh karena itu, penting untuk memperhatikan kepentingan lokal dan menyesuaikan modelnya. Hal ini mungkin melibatkan penanganan permasalahan yang ada secara eksplisit – seperti ketidakpuasan staf terhadap status quo atau meningkatnya angka intervensi obstetrik – dengan memperkenalkan perubahan. Meskipun berpotensi sulit, perubahan dapat difasilitasi melalui pendekatan multipel. Hal ini dapat dilakukan dengan membangun hubungan interdisipliner yang kuat dengan para pemangku kepentingan yang menunjukkan inklusivitas dan transparansi,

negosiasi industrial, konsolidasi sumber dana, perencanaan strategis yang memperhatikan kepentingan politik saat ini, pendidikan staf interdisipliner, serta sistem manajemen yang fleksibel, mengingat cara model ini diberlakukan (Cummins et al., 2016). Melibatkan manajer dan bidan sebagai agen perubahan juga dapat bermanfaat Newton dkk., 2019). Dengan memahami dan memperhatikan kepentingan bidan, mungkin mereka terdorong untuk menggalang kepedulian, dan melibatkan pemangku kepentingan yang berbeda – hal ini memperkuat hubungan saling menghormati yang diperlukan untuk layanan berkinerja tinggi (McCourt dkk., 2018).

1.5 Pendukung keberlanjutan asuhan

Agar layanan kebidanan dapat dianggap berkelanjutan, layanan tersebut harus dikelola dengan bidan yang memadai dan mendapat dukungan serta perlindungan berkelanjutan dari manajemen dan pemangku kepentingan lainnya (McInnes et al., 2018). Oleh karena itu, layanan berkelanjutan biasanya aman, hemat biaya, dan melibatkan bidan serta klien (Crowther et al., 2016). Kepemimpinan layanan sangat penting untuk mengelola hambatan sambil menerapkan kesinambungan pelayanan kebidanan yang berkelanjutan (Leap et al., 2011). Meskipun bidan biasanya mengelola beban kerja sehari-hari mereka, manajer dapat membantu keberlanjutan dengan mengelola anggaran, mengembangkan rencana suksesi, mempromosikan layanan, melibatkan pemangku kepentingan, dan memastikan kepuasan bidan (Hewitt et al., 2019). Misalnya, mereka dapat bertemu secara rutin dengan bidan, memastikan mereka mendapat dukungan yang baik untuk memberikan layanan on-call; memastikan kesempatan rutin bagi bidan untuk saling mendukung (Leap et al., 2011); melibatkan bidan secara bermakna dalam perencanaan strategis dan manajemen perubahan (Burau dan Overgaard, 2015; Dawson et al., 2016; Hewitt dkk., 2019); dan mengatasi, atau bahkan mencegah intimidasi di tempat kerja, yang dapat memperburuk kelelahan (Yoshida dan Sandall, 2013) – hal ini dapat melibatkan penghapusan hierarki yang memisahkan mereka yang memberikan, mengelola, atau mengelola model layanan konvensional dan tidak

konvensional, seperti model ini (Catling dkk., 2017, Menke dkk., 2014).

1.7 Asuhan Komprehensif dalam pendidikan kebidanan

Meningkatkan akses perempuan terhadap kesinambungan pelayanan kebidanan merupakan rekomendasi utama dalam rencana strategis nasional agar layanan maternitas dianggap sebagai praktik terbaik kebidanan. Menyiapkan tenaga kebidanan yang terampil dalam seluruh lingkup praktik, dan mampu memberikan kesinambungan pelayanan penting untuk memungkinkan perubahan tingkat sistem yang diperlukan untuk menerjemahkan bukti dan kebijakan yang diterapkan (Toll et al., 2024). Model pembelajaran yang berfokus pada asuhan yang komprehensif ini memungkinkan siswa untuk merasakan penyediaan layanan berkelanjutan bagi perempuan sepanjang masa peripartumnya, apa pun model layanan kesehatan yang diakses oleh perempuan tersebut. Model ini mensyaratkan siswa untuk terlibat dalam hubungan profesional dengan wanita selama masa perinatal mereka menghadiri episode perawatan antenatal dan pascakelahiran wanita. Integrasi model dalam program pendidikan kebidanan mencerminkan peran penting yang dimainkannya dalam mempersiapkan tenaga kebidanan (Tierney et al., 2024).

Asuhan komprehensif diterima dengan baik dan perlu diperhatikan bahwa model ini harus menjadi pengalaman pembelajaran yang tertanam bagi semua mahasiswa kebidanan. Pengelola pendidikan kebidanan mengidentifikasi kebutuhan untuk mempelajari cara terbaik untuk melakukan penggabungan model ini menjadi pengalaman klinis sebagai prioritas utama untuk pengembangan profesi di masa depan (Sidebotham et al., 2020). Menentukan tujuan pembelajaran yang umum adalah kunci untuk menginformasikan target pembelajaran dan penilaian yang bertujuan untuk mengoptimalkan pengalaman pembelajaran berbasis praktik ini (Gamble et al., 2020).

Asuhan ini memberikan kesempatan kepada siswa untuk mengembangkan secara mendalam koneksi dan hubungan dengan seorang wanita sepanjang perjalanan melahirkan anak dan

setelahnya. Temuan tentang penerapan model ini lebih lanjut mendukung gagasan yang dilakukan siswa agar terlibat dalam hubungan simbiosis, belajar tentang wanita dan apa yang penting baginya (Tierney et al., 2024). Teridentifikasi bahwa siswa tampak membangun hubungan saat berinteraksi dan mengenal wanita melalui berbagai episode perawatan, yang merupakan hal unik dalam model asuhan ini. Temuan ini sejalan dengan penelitian lain yang mengeksplorasi perspektif siswa mengenai waktu yang tersedia dalam asuhan berkelanjutan yang dapat meningkatkan kemampuan mereka untuk mengembangkan hubungan dengan perempuan (Hainsworth et al., 2022). Pengembangan hubungan yang erat ini sangat penting bagi pengalaman belajar siswa dan memungkinkan rasa akuntabilitas dan investasi dalam penyediaan layanan dan praktik kebidanan mereka (Tierney et al., 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Ayerle, G., & Mattern, E. (2018). Women's Expectation of a Midwife. *Die Hebamme*, 31(30), 6.
- Carter, J., Sidebotham, M., & Dietsch, E. (2022). Prepared and motivated to work in midwifery continuity of care? A descriptive analysis of midwifery students' perspectives. *Women and Birth*, 35(2), 160–171. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.013>
- Cibralic, S., Pickup, W., Diaz, A. M., Kohlhoff, J., Karlov, L., Stylianakis, A., Schmied, V., Barnett, B., & Eapen, V. (2023). The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: A narrative systematic review. *Midwifery*, 116, 103546. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103546>
- Combellick, J. L., Telfer, M. L., Ibrahim, B. B., Novick, G., Morelli, E. M., James-Conterelli, S., & Kennedy, H. P. (2023). Midwifery care during labor and birth in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S983–S993. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.09.044>
- Council of Australian Governments. (2019). *Woman-centred care: Strategic directions for Australian maternity services*.
- Cummins, A., Coddington, R., Fox, D., & Symon, A. (2020). Exploring the qualities of midwifery-led continuity of care in Australia using the quality maternal and newborn care framework. *Women Birth*, 33(2), 125–134.
- Dawson, K., McLachlan, H., Newton, M., & Forster, D. (2016). Implementing caseload midwifery: exploring the view of maternity managers in Australia-a national cross-sectional survey. *Women Birth*, 29(3), 214–222.
- Dixon, L., Daellenbach, S., Anderson, J., Neely, E., Nisa-Waller, A., & Lockwood, S. (2023). Building positive respectful midwifery relationships: An analysis of women's experiences of continuity of midwifery care in Aotearoa New Zealand. *Women and Birth*, 36(6), e669–e675. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.06.008>
- Fahlbeck, H., Johansson, M., Hildingsson, I., & Larsson, B. (2022). 'A longing for a sense of security' – Women's experiences of

- continuity of midwifery care in rural Sweden: A qualitative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 33(July), 100759. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100759>
- Gamble, J., Sidebotham, M., Gllkison, A., Davis, D., & Sweet, L. (2020). Acknowledging the primacy of continuity of care experience in midwifery education. *Women Birth*, 33(2), 111–118.
- Hainsworth, N., Cummins, A., Newnham, E., & Foureur, M. (2022). Learning through relationships: the transformative learning experience of midwifery continuity of care for students: A qualitative study. *Women Birth*, 36(4).
- Hainsworth, N., Dowse, E., Ebert, L., & Foureur, M. (2021). 'Continuity of Care Experiences' within pre-registration midwifery education programs: A scoping review. *Women and Birth*, 34(6), 514–530. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.003>
- Hewitt, L., Dahlen, H. G., Hartz, D. L., & Dadich, A. (2021). Leadership and management in midwifery-led continuity of care models: A thematic and lexical analysis of a scoping review. *Midwifery*, 98(March), 102986. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102986>
- Higgins, J., Thomas, J., & Chandler, J. (2020). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Second Edi). Wiley-Blackwell.
- Homer, C. (2016). Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. *Med J Aust*, 8(205), 370–374.
- Hunter, A., Devane, D., & Houghton, C. (2017). Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(322).
- International Confederation of Midwives. (2017). *Definition of Midwifery*.
- Kildea, S., Gao, Y., Hickey, S., Kruske, S., Nelson, C., Blackman, R., & Roe, Y. (2019). Reducing preterm birth amongst Aboriginal and Torres Strait Islander babies: A prospective cohort study. *E Clin. Med.*, 12, 43–51.
- New South Wales Ministry of Health. (2019). *The first 2000 days framework: conception to age 5*.

- Primary Maternity Services: Notice pursuant to Section 88 of the New Zealand Public Health and Disability Act 2000, (2021). New Zealand Ministry of Health. (2021). *Strategic Intentions 2021 to 2025*.
- Newton, M. S., McLachlan, H. L., Forster, D. A., & Willis, K. F. (2016). Understanding the “work” of caseload midwives: a mixed - methods exploration of two caseload midwifery models in Victoria, Australia. *Women Birth*, 29(3), 223–233.
- Prussing, E., Browne, G., Dowse, E., Hartz, D., & Cummins, A. (2023). Implementing midwifery continuity of care models in regional Australia: A constructivist grounded theory study. *Women and Birth*, 36(1), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.03.006>
- Renfrew, M., Ateva, E., Dennis-Antwi, J., Davis, D., Dixon, L., & Johnson, P. (2019). Midwifery is a vital solution-what is holding back global progress? *Birth*, 3(46), 396–399.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwifery-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Collab*, 9.
- Schulz, A. A., & Wirtz, M. A. (2021). Assessment of the quality of woman-centred midwifery care from the mothers’ perspective: A structural analysis of cross-sectional survey data[Formula presented]. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 166, 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.07.006>
- Sidebotham, M., McKellar, L., Walters, L., Gilkinson, C., Davis, A., & Gamble, D. (2020). Identifying the priorities for midwifery education across Australia and New Zealand: a delphi study. *Women Birth*, 34(2).
- Tierney, O., Vasilevski, V., Kinsman, L., & Sweet, L. (2023). Advocacy, accountability and autonomy; the learning intention of the midwifery student continuity of care experience. *Nurse Education in Practice*, 72(June), 103772. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103772>
- Tierney, O., Vasilevski, V., Kinsman, L., & Sweet, L. (2024). Development of the essential learning outcomes for the midwifery student continuity of care learning model: A

- Delphi study. *Women and Birth*, October 2023, 101582.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.01.008>
- Toll, K., Sharp, T., Reynolds, K., & Bradfield, Z. (2024). Advanced midwifery practice: A scoping review. *Women and Birth*, 37(1), 106–117.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.10.001>
- Walani, S. R. (2020). Global burden of preterm birth. *Int. J. Gynecol*, 150(1), 31–33.
- World Health Organisation (WHO), & (UNFPA), U. N. P. F. (2020). *Ending preventable newborn deaths and stillbirths by 2030: A renewed focus for improving maternal and newborn health and wellbeing*.

BAB 2

KONSEP DASAR ASUHAN KOMPREHENSIF

Oleh Siti Naili Ilmiyani

2.1 Pengertian Asuhan Komprehensif

Pelayanan kebidanan yang komprehensif merupakan usaha dalam bidang kebidanan yang dimulai sejak masa kehamilan, proses persalinan, perawatan bayi baru lahir, masa nifas, dan juga keluarga berencana (KB). Tujuannya adalah untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal dengan cara mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan, serta memastikan ketersediaan layanan kesehatan yang diperlukan, yang melibatkan klien sebagai mitra dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi pelayanan kebidanan. Oleh karena itu, dibutuhkan pendekatan pelayanan kebidanan yang mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan rehabilitasi secara menyeluruh (Hamidah, 2009).

Asuhan Komprehensif, yang juga dikenal sebagai Continuity Of Care, merujuk pada pelayanan yang diberikan oleh bidan mulai dari masa kehamilan hingga program Keluarga Berencana (KB) secara terus-menerus. Hal ini memungkinkan pemantauan kondisi ibu secara efektif, sementara juga menciptakan rasa kepercayaan dan keterbukaan yang lebih besar pada ibu karena hubungan yang dekat dan akrab dengan penyedia layanan kesehatan (Siwi, 2017).

Asuhan Komprehensif atau Continuity of Care bertujuan untuk mengawasi perkembangan kehamilan serta memastikan kesehatan ibu dan pertumbuhan bayi, mendeteksi masalah atau komplikasi yang mungkin muncul selama kehamilan secara dini, mengurangi risiko persalinan dengan intervensi seperti SC, dan meningkatkan angka persalinan normal. (Ningsih, 2017).

Pelayanan Kontinuitas melibatkan interaksi terapeutik antara perempuan dan tenaga kesehatan, terutama bidan, dalam memberikan layanan yang komprehensif dan pengetahuan yang menyeluruh (Sandall, 2014). Hubungan kontinuitas ini mencakup dukungan emosional seperti dorongan, pujian, kepastian, serta pendengaran terhadap keluhan perempuan, dan mendampingi mereka sebagai bagian penting dari perawatan saat melahirkan. Dukungan yang diberikan oleh bidan tersebut bertujuan untuk memusatkan layanan pada perempuan (Liadou, 2012).

2.2 Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif menurut (Saifuddin, 2014) adalah :

1. Memeriksa perkembangan untuk memastikan kesejahteraan ibu dan pertumbuhan optimal bayi.
2. Meningkatkan dan menjaga kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
3. Mengenali potensi kelainan atau komplikasi selama kehamilan secara dini, termasuk riwayat penyakit umum, obstetrik, dan operasi sebelumnya.
4. Memastikan persiapan persalinan yang tepat waktu untuk kelahiran yang aman bagi ibu dan bayi, serta mengurangi risiko trauma sebanyak mungkin.
5. Menjamin kesejahteraan ibu selama masa nifas dan mendorong pemberian ASI secara eksklusif.
6. Memberikan dukungan dan persiapan kepada ibu dan keluarga untuk menyambut kelahiran bayi dengan baik, serta mendukung perkembangan optimal anak.
7. Mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir secara signifikan.

2.3 Prinsip – Prinsip Pokok Asuhan

1. Memberikan pelayanan persalinan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
2. Menjamin akses produk bagi kelompok miskin agar dapat melahirkan di fasilitas kesehatan.

3. Kerjasama antara rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) dan fasilitas kesehatan dalam proses pengalihan pasien.
4. Meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit.
5. Pelaksanaan strategi promosi.
6. Melakukan pemantauan terhadap kematian ibu dan bayi baru lahir, baik di masyarakat maupun di fasilitas kesehatan.
7. Pembangunan sistem akreditasi untuk standar pelayanan persalinan dan pengalihan di fasilitas kesehatan. (S Diana, 2017).

2.4 Dampak Asuhan kebidanan komprehensif (*Continuity of care*)

Meningkatnya risiko komplikasi pada ibu yang tidak diberikan penanganan yang tepat dapat mengakibatkan penundaan dalam penanganan komplikasi sehingga angka kesakitan dan kematian meningkat. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pelayanan kebidanan yang berkesinambungan. Komplikasi yang mungkin timbul selama kehamilan termasuk tekanan darah tinggi, kekurangan darah (anemia), perdarahan karena aborsi, serta pembengkakan pada wajah dan kaki, dan lain-lain. Sementara itu, komplikasi yang muncul saat persalinan termasuk persalinan yang sulit, kontraksi otot rahim yang lemah, bayi yang tidak berada dalam posisi kepala turun, tali pusat yang melilit, pecahnya ketuban sebelum waktunya, dan lain-lain. Pada masa nifas, komplikasi yang mungkin timbul termasuk penumpukan ASI, infeksi pasca persalinan, perdarahan, dan lain-lain. Sedangkan komplikasi umum yang dialami oleh bayi baru lahir termasuk berat badan lahir rendah, kesulitan bernapas saat lahir, kelainan bawaan, tetanus pada bayi baru lahir, dan lain-lain (Saifuddin, 2014).

2.5 Upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

1. Penerapan perawatan yang berkelanjutan sepanjang siklus kehidupan dimulai sejak tahap prakonsepsi, yang

melibatkan pasangan usia subur dan wanita usia subur, dengan menerima perawatan kesehatan dari masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga perawatan bayi yang baru lahir. Program 1000 hari pertama kehidupan merujuk pada pelayanan yang diberikan kepada bayi dan balita, yang mencakup periode dari kehamilan hingga usia dua tahun, dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan kesehatan dan nutrisi yang optimal. (Astuti, 2017)

2. Strategi pemerintah dalam mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) adalah melalui penerapan asuhan komprehensif. Pendekatan ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap ibu mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang berkualitas. Ini mencakup layanan kesehatan selama kehamilan, bantuan persalinan yang diberikan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan untuk ibu dan bayi, rujukan dan perawatan khusus dalam kasus komplikasi, serta pelayanan keluarga berencana. (Kemenkes RI, 2019).
3. Para petugas kesehatan yang telah terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab untuk merawat ibu dan bayi pasca persalinan. Tugas mereka meliputi memberikan perawatan spesifik, mengarahkan rujukan ketika ada komplikasi, serta memberikan layanan perencanaan keluarga sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2019.

2.6 Jenis Pelayanan Dalam Asuhan Komprehensif (*Continuity of Care*)

1. Meningkatkan komunikasi antara perempuan dan bidan adalah kunci untuk memastikan kesinambungan manajemen yang efektif.
2. Ketersediaan waktu yang relevan untuk informasi yang tepat dan cepat dari bidan membantu dalam memastikan kesinambungan informasi yang diperlukan oleh klien untuk perawatan diri mereka sendiri.

3. Hubungan terapeutik yang kontinu antara bidan dan perempuan adalah esensial dalam memastikan kesinambungan hubungan dalam pelayanan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan perawatan menyeluruh (*Continuity of care*) dapat mengurangi angka kejadian penyakit ibu saat melahirkan dan mengurangi frekuensi tindakan persalinan, termasuk operasi caesar, serta meningkatkan jumlah kelahiran normal dibandingkan dengan intervensi medis. (D. A. Ningsih, 2017)

2.7 Tahapan Asuhan Komprehensif

1. Persiapan sebelum masa kehamilan sangat penting karena kehamilan yang sehat memerlukan kesiapan fisik dan mental. Proses kehamilan yang direncanakan dengan baik akan memberikan dampak positif pada kesehatan janin serta adaptasi fisik dan psikologis ibu selama kehamilan. Nutrisi yang mencukupi dapat mencegah masalah gizi seperti anemia, kurang energi kronis (KEK), serta mengurangi risiko infeksi dan komplikasi kehamilan. Selain itu, penting untuk mempersiapkan diri secara mental, fisik, dan finansial menjelang kelahiran bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2020)
2. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar kandungan, baik melalui jalan lahir maupun prosedur lainnya, yang dilakukan dengan atau tanpa bantuan. Peran seorang bidan dalam persalinan adalah sebagai pendamping yang dapat memberikan dukungan, bimbingan, dan pertolongan. Asuhan kebidanan yang mendukung selama persalinan merupakan standar pelayanan yang penting. Ini mencakup keterlibatan aktif dalam proses persalinan dan memastikan adanya pendukung lain jika bidan tidak tersedia. Dukungan ini bisa berasal dari orang-orang terdekat seperti pasangan, teman, atau tenaga medis lainnya seperti perawat atau dokter.)(Mutmainnah, 2019)

3. BBL : Perawatan bayi yang baru lahir merujuk pada tindakan medis yang dilakukan secara langsung setelah kelahiran bayi. Perhatian saat persalinan terfokus pada dua aspek penting, yakni kesehatan ibu dan bayi. Dalam situasi yang ideal, memberikan perawatan segera, steril, dan aman bagi bayi baru lahir merupakan bagian penting dari perawatan tersebut. (Saifuddin, 2014)
4. NIFAS : Periode nifas merujuk pada waktu setelah persalinan yang mencakup beberapa minggu berikutnya, di mana saluran reproduksi wanita kembali ke keadaan non-hamil dan normal. Peran bidan sangat signifikan dalam memberikan perawatan pasca-persalinan. Tanggung jawab dan tugas-tugas bidan selama masa nifas termasuk:
 - a. Memberikan bantuan yang berkelanjutan selama periode nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi tekanan fisik dan psikologis..
 - b. Perawat bidan memegang peranan sebagai fasilitator hubungan yang memperkuat ikatan antara ibu, bayi, dan anggota keluarga.
 - c. Mendorong ibu untuk menyusui dengan menciptakan suasana yang nyaman dan mendukung pemberian ASI secara eksklusif.
 - d. Mengembangkan kebijakan serta merencanakan program kesehatan ibu dan anak, serta memiliki kemampuan administrasi yang baik.
 - e. Mengidentifikasi komplikasi secara dini dan menyarankan rujukan bila diperlukan.
 - f. Memberikan konseling dan edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai pencegahan perdarahan, pengenalan tanda-tanda bahaya, asupan gizi yang optimal, dan praktik kebersihan yang sehat.
 - g. Menjalankan pengelolaan perawatan dengan mengumpulkan informasi, menetapkan diagnosis, merencanakan langkah-langkah tindakan, dan menerapkannya untuk mempercepat proses pemulihan, serta mencegah kemungkinan komplikasi dengan

memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.

- h. Memberikan asuhan dengan standar profesional yang tinggi. (Tonasiah, 2020)
5. Keluarga Berencana, atau yang sering disingkat KB, merujuk pada praktik mengatur jarak antar kehamilan, mengatur waktu kelahiran dengan mempertimbangkan usia suami dan istri, serta menentukan jumlah anak yang diinginkan dalam sebuah keluarga. Ini merupakan langkah yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan dan mewujudkan kelahiran yang diinginkan secara terencana.. (Kemenkes RI, 2020)

2.8 Asuhan Kehamilan Komprehensif

Pengelolaan kehamilan membutuhkan kelanjutan dalam pelayanan. Seorang perempuan memerlukan pelayanan yang diberikan oleh profesional yang sama dari awal hingga akhir, karena hal tersebut memastikan pemantauan kondisinya secara berkala dan efektif. Selain itu, hubungan yang terjalin membuatnya lebih percaya diri dan terbuka, karena telah mengenal penyedia layanan tersebut. Bidan diharapkan memberikan pelayanan yang berkesinambungan mulai dari pemeriksaan kehamilan, persalinan, perawatan pasca persalinan, hingga pelayanan keluarga berencana, dengan mutu yang optimal.

1. Macam-macam Tempat Pelayanan Asuhan Kehamilan :
 - a. PMB (Praktik Bidan Bidan)
 - b. *Obstetrican and Gynecological Care*
 - c. *Public Health Center/ Puskesmas*
 - d. Rumah Sakit
2. Prinsip-Prinsip Pokok Asuhan Kehamilan
 - a. Kehamilan serta proses kelahiran adalah proses yang alami, sehat, dan normal.
 - b. Bidan memiliki peran kunci dalam memberdayakan ibu selama masa kehamilan. Oleh karena itu, bidan harus meningkatkan pengetahuan dan pengalaman ibu (dan keluarga) melalui pendidikan kesehatan, sehingga

mereka mampu merawat dan membantu diri sendiri dalam situasi tertentu.

- c. Pengambilan keputusan harus melibatkan ibu dan keluarga, sehingga keputusan dapat diambil secara bersama-sama.
- d. Bidan yang terampil harus mengerti kapan melakukan tindakan intervensi, dan segala intervensi yang dilakukan haruslah aman dan didukung oleh bukti ilmiah.
- e. Dalam memberikan asuhan kehamilan, bidan bertanggung jawab secara ilmiah dan matang atas tindakan yang diambil serta pertimbangan yang dilakukan, sehingga segala akibat dari tindakan tersebut menjadi tanggung jawab bidan. (Sulis Diana, 2017)

2.9 Pengembangan Perencanaan Asuhan Yang Komprehensif menurut (Gultom and Hutabarat, 2020).

1. Menetapkan persyaratan untuk Tes laboratorium yang bertujuan untuk mengidentifikasi kemungkinan komplikasi selama kehamilan merupakan suatu langkah penting dalam asuhan kebidanan. Berbagai jenis tes laboratorium yang menjadi bagian dari kompetensi bidan adalah
 - a. Tes Hemoglobin darah (HB): Dilakukan Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (HB): Dijalankan untuk menentukan apakah ibu hamil mengalami anemia atau tidak.
 - b. Tes urin protein: Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi gejala pre-eklamsia selama masa kehamilan.
 - c. Tes glukosa urin ; Perlu dilakukan pemeriksaan untuk mengevaluasi kemungkinan terjadinya diabetes melitus gestasional pada ibu yang sedang hamil.
2. Menetapkan persyaratan pembelajaran bagi mahasiswa untuk mengembangkan kemampuan dalam mencapai berbagai elemen kompetensi secara individual. Ini dimulai dari pelatihan praktis di laboratorium hingga pengalaman

- langsung dalam praktik klinik kebidanan. Mahasiswa yang telah menyelesaikan semua materi kuliah tentang asuhan kehamilan diberi kesempatan untuk mengasah keterampilan mereka di laboratorium agar mencapai standar kompetensi yang diperlukan.
3. Menetapkan persyaratan untuk penanganan masalah kecil selama kehamilan, seperti penanganan keguguran yang terancam, pre-eklamsia, mual berlebihan selama kehamilan, dan anemia kehamilan, harus mengikuti pedoman yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 900 tahun 2002 tentang registrasi dan kewenangan praktik bidan serta standar pelayanan kesehatan.
 4. Menentukan ketika perlu berkonsultasi atau merujuk kepada profesional lain adalah penting bagi bidan ketika menghadapi situasi yang kompleks dalam kehamilan. Dalam hal ini, kolaborasi dengan tenaga profesional lainnya menjadi kunci untuk mencegah kemungkinan komplikasi yang lebih serius.
 5. Mengidentifikasi kebutuhan untuk konseling khusus atau antisipatif khusus harus didasarkan pada masalah yang dihadapi oleh ibu hamil, yang disesuaikan dengan riwayat medis dan pemeriksaan fisik serta hasil pemeriksaan tambahan yang telah dilakukan oleh bidan. Berikut adalah edukasi kesehatan dan konseling yang diperlukan untuk setiap ibu hamil selama kunjungan awal kehamilan.:
 - a. Indikator - Indikator risiko selama masa kehamilan
 - b. Asupan nutrisi bagi ibu yang hamil
 - c. Kesiapan menjelang proses persalinan
 - d. Penyuntikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
 - e. Kegiatan jasmani
 - f. Periode istirahat
 - g. Kebersihan pribadi saat kehamilan
 - h. Pemberian Air Susu Ibu (ASI)\
 - i. intimasi pasangan
 - j. Rutinitas harian dan pekerjaan sehari-hari
 - k. Penggunaan obat dan dampak merokok

6. Menetapkan kebutuhan konseling HIV/PMS hanya diberikan pada ibu hamil dengan Riwayat maupun resiko HIV/PMS
7. Mengatur jadwal kunjungan untuk ibu hamil sesuai dengan tahapan perkembangan kehamilan sesuai pedoman (Kemenkes RI, 2020), minimal 6 kali selama kehamilan normal dengan rincian sebagai berikut:
 - a. 2 kali pada Trimester 1
 - b. 1 kali pada Trimester 2
 - c. 3 kali pada Trimester 3.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, D. (2017) *Asuhan Ibu dalam Masa Kehamilan*. Jakarta: Erlangga.
- Diana, S (2017) *Asuhan Kebidanan Continuity Of Care*. Surakarta: CV Keketa Group.
- Diana, Sulis (2017) *Model Asuhan Kebidanan Continuity Of Care*. Surakarta: CV Keketa Group.
- Gultom, L. and Hutabarat, J. (2020) *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Sidoarjo: Zifatama Jawara.
- Hamidah, S.& (2009) *Kebidanan Komunitas*. EGC.
- Kemenkes RI (2019) 'Profil Kesehatan Indonesia', in.
- Kemenkes RI (2020) 'Panduan Pelayanan Antenatal Terpadu', in. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI (2020) 'Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (KB)', in. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI (2020) 'Profil Kesehatan Indonesia'.
- Liadou, M. (2012) 'Supporting Women in Labour', *Health Science Journal*, 6(3), pp. 385–391.
- Mutmainnah, dkk (2019) *Asuhan Persalinan Normal dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: CV. ANDI OFFSET.
- Ningsih (2017) 'Jurnal Ilmiah Kebidanan'.
- Ningsih, D.A. (2017) 'Continuity of Care Kebidanan'.
- Saifuddin (2014) *Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Cetakan ke. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sandall, J. e (2014) 'the contribution of continuity', in. London: The Royal Collage of Midwives.
- Siwi, W.E. (2017) *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Tonasih, D. (2020) *Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui*. Yogyakarta: K-Media.

BAB 3

KONSEP DASAR KEHAMILAN

Oleh Nur Ismi Wahyuni

3.1 Pengertian Kehamilan

1. Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi
2. Kehamilan adalah suatu proses yang normal dan alami, dimana banyak terdapat perubahan-perubahan baik secara fisik sampai pada psikologis. Dengan adanya perubahan-perubahan tersebut ibu hamil dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada kehamilannya dan ketidaknyamanan tersebut setiap ibu pada trimester kehamilan selalu berbeda. Rasa ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil seperti nyeri ulu hati, sukar tidur (*insomnia*), kelelahan (*fatigue*), sakit punggung, hipersaliva (*ptyalism*), peningkatan frekuensi buang air kecil, nyeri sendi, mual, hidung tersumbat, kram pada kaki serta varises vena (Deswani, 2017).
3. Kehamilan merupakan suatu proses alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, jika telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat, sangat besar kemungkinannya terjadi kehamilan. Apabila kehamilan direncanakan, akan memberi rasa bahagia dan penuh harapan, tetapi disisi lain diperlukan kemampuan bagi wanita untuk beradaptasi dengan perubahan yang terjadi selama kehamilan, baik perubahan yang bersifat fisiologis maupun psikologis (Kemenkes RI, 2021).
4. Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dari ovulasi pelepasan ovum, terjadi

migrasi spermatozoa dan ovum, terjadi konsepsi dan pertumbuhan zigot, terjadi nidasi pada uterus, pembentukan plasenta, tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. Lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm sekitar 280 sampai 300 hari. Kehamilan dibagi menjadi trimester pertama (0-12 minggu), trimester kedua (13-28 minggu), trimester ketiga (29-42 minggu)(Diana, 2017)

5. Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan atau (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena dihitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dengan telur) yang terjadi dua minggu setelahnya (Siti Tyastuti, 2016).

3.2 Proses Pembuahan dan Kehamilan

Proses kehamilan di dahului oleh proses pembuahan satu sel telur yang bersatu dengan sel spermatozoa dan hasilnya akan terbentuk zigot. Zigot mulai membelah diri satu sel menjadi dua sel, dari dua sel menjadi empat sel dan seterusnya. Pada hari ke empat zigot tersebut menjadi segumpal sel yang sudah siap untuk menempel / nidasi pada lapisan dalam rongga rahim (endometrium). Kehamilan dimulai sejak terjadinya proses nidasi ini. Pada hari ketujuh gumpalan tersebut sudah tersusun menjadi lapisan sel yang mengelilingi suatu ruangan yang berisi sekelompok sel di bagian dalamnya (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

3.3 Tanda Dan Gejala Kehamilan

Menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2020) tanda dan gejala kehamilan diklasifikasikan menjadi tiga bagian yaitu :

1. Tanda dan gejala kehamilan pasti
 - a. Ibu merasakan gerakan kuat bayi di dalam perutnya. Sebagian besar ibu mulai merasakan tendangan bayi pada usia kehamilan lima bulan.

- b. Bayi dapat dirasakan di dalam Rahim. Semenjak umur kehamilan 6 atau 7 bulan
 - c. Denyut jantung bayi dapat terdengar. Saat usia kehamilan menginjak bulan ke5 atau ke-6 denyut jantung bayi terkadang dapat didengar menggunakan instrument yang dibuat untuk mendengarkan, seperti stetoskop atau fetoskop
 - d. Tes kehamilan medis menunjukkan bahwa ibu hamil. Tes ini dilakukan dengan perangkat tes kehamilan di rumah atau di laboratorium dengan urine atau darah ibu.
2. Tanda dan gejala kehamilan tidak pasti
- a. Ibu tidak menstruasi Hal ini seringkali menjadi pertama kehamilan. Jika ini terjadi, ada kemungkinan ibu hamil, tanda sebab berhentinya haid adalah pertanda dibuahnya sel telur oleh sperma. Kemungkinan penyebab tanda lain adalah gizi buruk, masalah emosi, atau menopause (berhenti haid).
 - b. Mual atau ingin muntah Banyak ibu hamil yang merasakan mual di pagi hari (morning sickness), namun ada beberapa ibu yang mual sepanjang hari. Kemungkinan penyebab lain dari mual adalah penyakit atau parasit.
 - c. Payudara menjadi peka Payudara lebih lunak, sensitive, gatal dan berdenyut seperti kesemutan dan jika disentuh terasa nyeri. Hal ini menunjukkan peningkatan produksi hormone estrogen dan progesterone.
 - d. Ada bercak darah dan kram perut Adanya bercak darah dan kram perut disebabkan oleh implantasi atau menempelnya embrio ke dinding ovulasi atau lepasnya sel telur matang dari Rahim. Hal ini merupakan keadaan yang normal.
 - e. Ibu merasa letih dan mengantuk sepanjang hari Rasa letih dan mengantuk umum dirasakan pada 3 atau 4 bulan pertama kehamilan. Hal ini diakibatkan oleh perubahan hormone dan kerja ginjal, jantung serta paru-paru yang semakin keras untuk ibu dan janin.

Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah anemia, gizi buruk, masalah emosi dan terlalu banyak bekerja.

- f. Sakit kepala Sakit kepala terjadi karena lelah, mual, dan tegang serta depresi yang disebabkan oleh perubahan hormone tubuh saat hamil. Meningkatnya pasokan darah ke tubuh juga membuat ibu hamil pusing setiap ganti posisi.
- g. Ibu sering berkemih Tanda ini terjadi pada 3 bulan pertama dan 1 hingga 2 bulan terakhir kehamilan. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah stress, infeksi, diabetes, ataupun infeksi saluran kemih.
- h. Sembelit dapat disebabkan oleh meningkatnya hormone progesterone. Selain mengendurkan otot Rahim, hormone itu juga mengendurkan otot dinding usus, sehingga memperlambat gerakan usus agar penyerapan nutrisi janin lebih sempurna.
- i. Sering meludah Sering meludah atau hipersalivasi disebabkan oleh perubahan kadar esterogen.
Temperature basal tubuh naik Temperature basal adalah suhu yang diambil dari mulut saat bangun pagi. Temperature ini sedikit meningkat setelah ovulasi dan akan turun ketika mengalami haid.
- j. Ngidam Tidak suka atau tidak ingin makanan tertentu merupakan ciri khas ibu hamil. Penyebabnya adalah perubahan hormone.
- k. Perut ibu membesar Setelah 3 atau 4 bulan kehamilan biasanya perut ibu tampak cukup besar sehingga terlihat dari luar. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah ibu mengalami kanker atau pertumbuhan lain di dalam tubuhnya

3. Tanda dan gejala kehamilan palsu

Pseudocyesis (kehamilan palsu) merupakan keyakinan dimana seorang wanita merasakan dirinya sedang hamil namun sebenarnya ia tidak hamil. Wanita yang mengalami *pseudocyesis* akan merasakan sebagian besar atau bahkan semua tandatanda dan gejala kehamilan. Meskipun penyebab pastinya masih belum diketahui, dokter menduga 9 bahwa faktor psikologislah yang

mungkin menjadi penyebab tubuh untuk “berpikir bahwa ia hamil”. Tanda-tanda kehamilan palsu :

3.4 Perubahan Fisiologi Kehamilan

Menurut Selama kehamilan, ibu hamil mengalami perubahan anatomi dan fisiologis yang signifikan untuk memelihara dan menampung janin yang sedang berkembang. Perubahan ini dimulai setelah pembuahan dan mempengaruhi setiap sistem organ dalam tubuh. Bagi sebagian besar wanita hamil tanpa komplikasi, perubahan ini akan hilang setelah kehamilan dengan efek sisa yang minimal. Penting untuk memahami perubahan fisiologis normal yang terjadi pada kehamilan karena hal ini akan membantu membedakan adaptasi yang tidak normal.

Volume plasma meningkat secara progresif sepanjang kehamilan normal.² Sebagian besar peningkatan sebesar 50% ini terjadi pada usia kehamilan 34 minggu dan sebanding dengan berat lahir bayi. Karena peningkatan volume plasma lebih besar daripada peningkatan massa sel darah merah, maka terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin, hematokrit, dan jumlah sel darah merah. Meskipun terjadi hemodilusi, biasanya tidak ada perubahan pada *mean corpuscular volume* (MCV) atau *mean corpuscular hemoglobin contracts* (MCHC).

Kehamilan menyebabkan peningkatan kebutuhan zat besi dua hingga tiga kali lipat, tidak hanya untuk sintesis hemoglobin tetapi juga untuk janin dan produksi enzim tertentu. Terdapat peningkatan kebutuhan folat sebesar 10 hingga 20 kali lipat dan peningkatan kebutuhan vitamin B12 sebesar dua kali lipat.

Perubahan sistem koagulasi selama kehamilan berdampak hiperkoagulasi fisiologis (sebagai persiapan hemostasis setelah melahirkan). Kadar fibrinogen meningkat secara signifikan hingga 50% dan aktivitas fibrinolitik menurun. Konsentrasi antikoagulan endogen seperti antitrombin dan protein menurun. Jadi kehamilan mengubah keseimbangan dalam sistem koagulasi sehingga menyebabkan pembekuan darah, sehingga menyebabkan wanita hamil dan nifas rentan terhadap trombosis vena. Peningkatan risiko ini terjadi sejak trimester pertama dan setidaknya 12 minggu setelah melahirkan. Tes koagulasi in vitro [waktu tromboplastin

parsial teraktivasi (APTT), waktu protrombin (PT) dan waktu trombin (TT)] tetap normal tanpa adanya antikoagulan atau koagulopati.

Perubahan sistem kardiovaskular pada kehamilan sangat besar dan dimulai pada awal kehamilan, sehingga pada usia kehamilan delapan minggu, curah jantung telah meningkat sebesar 20%. Kejadian utamanya mungkin adalah vasodilatasi perifer. Hal ini dimediasi oleh faktor-faktor yang bergantung pada endotel, termasuk sintesis oksida nitrat, yang diregulasi oleh estradiol dan kemungkinan prostaglandin vasodilatasi (PGI₂). Vasodilatasi perifer menyebabkan penurunan resistensi pembuluh darah sistemik sebesar 25-30%, dan untuk mengkompensasi hal ini, curah jantung meningkat sekitar 40% selama kehamilan. Hal ini dicapai terutama melalui peningkatan volume sekuncup, tetapi juga pada tingkat yang lebih rendah, peningkatan denyut jantung. Curah jantung maksimum ditemukan pada usia kehamilan sekitar 20-28 minggu. Ada penurunan minimal pada jangka waktu tertentu.

Kehamilan juga bisa disertai perasaan subjektif berupa sesak napas tanpa hipoksia. Hal ini bersifat fisiologis dan paling umum terjadi pada trimester ketiga tetapi dapat dimulai kapan saja selama masa kehamilan. Biasanya, sesak napas muncul saat istirahat atau saat berbicara dan secara paradoks dapat membaik saat melakukan aktivitas ringan.

Kelenjar pituitari membesar pada kehamilan dan hal ini terutama disebabkan oleh proliferasi sel penghasil prolaktin di lobus anterior. Kadar prolaktin serum meningkat pada trimester pertama dan 10 kali lebih tinggi pada trimester pertama. Peningkatan prolaktin kemungkinan besar disebabkan oleh peningkatan konsentrasi estradiol serum selama kehamilan. Kadar hormon perangsang folikel (FSH) dan hormon luteinising (LH) tidak terdeteksi selama kehamilan karena adanya umpan balik negatif dari peningkatan kadar estrogen, progesteron, dan inhibin.²⁸ Produksi hormon pertumbuhan hipofisis menurun namun kadar hormon pertumbuhan serum meningkat karena produksi hormon pertumbuhan dari plasenta.

Hipofisis posterior menghasilkan oksitosin dan arginin vasopresin (AVP). Kadar oksitosin meningkat pada kehamilan dan

mencapai puncaknya pada saat aterm. Kadar hormon antidiuretik (ADH) tetap tidak berubah namun penurunan konsentrasi natrium pada kehamilan menyebabkan penurunan osmolalitas. Oleh karena itu terjadi pengaturan ulang osmoreseptor untuk pelepasan ADH dan rasa haus.

Sistem Urinary, Perubahan fungsi ginjal kira-kira sejajar dengan fungsi jantung. Laju filtrasi glomerulus (GFR) meningkat 30 hingga 50%, mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16 dan 24 minggu, dan tetap pada tingkat tersebut hingga mendekati aterm, dan mungkin akan sedikit menurun karena tekanan uterus pada vena cava sering menyebabkan stasis vena pada ekstremitas bawah. Aliran plasma ginjal meningkat sebanding dengan GFR. Akibatnya, nitrogen urea darah (BUN) menurun, biasanya hingga <10 mg/dL ($<3,6$ mmol urea/L), dan kadar kreatinin menurun secara proporsional hingga 0,5 hingga 0,7 mg/dL (44 hingga 62 mikromol/L). Pelebaran ureter (hidroureter) yang nyata disebabkan oleh pengaruh hormonal (terutama progesteron) dan cadangan akibat tekanan dari rahim yang membesar pada ureter, yang juga dapat menyebabkan hidronefrosis. Pasca melahirkan, sistem pengumpulan urin mungkin memerlukan waktu hingga 12 minggu untuk kembali normal.

Perubahan postur tubuh lebih mempengaruhi fungsi ginjal selama kehamilan dibandingkan waktu lainnya; yakni posisi terlentang lebih meningkatkan fungsi ginjal, dan posisi tegak lebih menurunkan fungsi ginjal. Fungsi ginjal juga meningkat secara nyata pada posisi lateral, terutama ketika berbaring miring ke kiri; posisi ini mengurangi tekanan yang diberikan oleh rahim yang membesar pada pembuluh darah besar saat ibu hamil dalam posisi terlentang. Peningkatan fungsi ginjal pada posisi ini menjadi salah satu alasan ibu hamil perlu sering buang air kecil saat mencoba tidur (Fitri, 2020).

Muskuloskeletal dan Dermatologis, Pergeseran pusat gravitasi yang terjadi selama kehamilan menyebabkan peningkatan lordosis pada punggung bawah dan fleksi pada leher. Pergeseran postur ini dapat menyebabkan ketegangan pada punggung bagian bawah yang semakin parah seiring dengan perkembangan kehamilan.

Terjadi peningkatan mobilitas dan pelebaran sendi sakroiliaka dan simfisis pubis, serta kelemahan sendi pada tulang belakang lumbal. Sindrom terowongan karpal adalah kejadian umum pada kehamilan akibat kompresi saraf median.

Peningkatan kadar estrogen menyebabkan spider angiomata dan palmar eritema. Peningkatan hormon perangsang melanosit dan hormon steroid menyebabkan hiperpigmentasi pada wajah, puting susu, perineum, garis perut, dan umbilicus (Herry Rosyati, 2017).

3.5 Pelayanan Antenatal terpadu

1. Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum minggu ke 8. Kontak pertama dapat dibagi menjadi K1 murni dan K1 akses

K1 murni adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan pada kurun waktu trimester 1 kehamilan. Sedangkan K1 akses adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan pada usia kehamilan berapapun. Ibu hamil seharusnya melakukan K1 murni, sehingga apabila terdapat komplikasi atau faktor risiko dapat ditemukan dan ditangani sedini mungkin.

2. Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 4 kali dengan distribusi waktu: 1 kali pada trimester pertama (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu -24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan (jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan).

3. Kunjungan ke-6 (K6)

K6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 6 kali selama kehamilannya dengan distribusi waktu: 2 kali pada trimester kesatu (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu - 24 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran), dimana minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter (1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Jika kehamilan sudah mencapai 40 minggu, maka harus dirujuk untuk diputuskan terminasi kehamilannya.

Pemeriksaan dokter pada ibu hamil dilakukan saat :

1. Kunjungan 1 di trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama Dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk didalamnya pemeriksaan Ultrasonografi (USG). Apabila saat K1 ibu hamil datang ke bidan, maka bidan tetap melakukan ANC sesuai standar, kemudian merujuk ke dokter.
2. Kunjungan 5 di trimester 3 Dokter melakukan perencanaan persalinan, skrining faktor risiko persalinan termasuk pemeriksaan Ultrasonografi (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan.(Kemenkes, 2020)

3.6 Pertambahan Berat Badan Selama Kehamilan

Berat badan sebelum hamil dan pertambahan berat badan selama kehamilan merupakan faktor penting yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak. Obesitas semakin dikenal sebagai faktor risiko yang signifikan terhadap keguguran, kelahiran prematur, gangguan metabolisme yang mempersulit kehamilan, dan tingginya angka kelahiran abnormal, operasi caesar, lahir mati, dan kematian neonatal. Malnutrisi juga dapat menyebabkan rendahnya berat

badan bayi baru lahir, kelainan plasenta dan komplikasi terkait, tingginya angka kelahiran melalui operasi, termasuk operasi caesar, dan tingginya angka kematian janin dan neonatal (Kesehatan, 2022).

Appropriate gestational weight gain (GWG) atau Pertambahan berat badan kehamilan yang sesuai normal untuk wanita dengan BMI sebelum hamil di bawah 18,5 adalah 0,51 kg per minggu pada trimester kedua dan ketiga, dan total 12,5–18 kg selama kehamilan. Untuk wanita dengan BMI sebelum hamil 18,5–24,9, penambahan berat badan sebaiknya 0,42 kg per minggu pada trimester kedua dan ketiga, dan 11,5–16,0 kg selama kehamilan. Wanita dengan BMI sebelum hamil 25,0–29,9 seharusnya mengalami kenaikan berat badan mingguan sebesar 0,28 kg pada trimester kedua dan ketiga, dan 7–11,5 kg selama kehamilan. Wanita dengan obesitas tingkat I (BMI 30,0–34,9) harus menambah berat badan 4,5–11,0 kg (0,22 kg per minggu), dengan obesitas tingkat II (BMI 35,0–39,9) 0–4 kg, dan dengan obesitas tingkat III (BMI di atas 40,0) hingga –4 kg selama kehamilan (Diana, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Deswani (2017) 'Keperawatan Maternitas', *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, p. 293.
- Diana, S. (2017) *Model Asuhan Kebidanan Continuity of Care*, e-BOOK STIKES-POLTEKKES MAJAPAHIT. Available at: <http://103.38.103.27/repository/index.php/E-POL/article/download/839/640>.
- Fitri, F. J. (2020) 'Asuhan Kebidanan Continuity of Care Di Klinik Medika Utama Sidoarjo', *Jurnal Kebidanan*, 9(2), pp. 34–43. doi: 10.47560/keb.v9i2.248.
- Herry Rosyati (2017) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan, Buku Ajar Asuhan Kebidanan*.
- Kemenkes RI (2021) *Profil Kesehatan Indonesia 2020*, *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2022) 'Kurikulum Pelatihan Asuhan Ibu Hamil Standar Terpadu Bagi Bidan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama || 1'.
- Kementrian Kesehatan RI (2020) *Pedoman pelayanan antenatal, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir*. Edited by Subdit Kesehatan Maternal dan Neonatal Direktorat Kesehatan Keluarga. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Kesehatan, K. (2022) *Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit*. Available at: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>.
- Siti Tyastuti (2016) 'Modul Asuhan Kebidanan Kehamilan', *Kementrian Kesehatan RI*, p. 32.

BAB 4

KONSEP PERSALINAN

Oleh Ni Nyoman Murti

4.1 Pendahuluan

Peristiwa melahirkan seorang bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya . Dan sebagai bidan, kita beruntung dapat berbagi momen ini bersama keluarga. Dan juga berada pada posisi yang unik untuk memberikan dukungan serta meningkatkan kemampuan ibu dalam menghadapi kelahiran, sebagaimana juga kemampuan menemani ibu dalam proses kelahiran untuk memberikan dukungan dan dorongan. Perlu dan sangat penting untuk diingat bahwa persalinan adalah proses yang normal serta merupakan suatu kejadian yang alami dan sehat. Namun terjadinya potensi komplikasi yang mengancam nyawa juga akan selalu ada, untuk itu bidan harus mencermati dan mengamati dengan ketat ibu dan bayinya sepanjang kelahiran. Suport,dukungan yang terus menerus serta penatalaksanaan yang terampil dari seorang bidan dapat menyumbangkan suatu pengalaman melahirkan yang menyenangkan dengan hasil persalinan yang sehat dan memuaskan bagi ibu. Maka untuk itu diperlukan pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan asuhan persalinan yang baik dan benar (Maternity, Putri, and Yantina 2016)

Pada Bab ini akan menyampaikan dan menjelaskan tentang beberapa pokok bahasan antara lain : konsep dasar persalinan normal. Maka diharapkan Mahasiswa memiliki kompetensi untuk memberikan asuhan kebidanan pada persalinan normal sehingga mahasiswa harus memahami konsep tentang definisi, tanda dan gejala persalinan normal, tahapan persalinan normal, faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan normal, *evidence based midwifery* dalam persalinan normal dan asuhan sayang ibu (Widia shofa Ilmiah 2017).

4.2 Konsep Persalinan

Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa alat bantuan tapi kekuatan sendiri.

Bentuk persalinan berdasarkan definisi adalah sebagai berikut :

1. Persalinan spontan

Apabila proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan buatan

Apabila proses persalinannya dapat bantuan tenaga dari luar.

3. Persalinan anjuran

Apabila dalam persalinan kekuatan yang diperlukan ditimbulkan dari luar dengan jalan memberikan rangsangan (Johariyah and Ema 2012).

4.3 Tanda dan Gejala Persalinan Normal

1. Kontraksi (His)

Ibu akan merasa adanya kenceng-kenceng dan sering, sifatnya teratur dengan nyeri dijalarkan dari pinggang ke paha. Hal ini disebabkan karena adanya pengaruh hormon yang disebut oksitosin yang secara fisiologis membantu dalam proses pengeluaran janin. Disini ada 2 (dua) macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (*Braxton hicks*) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu hanya berlangsung sebentar, dan tidak terlalu sering dan tidak teratur, kemudian semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng semakin sering waktunya dan semakin lama, dan makin terasa kuat, disertai mulas atau nyeri seperti kram pada perut. Perut ibu hamil juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau dibagian puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami

kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan rahim untuk bersiap menghadapi persalinan.

2. Pembukaan serviks,

Dimana primigravida >1,8cm dan multigravida 2,2cm

Biasanya pada ibu hamil primigravida atau kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri dengan perut. Sedangkan pada kehamilan multigravida atau anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi rasa nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin sudah turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, dalam kondisi seperti ini biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*).

3. Pecahnya ketuban dan keluarnya *bloody show* (lendir darah)

Dalam bahasa medis disebut *bloody show* karena lendir ini bercampur darah. Hal ini terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim (servik). *Bloody show* seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim itu akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang menegelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim.

Tanda berikutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Kadang-kadang ibu tidak menyadari bahwa sudah mengeluarkan cairan air ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar itu adalah air kencing. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil

mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (*locus minoris*) berlubang dan pecah. Setelah ketuban mengalami pecah maka ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif dan lebih sering. Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir dalam waktu kurang dari 24 jam maka dilakukan penanganan selanjutnya misalnya melalui bedah caesar. (Marmi 2012)

Tanda dan gejala persalinan yang lain yaitu :

- a. Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki PAP terutama pada primigravida.
- b. Perut tampak lebih melebar .
- c. TFU menurun.
- d. Perasaan sering BAK atau sulit BAK.
- e. Perasaan sakit di perut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus atau sering disebut “false labor pains”.
- f. Serviks lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah .
- g. *Bloody show* (Heny Rosiana et al. 2021)

Tanda Masuk Dalam Proses Persalinan. Terjadinya His Persalinan Karakter dari his persalinan.; Pinggang terasa sakit menjalar ke depan, Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar, Terjadi perubahan pada serviks. Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah. Pengeluaran Lendir dan Darah (Penanda Persalinan). Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan : Pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah. Pengeluaran Cairan. Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika

ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya di akhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau section caesaria. Hasil – Hasil yang Didapatkan pada Pemeriksaan Dalam. Pada pemeriksaan dalam, akan didapatkan hasil –hasil yaitu perlunakan serviks, pendataran serviks dan pembukaan serviks. (K 2019)

4. Tahapan Dalam Proses Persalinan

Secara klinis dapat dinyatakan bahwa partus atau persalinan akan dimulai apabila timbul his dan bumil tersebut mengeluarkan lendir yang disertai darah (*bloody show*). Lendir yang disertai darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis itu karena pecah yaitu adanya pergeseran ketika serviks sudah membuka. Adapun tahap-tahap persalinan dimulai dari :

Kala I (Pembukaan Jalan Lahir)

Kala I persalinan dimulai dengan adanya kontraksi pada uterus yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi pada serviks (pembukaan lengkap). Dilatasi /pembukaan lengkap dapat berlangsung kurang dari satu jam pada sebagian kehamilan yang multipara. Sedangkan Pada kehamilan primigravida /pertama, dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. Rata-rata durasi total kala I persalinan pada primigravida berkisar dari 3,3 jam sampai 19,7 jam. Pada multigravida ialah 0,1 sampai 14,3 jam (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004). Ibu akan dipertahankan kekuatan moral dan emosinya karena persalinan masih jauh sehingga ibu dapat mengumpulkan kekuatan (Manuaba, 2006).

Untuk Proses membukanya serviks sebagai akibat his dapat dibagi dalam 2 (dua) fase, yaitu:

- a. **Fase laten:** ini berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase laten akan diawali dengan mulai

timbulnya kontraksi uterus yang teratur dan menghasilkan adanya perubahan serviks.

b. **Fase aktif:** dibagi dalam 3 fase lagi yakni:

- 1) Fase akselerasi. Dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- 3) Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Pada Fase-fase tersebut ditemukan pada ibu primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian namun terjadi dalam waktu yang lebih pendek atau lebih singkat.

Kala II (Proses Pengeluaran)

Kala II persalinan adalah tahap di mana janin dilahirkan. Pada kala II, his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Saat kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan adanya tekanan pada bagian otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan atau seperti ingin buang air besar. Ibu merasakan adanya tekanan pada rektum/anus dan hendak buang air besar. Kemudian Nampak perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus Nampak membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak depan vulva pada saat ada his. Dengan his dan kekuatan mencedan yang maksimal, kepala janin dilahirkan dengan presentasi suboksiput di bawah simfisis, dahi, muka dan dagu. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota badan bayi (Wiknjosastro dkk, 2005). Masih ada banyak perdebatan tentang lama kala II yang tepat dan batas waktu yang dianggap normal. Batas dan lama tahap persalinan kala II berbeda-beda tergantung dari paritasnya. Durasi kala II dapat lebih lama pada wanita yang mendapat blok epidural dan menyebabkan hilangnya refleks

mengedan. Pada ibu Primigravida, waktu yang dibutuhkan dalam tahap ini adalah 25-57 menit (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004). Dan Rata-rata durasi kala II yaitu 50 menit (Kenneth et al, 2009). Pada tahap ini, jika ibu merasa kesepian, sendiri, takut dan cemas, maka ibu akan mengalami persalinan yang lebih lama dibandingkan dengan jika ibu merasa percaya diri dan tenang

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut : a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik. b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak. C. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser. d. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi : Kepala membuka pintu. Subocciput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya. 5. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung. 6. Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara : Kepala dipegang pada os occiput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir, melahirkan sisa badan bayi. Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban. Lamanya kala II untuk primigravida 1,5 – 2 jam dan multigravida 1,5 – 1 jam. (K 2019)

Kala III (Kala pengeluaran Uri)

Kala III persalinan berlangsung sejak janin dilahirkan sampai plasenta lahir (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004). Setelah bayi lahir, uterus akan teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya durasi waktu plasenta lepas waktunya 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar secara

spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri atau secara dorsokranial (Wiknjosastro dkk, 2005).

Pada tahap ini akan dilakukan tekanan yang ringan di atas puncak rahim dengan cara Crede untuk membantu pengeluaran plasenta. Kemudian plasenta diperiksa kelengkapannya secara cermat, sehingga tidak ada sisa selaput yang bisa menyebabkan gangguan kontraksi rahim atau terjadi perdarahan sekunder (Sumarah and Widyastuti Yani 2020)

Kala IV (2 Jam Setelah Melahirkan)

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira 2(dua) jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung dengan baik (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004). Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini akan dilakukan observasi secara cermat terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomy bila ada robekan atau laserasi perineum. Setelah 2 jam, bila keadaan umum ibu baik, maka akan dipindahkan ke ruangan nifas bersama bayinya ((Sumarah and Widyastuti Yani 2020)

4.4 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga 18 prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal. Dengan pendekatan – pendekatan seperti itu berarti bahwa setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan dalam proses persalinan. Praktik pencegahan yang akan dijelaskan pada asuhan persalinan normal meliputi :

1. Mencegah infeksi secara konsisten dan sistematis.
2. Memberikan asuhan rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir; termasuk penggunaan partograf.
3. Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan, pasca persalinan dan nifas.
4. Menyiapkan rujukan ibu bersalin atau bayinya.
5. Menghindari tindakan-tindakan berlebihan atau berbahaya.
6. Penatalaksanaan aktif kala III secara rutin.
7. Mengasuh bayi baru lahir.
8. Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayinya.
9. Mengajarkan ibu dan keluarganya untuk mengenali secara dini bahaya yang mungkin terjadi selama masa nifas pada ibu dan bayinya.
10. Mendokumentasikan semua asuhan yang telah yang diberikan.(K 2019)

4.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

4.5.1 Faktor *Passage* (Jalan Lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin yang terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Adapun syarat agar janin dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas: Bagian keras: tulang tulang panggul (rangka panggul) ,Bagian lunak: otot-otot, jaringan- jaringan dan ligament-ligament

4.5.2 Power/Kekuatan

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Kontraksi persalinan yaitu his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament

4.5.3 *Passenger* (Buah Kehamilan)

Janin (kepala janin dan ukuran-ukurannya), bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan

besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan. Adapun passanger /buah kehamilan yaitu; janin, plasenta dan air ketuban.

4.5.4 Psikologis

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan menolong persalinan. Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormone stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormone stress terhadap fungsi uteri, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormone stress dan komplikasi persalinan. Namun demikian seseorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis ibu yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran.

4.5.5 Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan, dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. ((Heny Rosiana et al. 2021)

4.5.6 Evidence Based Midwifery dalam Persalinan

Proses persalinan normal merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan. Proses persalinan ini akan mengakibatkan timbulnya kontraksi. Setiap wanita bersalin menginginkan rasa nyeri akibat persalinan tidak menimbulkan sakit sehingga wanita tidak mengalami trauma persalinan. Berbagai metode pain relief baik farmakologis maupun non-farmakologis yang dapat mengurangi rasa nyeri persalinan, salah satunya adalah teknik deep back massage. Teknik ini dilakukan pada ibu yang

sudah memasuki masa persalinan dengan cara melakukan pemijatan di daerah sakrum ibu sehingga rasa nyeri yang ibu alami dapat berkurang. Evidence-Based Case Report (EBCR) ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh deep back massage terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I. Metode yang digunakan dalam penulisan EBCR adalah dengan cara penelusuran bukti melalui basis data dari Pubmed. Kriteria inklusi: artikel menggunakan bahasa Inggris, dipublikasikan pada tahun 2016 sampai dengan 2021, desain penelitian dalam artikel adalah Random Clinical Trial (RCT), systematic review dan atau meta-analisis, serta jurnal dapat diakses secara utuh (full text). Teknik deep back massage dilakukan di daerah sakrum ibu selama 20 menit dan hal ini dapat mengurangi intensitas nyeri pada saat persalinan kala I. Kesimpulan deep back massage dapat mengurangi intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I. Kata kunci: Deep Back Massage, Nyeri Persalinan Kala I, *Sacral Massage* ((Midwifery Evidence Based Practice (EBP) Evidence Based Practice (EBP)? 2022).

4.6 Asuhan Sayang Ibu Dalam persalinan

Asuhan yang sangat berpengaruh dalam proses persalinan Asuhan Sayang Ibu. Asuhan ini merupakan asuhan yang menerapkan rasa simpati dan empati kepada pasien yang meliputi rasa menghargai kepercayaan, kebudayaan, serta keinginan dari ibu bersalin. Dalam memberikan asuhan kepada ibu bersalin hendaknya kita menanyakan kepada diri kita pribadi mengenai jenis dan macam asuhan yang kita inginkan untuk diri kita sendiri disaat jika diri kita nanti yang berada dan mendapatkan asuhan tersebut dengan menanyakan kepada diri kita sendiri. Asuhan saya ibu ini lebih ditekankan kepada ibu sebagai objek, bukan bidan, serta selalu melihat terlebih dahulu bagaimana cara pengobatan yang dilakukan secara sederhana sebelum dilakukan secara modern menggunakan teknologi.((Dwi Jayanti Baga 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Dwi Jayanti Baga, Beatric Maria. 2018. "Hubungan Penerapan Asuhan Sayang Ibu Pada Persalinan Kala II Dengan Kejadian Robekan Jalan Lahir." *Jurnal Keperawatan* 7(1).
- Heny Rosiana et al. 2021. "Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir." *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*: 123.
- Johariyah, and Ema. 2012. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Pertama. Jakarta Timur.
- Paramitha Amelia K. 2019. "Konsep Dasar Persalinan." *Konsep Dasar Persalinan*.
- Mansyur, Abd Rahim. 2020. "Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia." *Education and Learning Journal* Vol. 1, No: 113–23.
- Marmi, S.ST. 2012. "Asuhan Kebidanan Pada Persalinan." *Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*: 1.
- Maternity, Dainty, Ratna Dwi Putri, and Yuli Yantina. 2016. *Title ; Asuhan Kebidanan Persalinan*. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara.
- "MIDWIFERY EVIDENCE BASED PRACTICE (EBP) Evidence Based Practice (EBP)?" 2022.
- Sumarah, and Widyastuti Yani. 2020. *Perawatan Ibu Bersalin*. Cetakan ke. Yogyakarta.
- Widia shofa Ilmiah. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. YogyakartaNuha: Nuha Medika.

BAB 5

KONSEP DASAR NIFAS

Oleh Damai Noviasari

5.1 Pendahuluan

Masa nifas adalah masa setelah kelahiran bayi dan plasenta serta pemulihan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu. Masa nifas atau yang disebut *puerperium* berasal dari bahasa latin yaitu *puer* yang artinya bayi dan *partus* yang artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan pada masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai saat bayinya lahir sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan sebelum hamil. Masa ini merupakan masa yang penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas seperti *sepsis puerperalis*. Jika ditinjau dari faktor penyebab kematian ibu, infeksi merupakan penyebab kematian terbanyak nomor dua setelah perdarahan. Adanya permasalahan yang terjadi pada ibu akan berdampak pada kesejahteraan bayi yang dilahirkan sehingga angka morbiditas dan mortalitas akan menurun (Saleha, 2009).

Diperkirakan bahwa kematian ibu sebesar 69% diakibatkan saat kehamilan dan 50% angka kematian ibu terjadi pada 24 jam pertama masa nifas. Setelah kelahiran bayi dan keluarnya plasenta, ibu memasuki masa penyembuhan fisik dan psikis.

Masa nifas merupakan periode yang kritis dalam perjalanan wanita setelah melahirkan. Asuhan kebidanan pada masa nifas terdiri dari pemulihan fisik, dukungan emosional, dukungan pemberian ASI serta membimbing ibu dalam peran barunya. Proses masa nifas secara umum dimulai dari bayi lahir dan berlangsung hingga enam minggu pertama namun ada beberapa definisi menyertakan rentang hingga 12 minggu setelah persalinan. Selama masa nifas tubuh akan mengalami perubahan-perubahan seperti

perubahan fisik dan emosional yang merupakan respon saat kehamilan dan persalinan. Perubahan fisik saat masa nifas meliputi involusi uterus, penyembuhan luka perineum serta perubahan hormon laktasi.

Komplikasi pada masa nifas merupakan salah satu faktor angka kematian ibu, sehingga diharapkan bidan dapat memberikan pemantauan dan asuhan masa nifas sesuai kebijakan program pemerintah sebagai tindakan pencegahan kematian pada ibu.

5.2 Definisi Masa Nifas

Masa nifas adalah masa setelah proses persalinan serta proses penyembuhan selama kurun waktu 6 minggu. Dimana selama proses pemulihan berlangsung akan mengalami perubahan fisiologi serta rasa ketidaknyamanan serta berdampak patologis apabila tidak mendapatkan asuhan yang baik dan benar (Yuliana and Hakim, 2020).

Masa nifas merupakan masa yang penting bagi bidan. Pada masa nifas bidan melakukan pemantauan yang berkelanjutan sebagai bentuk pencegahan terhadap berbagai masalah yang dapat menimbulkan komplikasi pada masa nifas. Kematian pada masa nifas dapat disebabkan oleh infeksi ataupun perdarahan sehingga bidan melakukan pemeriksaan terpadu serta memberikan perhatian yang tinggi saat nifas sehingga ibu dan bayi akan mendapatkan perawatan yang maksimal dan menekan angka morbiditas dan mortalitas (Cooper, 2009).

5.4 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Penatalaksanaan asuhan pascapartum pada wanita di negara maju memiliki kebutuhan kesehatan yang berbeda dengan negara lain dikarenakan keterbatasan. Gambaran kesehatan masyarakat berkaitan langsung dengan peran dan tanggung jawab bidan terhadap ibu postpartum dan bayi mereka yang baru lahir. Bidan memiliki tugas untuk memberikan perawatan yang tepat kepada ibu sebagai individu sesuai dengan kewenangan yang dimiliki (Cooper, 2009). Tujuan pemberian asuhan pada masa nifas (Suhermi, 2019) terdiri dari :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik dari fisik ataupun psikis dimana keluarga memiliki peran yang sangat penting antara lain membantu pemenuhan nutrisi dan dukungan psikologi sehingga kesehatan ibu dan bayi bisa terjaga dengan baik.
2. Melaksanakan skrining secara menyeluruh, mendeteksi dini serta merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
3. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu nifas tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara menyusui, manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi.
4. Memberikan pelayanan terhadap keluarga berencana.
5. Melaksanakan rujukan apabila ditemukan komplikasi
6. Memberikan informasi kesehatan tentang cara perawatan pada masa nifas, cara menyusui yang benar, nutrisi serta perencanaan jarak kehamilan (Wahyuningsih, 2018).
7. Memberikan imunisasi pada ibu
8. Memberikan dukungan serta menumbuhkan keyakinan kepada ibu dalam perannya sebagai orang tua pada situasi budaya.
9. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai nutrisi, personal hygiene serta pemberian laktasi.

5.5 Tahapan Masa Nifas

Empat minggu setelah persalinan disebut sebagai periode pascanatal atau postpartum. Bidan berperan dalam memberikan asuhan secara berkelanjutan serta memberikan dukungan, perawatan serta pemantauan baik kepada ibu dan bayi.

Terdapat 3 tahapan masa nifas :

1. Puerperium Dini

Tahapan ini dimulai saat kelahiran plasenta sampai 4 jam. Ibu diperbolehkan untuk melakukan mobilisasi bertahap. Komplikasi yang sering terjadi pada tahapan ini berupa perdarahan yang diakibatkan oleh atonia uteri sehingga bidan diharuskan untuk selalu melakukan observasi kontraksi uterus, vital sign serta pengeluaran darah.

2. Puerperium Intermedial

Puerperium intermedial terjadi saat 24 jam setelah melahirkan hingga 1 minggu, dimana bidan memiliki wewenang untuk memastikan apakah involusi uterus berjalan dengan normal serta tanda-tanda komplikasi penyerta seperti lochia yang berbau, perdarahan ataupun demam pada ibu.

3. Remote Puerperium

Tahapan selanjutnya adalah remote puerperium, dimana pada tahapan ini berlangsung antara 1 – minggu setelah melahirkan, diharapkan bidan tetap melanjutkan pemantauan dan perawatan serta memberikan konseling KB (Mansur, 2018).

5.6 Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas

Dalam melakukan perawatan pada ibu nifas, bidan berperan sebagai mitra dimana ibu nifas diharapkan dapat menjelaskan apa yang dirasakan baik secara fisik ataupun secara emosional sehingga bidan dapat memberikan dukungan ataupun motivasi pada ibu saat mengalami ketidaknyamanan saat masa nifas. Berdasarkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki bidan akan melakukan pengkajian pada ibu dan bayi untuk mendapatkan masalah-masalah yang ditemui oleh ibu nifas. Bidan harus bersikap proaktif dan dapat menjalin kerjasama yang baik dengan ibu.

Asuhan pada ibu nifas berlangsung di lingkungan komunitas ibu. Harapan ibu mengenai kunjungan yang dilakukan oleh bidan dapat berbeda-beda sesuai dengan latar belakang budaya. Peran bidan dalam memberikan asuhan masa nifas adalah memberikan asuhan yang konsisten, ramah serta memberikan dukungan pada ibu dalam setiap proses penyembuhan baik secara fisik maupun psikis yang disebabkan trauma saat kehamilan dan persalinan serta meningkatkan rasa percaya diri pada ibu. Proses ini membutuhkan kontribusi bidan sesuai dengan kompetensi, pengetahuan, keterampilan serta sensitivitas terhadap kebutuhan dan harapan setiap ibu dan keluarga. Bidan harus membuat rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan ibu tersebut (Wahyuni and Wahyuni, 2018).

Pada masa nifas bidan memiliki peran yang sangat penting diantaranya adalah :

1. Bidan memiliki peran sebagai teman terdekat sekaligus pendamping ibu nifas dalam memberikan dukungan selama masa nifas berlangsung sesuai dengan kebutuhan ibu nifas agar mengurangi ketegangan yang dirasakan oleh ibu.
2. Bidan merupakan pendidik dalam memberikan asuhan pada ibu nifas dan keluarganya.
3. Bidan merupakan pelaksana asuhan pada ibu nifas melalui tindakan, perawatan, pemantauan, rujukan dan melakukan deteksi dini komplikasi masa nifas (Mansur, 2018).
4. Bidan merupakan promotor dalam proses keterikatan hubungan antara ibu dan bayi.
5. Bidan berupaya untuk memenuhi rasa nyaman antara ibu dan bayi.
6. Bidan melakukan pengumpulan data dan melakukan penegakkan diagnosa serta rencana tindakan yang akan dilakukan.
7. Bidan memberikan asuhan sesuai dengan kewenangan yang dimiliki.
8. Bidan memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis
9. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
10. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
11. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik serta mempraktekkan kebersihan yang nyaman.
12. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi
13. Dalam menjalankan kewajibannya maka bidan memiliki peran untuk memberikan asuhan secara professional.

5.7 Kebijakan Program Nasional Asuhan Masa Nifas

Pada saat seorang ibu berada pada masa nifas maka dilakukan kunjungan paling sedikit 4 kali kunjungan. Hal tersebut dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi serta untuk melakukan deteksi terhadap permasalahan yang ada dan pencegahan komplikasi pada ibu dan bayi (Saleha, 2009).

1. Kunjungan pertama dilakukan saat 6-8 jam post partum dengan tujuan sebagai berikut :
 - a. Mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri
 - b. Melakukan deteksi terhadap penyebab lain dari perdarahan dan merujuk apabila terdapat perdarahan yang berlanjut.
 - c. Memberikan konseling pada ibu dan anggota keluarga mengenai cara pencegahan perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri.
 - d. Pemberian ASI awal
 - e. Melakukan pendampingan pada ibu mengenai teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - f. Menjaga bayi agar tetap hangat sebagai bentuk pencegahan terhadap hipotermi
 - g. Melakukan pemeriksaan dan pemantauan selama 2 jam pertama pasca melahirkan.
2. Kunjungan kedua dilakukan pada 6 hari setelah persalinan. Kunjungan ini dilakukan dengan tujuan :
 - a. Memastikan proses involusi uterus dengan ciri uterus berkontraksi dan fundus uteri dibawah umbilicus, tidak terdapat perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
 - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau cairan dan perdarahan abnormal.
 - c. Memastikan nutrisi ibu terpenuhi dengan baik serta istirahat yang cukup.
 - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit selama menyusui.

- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.
3. Kunjungan ketiga dilakukan pada saat 2 minggu setelah persalinan. Asuhan yang diberikan saat kunjungan 2 minggu sama dengan asuhan saat kunjungan kedua.
4. Kunjungan yang keempat dilakukan pada saat 6 minggu setelah persalinan dan merupakan kunjungan yang terakhir selama masa nifas dan bertujuan untuk menanyakan pada ibu tentang penyulit yang dialami serta memberikan konseling untuk mendapatkan pelayanan KB secara dini.

5.8 Hak Pasien

Bidan memiliki kewajiban terhadap pemenuhan hak pasien ketika memberikan asuhan berdasarkan kewenangan dan standar yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Penatalaksanaan asuhan pada ibu nifas dan bayi baru lahir merupakan gerakan asuhan sayang ibu. Gerakan sayang ibu berguna untuk menurunkan angka kematian pada ibu yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan dan masa nifas. Bidan akan melibatkan keluarga selama proses pendampingan, dimana bidan akan memberikan penyuluhan bukan hanya terhadap ibu nifas tetapi juga terhadap keluarga atau Masyarakat yang ada di sekitar. Contoh Gerakan asuhan sayang ibu yang memerlukan pendampingan adalah pemberian ASI secara eksklusif, Dimana keberhasilan dari pemberian ASI tersebut merupakan kewajiban dan tanggung jawab bersama. Adanya kesadaran dimasyarakat terhadap kesehatan akan memberikan dampak langsung terhadap peningkatan derajat Kesehatan ibu dan anak.

Ada beberapa hak ibu nifas secara umum yang dapat dipenuhi yaitu

1. Hak memperoleh informasi
2. Hak untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas
3. Hak untuk mendapatkan perlindungan dalam pelayanan
4. Hak untuk mendapatkan jaminan Kesehatan
5. Hak untuk mendapatkan pendampingan suami atau keluarga dalam pelayanan

6. Hak untuk mendapatkan pelayanan sesuai pilihan.

Untuk pemenuhan kebutuhan pasien tersebut, bidan memiliki kewajiban untuk memberikan asuhan sesuai dengan kewenangan yang dimiliki. Program gerakan asuhan sayang ibu memberikan stimulan dalam memperhatikan gizi keluarga terutama pada ibu hami dan menyusui. Hal tersebut dikarenakan bahwa gerakan sayang ibu digunakan untuk meningkatkan pemahaman pada keluarga dengan pendampingan dan penyuluhan, pembentukan kelompok Masyarakat yang peduli terhadap Kesehatan terutama Kesehatan ibu nifas, bayi dan balita.

Mendapatkan pendampingan merupakan hak pada gerakan asuhan sayang ibu. Menyusui juga merupakan hak ibu, Dimana tidak ada seorangpun yang dapat menghalangi seorang ibu untuk memenuhi haknya untuk menyusui bayinya. Selain itu bayi juga memiliki hak untuk mendapatkan ASI, hal tersebut diatur dalam konvensi hak anak pasal 24 yang menyatakan bahwa bayi berhak atas standar kesehatan tertinggi.

5.9 Standar Asuhan Masa Nifas

Standar asuhan kebidanan nifas disusun untuk memberikan asuhan yang berkualitas . berikut standar pelayanan nifas dalam asuhan kebidanan. Standar pelayanan nifas antara lain :

1. Standar 14 : penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan. Bidan melakukan pemantauan pada ibu dan bayi terhadap komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, selain itu bidan memberikan penjelasan mengenai pemberian ASI
2. Standar 15 : pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas. Bidan memberikan pelayanan masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi, deteksi dini atau rujukan bila terjadi komplikasi. Selain standar untuk pelayanan kebidanan dasar, hal berikut merupakan standar penanganan obstetric-neonatus yang perlu dikuasai bidan.

3. Standar 21 : penanganan perdarahan postpartum primer. Bidan memiliki kewajiban untuk mengenali perdarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan (perdarahan post partum primer) dan segera melakukan pertolongan pertama untuk mengatasi perdarahan.
4. Standar 22 : penanganan perdarahan postpartum sekunder. Bidan mampu mengenali gejala postpartum sekunder serta melakukan pertolongan pertama untuk menyelamatkan jiwa ibu dan bayi.
5. Standar 23 : Penanganan sepsis puerperalis. Bidan mampu mengenali gejala sepsis puerperalis serta melakukan pertolongan pertama.

5.10 Issu Terbaru Perawatan Masa Nifas

1. Mobilisasi dini

Saat nifas, terkadang ibu enggan untuk bergerak karena merasa letih dan lelah, seharusnya ibu nifas dapat melakukan gerakan sedini mungkin sehingga menghindari permasalahan pada saat nifas seperti bendungan pada vena. Keuntungan dari mobilisasi dini adalah meningkatnya aliran sirkulasi darah serta mencegah resiko bendungan pada pembuluh darah, dapat mencegah sembelit, serta memungkinkan ibu merawat bayi. Ambulasi dini tidak bisa dilakukan pada pasien dengan anemia, penyakit paru dan penyakit jantung.

2. Roaming in

Memiliki dampak positif seperti pemberian ASI awal, serta mengajari ibu cara perawatan bayi. Melalui rawat gabung, maka seorang ibu akan memiliki keinginan untuk merawat bayinya serta menimbulkan keinginan bagi ibu untuk segera menyusui bayinya sehingga membuat ibu termotivasi untuk melakukan mobilisasi dini.

3. Pemberian ASI dini dan pijat oksitosin

Peningkatan produksi asi dapat dilakukan dengan melakukan pijat oksitosin. Melalui pijat oksitosin diharapkan produksi asi meningkat sehingga pemberian ASI bagi bayi dapat terpenuhi

DAFTAR PUSTAKA

- Cooper, F. (2009) 'Myles Buku Ajar Bidan', *Jakarta: EGC* [Preprint].
- Mansur, N. (2018) 'Asuhan Kebidanan Masa Nifas', *Malang, Jatim: Selaksa Media* [Preprint].
- Saleha, S. (2009) 'Asuhan kebidanan pada masa nifas'.
- Suhermi, S. (2019) 'efektifitas pijat oketani terhadap bendungan asi pada ibu postpartum di RSB. Masyita Makassar', *Journal of Islamic Nursing*, 4(1), pp. 78–82.
- Wahyuni, E.D. and Wahyuni, E.D. (2018) 'Asuhan kebidanan nifas dan menyusui'. Pusdik SDM Kesehatan.
- Wahyuningsih, H.P. (2018) 'Asuhan Kebidanan Nifas & Menyusui'. Kementerian Kesehatan RI.
- Yuliana, W. and Hakim, B.N. (2020) *Emodemo Dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.

BAB 6

KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

Oleh Sariestya Rismawati

6.1 Pendahuluan

Bayi baru lahir (BBL) termasuk dalam kelompok rentan dan memerlukan perhatian serta perawatan yang baik. Perubahan dari kehidupan saat dalam kandungan ibu ke kehidupan setelah lahir membuat bayi menghadapi sejumlah proses adaptasi. Bayi baru lahir memiliki resiko gangguan kesehatan yang cukup tinggi sehingga memerlukan perawatan yang tepat (Kemenkes RI, 2020).

6.2 Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru dilahirkan, dengan umur 0-28 hari. Bayi baru lahir ini perlu adaptasi setelah proses persalinan. Bayi baru lahir dikatakan normal jika lahir pada usia kehamilan aterm/cukup bulan dengan berat badan normal dan tanpa cacat bawaan.

Menurut Marmi dan Rahardjo (2018), neonatus dibagi menjadi :

1. Neonatus Dini : usia bayi 0-7 hari
2. Neonatus lanjut : usia bayi 7-28 hari

6.2.1 Klasifikasi

Juwita dan Prisusanti (2020) mengelompokkan menjadi 2 :

1. Menurut berat badan
Berat bayi baru lahir ditimbang dalam 1 jam pertama setelah kelahirannya (Novitasari et al, 2020).
 - a. Bayi berat badan lahir rendah : BB kurang dari 2.500 gr.
 - b. Bayi berat badan lahir cukup : BB antara 2.500-4.000 gr.
 - c. Bayi berat badan lahir lebih : BB lebih dari 4.000 gr.Marmi dan Rahadjo (2018) menambahkan dengan 2 kriteria lain yaitu :
 - a. Bayi berat lahir sangat rendah : BB antara 1.000-1.500 gr.

- b. Bayi berat lahir amat sangat rendah : BB kurang dari 1.000 gr.
- 2. Menurut umur kehamilan
Umur kehamilan yaitu waktu dari awal konsepsi sampai lahir. (Novitasari et al, 2020).
 - a. Bayi kurang bulan : lahir kurang dari 37 minggu.
 - b. Bayi cukup bulan : lahir antara 37 – 42 minggu.
 - c. Bayi lebih bulan : lahir lebih dari 42 minggu.

6.2.2 Ciri Bayi Baru Lahir Normal

- 1. Lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu.
- 2. Berat badan antara 2.500 – 4.000 gr.
- 3. Panjang badan antara 48-52 cm.
- 4. Lingkar kepala antara 33-35 cm.
- 5. Lingkar dada antara 30-38 cm.
- 6. Denyut jantung bayi 120-160 x/menit.
- 7. Pernafasan bayi 40-60 x/menit.
- 8. Suhu bayi berkisar antara 36,5 – 37,5°C
- 9. Warna kulit bayi merah muda.
- 10. Bayi menangis kuat dan anggota badan bergerak dengan baik.
- 11. Bayi sudah memiliki reflex hisap dan menelan, reflex moro dan graps yang baik.
- 12. Bayi sudah buang air kecil dan buang air besar dalam 24 jam.
- 13. Rambut dan kuku bayi tumbuh dengan baik.
- 14. Pada bayi perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora dan pada bayi laki-laki testis sudah turun dan skrotum sudah ada.

6.3 Adaptasi Bayi Baru Lahir

6.3.1 Definisi Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi BBL adalah masa atau waktu seorang bayi untuk bisa menyesuaikan diri terhadap kehidupan di luar rahim (Marmi & Rahardjo, 2018).

6.3.2 Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

Proses adaptasi merupakan kemampuan bayi dalam mempertahankan fungsi vital yang dinamis. Pertumbuhan dan perkembangan menjadi salah satu faktor yang memengaruhi proses ini (Marmi & Rahardjo, 2018).

1. Sistem Pernafasan

Pada kehamilan 20 minggu, surfaktan mulai diproduksi dan jumlahnya meningkat sampai usia kehamilan 30-34 minggu. Cairan ini menetap sampai bayi matur (akhir kehamilan) dan sepertiganya akan keluar saat bayi melewati jalan lahir pada persalinan normal. Pada saat bayi menarik nafas pertama kali, udara memenuhi dan mengembangkan paru serta mengeluarkan cairan dalam paru.

Pernafasan pada bayi di luar rahim dimulai pada persalinan dimana ada dua faktor yang mempengaruhinya, yaitu :

- a. Adanya rangsangan dari lingkungan luar rahim dan hipoksia yang di alami bayi saat proses persalinan
- b. Tekanan dalam dada pada saat persalinan merangsang masuknya udara ke dalam paru-paru.

2. Sistem Gastrointestinal

Bayi sudah bisa menghisap dan menelan meski terbatas. Refleks gumoh dan batuk sudah terbentuk. Kapasitas lambung masih kecil (15-20 cc) dan akan bertambah sesuai dengan bertambahnya umur bayi. Usus pada BBL belum matang sehingga belum bisa mencerna makanan seperti pada anak dan melindungi dari zat yang berbahaya. Feses pertama bayi biasanya berwarna hijau kehitaman yang disebut mekonium (Sinta, 2019).

3. Sistem Imunologi

Selain usus, sistem kekebalan pada BBL juga belum matang sehingga bayi baru lahir sangat mudah terinfeksi terutama pada pernafasan dan pencernaan. Respon dari imunoglobulin pada bayi masih belum optimal.

4. Sistem sirkulasi

Saat dalam rahim, bayi bergantung pada plasenta. Saat bayi lahir, bayi harus melakukan adaptasi terutama dalam pengalihan aliran darah. Hal ini terjadi karena adanya

perubahan tekanan dalam sistem pembuluh darah. 2 hal yang terjadi pada sistem ini yaitu foramen ovale dan duktus arteriosus yang mengalami penutupan.

Perubahan ini terjadi karena :

- a. Adanya resistensi pembuluh darah sistemik yang meningkat dan penurunan tekanan pada atrium kanan, yang mengakibatkan adanya tekanan dan volume pada atrium kanan menurun. Kondisi ini menyebabkan darah yang berisi oksigen mengalir ke paru-paru.
- b. Resistensi pembuluh darah paru menurun dan tekanan atrium kanan meningkat saat bayi bernafas untuk pertama kali sehingga sistem pembuluh darah akan terbuka. Hal ini menimbulkan relaksasi dan volume darah dan tekanan pada atrium kanan meningkat, yang pada akhirnya menutup foramen ovale.

5. Sistem thermoregulasi

Sistem thermoregulasi pada BBL masih belum sempurna. BBL masih belum bisa mengatur suhu tubuh sehingga bisa terjadi stress karena perubahan suhu. Meski bayi baru lahir memiliki lapisan lemak coklat untuk, namun seringkali paparan dingin pada bayi membuat lapisan lemak coklat ini lama kelamaan habis.

Bayi baru lahir juga mengalami kehilangan panas yang diakibatkan oleh hal-hal berikut :

- a. Radiasi : disebabkan karena bayi berada di dekat benda dengan suhu lebih dingin meskipun ditempatkan di dekat benda yang memiliki suhu lebih rendah daripada tubuh bayi, meskipun tidak langsung bersentuhan.
- b. Konduksi : disebabkan karena tubuh bayi bersentuhan langsung dengan benda yang dingin.
- c. Konveksi : disebabkan karena bayi terpapar udara di sekitarnya yang lebih dingin.
- d. Evaporasi : disebabkan karena adanya penguapan dari cairan ketuban karena bayi tidak langsung dikeringkan sesaat setelah lahir.

6. Sistem ginjal

Kapasitas ginjal pada bayi baru lahir masih kecil dengan kemampuan reabsorpsi tubular yang rendah dan terbatas. Urine bayi encer berwarna kekuningan dan belum berbau. Bayi akan mengeluarkan urine pertama di 24 jam kehidupannya dan seiring cairan yang masuk akan semakin sering.

7. Sistem reproduksi

Pada bayi laki-laki, umumnya testis sudah turun ke skrotum, memiliki rugae dan uretra ada pada ujung penis. Pada anak perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora dengan klitoris yang cukup besar.

8. Sistem muskuloskeletal

Tulang panjang pada bayi baru lahir umumnya belum mengalami osifikasi secara sempurna. Molase akan hilang dalam beberapa hari, ubun-ubun belakang akan menutup sekitar usia 6-8 minggu, sedangkan ubun-ubun depan tetap terbuka sampai usia sekitar 18 bulan. Hal ini bermanfaat untuk mengkaji kecukupan hidrasi dan tekanan intrakranial.

9. Sistem saraf

Bayi baru lahir memiliki beberapa refleks primitif yang menunjukkan adanya perkembangan sistem saraf. Refleks tersebut diantaranya (Hasnidar, 2021) :

a. Refleks mencari (*Rooting refleks*)

Bayi akan menoleh ke kiri atau ke kanan jika dilakukan sentuhan pada pipinya. Refleks ini diperlukan saat menyusui.

b. Refleks mengisap (*Sucking refleks*)

Bayi akan mengisap payudara ibu untuk mendapatkan ASI.

c. Refleks menelan (*Swallowing refleks*)

Merupakan gerakan lidah bagian posterior untuk memasukkan ASI yang telah diisap.

d. Refleks moro (*Moro refleks*)

Refleks moro adalah refleks terkejut pada bayi yaitu dengan mengangkat kedua tangan dan tungkai (gerakan

ekstensi) yang diikuti dengan gerakan abduksi jika bayi terkejut.

e. Refleks pada leher (*Tonicneck refleks*)

Refleks ini adalah refleks tengadah pada bayi. Bila bayi dalam posisi berbaring dengan kepala menoleh ke salah satu sisi, maka ekstremitas sisi homolateral akan mengalami ekstensi dan sisi kontralateral akan mengalami fleksi.

f. Refleks babinski (*Babinsky refleks*)

Refleks akan terlihat jika bayi diberikan rangsangan sentuhan pada telapak kakinya. Jempol dan jari lain akan mengarah ke atas dalam posisi terbuka. Refleks ini biasanya akan menetap sampai bayi berumur 2 tahun.

g. Refleks menggenggam (*Palmar Grasping refleks*)

Refleks akan terlihat jika bayi diberikan rangsangan pada telapak tangannya, ia akan menggenggam.

h. Refleks melangkah (*Stepping refleks*)

Refleks ini akan terlihat jika bayi diangkat dan diposisikan berdiri tegak dengan kedua kaki menyentuh permukaan yang rata. Bayi akan terstimulasi untuk melakukan gerakan berjalan.

10. Sistem integumen

Verniks caseosa biasanya menempel pada kulit yang berfungsi untuk melindungi kulit bayi. Pada bayi yang lahir di usia kehamilan yang cukup, kulit akan berwarna kemerahan. Tangan dan kulit bayi mungkin akan sedikit terlihat sianosis karena adanya instabilitas vasomotor dan vaskuler. Hal ini terjadi biasanya 7-10 hari terutama jika terkena suhu dingin.

6.4 Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

Meski baru lahir, bayi juga memiliki kebutuhan dasar dalam hidupnya. Kebutuhan ini diantaranya :

1. Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

Cairan dan nutrisi pada bayi baru lahir didapatkan dari Air Susu Ibu (ASI). ASI pertama didapatkan dari proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD). IMD yaitu proses meletakkan

bayi di dada ibu segera setelah persalinan dengan kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit ibu setidaknya dalam waktu 1 jam. Pada proses ini, bayi bisa dibiarkan sampai bisa menyusu sendiri (Cunningham, 2018).

IMD memiliki banyak manfaat bagi bayi, diantaranya :

- a. Meningkatkan bonding ibu dan bayi
- b. Mencegah hipotermi
- c. Melatih bayi untuk bisa menyusu pada ibu
- d. Meningkatkan kecerdasan bayi

Selain manfaat untuk bayi, IMD juga bermanfaat bagi ibu, diantaranya :

- a. Merangsang produksi oksitoksin untuk mencegah perdarahan pasca persalinan dan mempercepat involusi uterus.
- b. Merangsang produksi prolaktin untuk produksi ASI.
- c. Meningkatkan bonding ibu dan bayi
- d. Meningkatkan keberhasilan ASI Eksklusif

Proses IMD dilanjutkan dengan pemberian ASI saja selama 6 bulan (ASI Eksklusif) dan dilanjutkan kembali sampai usia 2 tahun. ASI mengandung komposisi gizi yang seimbang untuk bayi yang tidak ada dalam susu formula. ASI juga cocok untuk sistem pencernaan bayi yang belum mampu mencerna makanan padat pada usia 0-6 bulan. ASI mampu memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi yang diperlukan oleh bayi baru lahir.

2. Kebutuhan Kebersihan

Bayi baru lahir harus dipastikan dibersihkan dengan baik. Namun begitu, perlu juga diperhatikan juga perubahannya suhu tubuh bayi sehingga sebaiknya BBL dimandikan setelah 6 jam setelah dilahirkan untuk menghindari hipotermi. Bayi sebaiknya dimandikan 2 kali sehari setiap pagi dan sore dengan air dan suhu ruangan yang hangat agar suhu bayi tetap terjaga.

Segera bersihkan bayi jika buang air besar dan air kecil (jika ibu menggunakan popok sekali pakai) untuk menghindari terjadinya iritasi. Jika ibu menggunakan popok industri, cek secara berkala dan ganti jika teraba penuh atau dalam jangka waktu tertentu.

3. Kebutuhan Keamanan dan Kasih Sayang

Bayi baru lahir perlu diberikan kasih sayang yang penuh dari keluarga. Perlu dilakukan bounding attachment yaitu pengungkapan perasaan kasih sayang dan interaksi secara fisik baik dari orang tua maupun keluarga. Jika dalam keluarga terdapat anak pertama (kakak bayi), libatkan dia dalam pengasuhan untuk mencegah terjadinya kecemburuan (*sibling rivalry*).

6.5 Asuhan Bayi Baru Lahir

6.5.1 Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

BBL belum memiliki imunitas yang cukup sehingga rentan terhadap berbagai infeksi sehingga perlu mendapatkan asuhan kesehatan yang baik. Beberapa asuhan yang bisa dilakukan, diantaranya :

1. Pencegahan infeksi

Penanganan BBL di tempat persalinan dilakukan dengan menerapkan psinsip pencegahan infkeis oleh tenaga kesehatan. Pastikan mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, menggunakan sarung tangan bersih dan memastikan alat dan bahan yang digunakan untuk memberikan asuhan telah steril.

2. Menjaga suhu bayi

BBL rentan terjadi hipotermi, sehingga pada saat melakukan asuhan/pemeriksaan, suhu ruangan harus dipastikan hangat. Hindarkan bayi dari alat pendingin ruangan.

3. Pemeriksaan bayi

Pemeriksaan awal pada BBL penting dilakukan. Hal ini untuk memastikan kesehatan bayi dan mendeteksi kelainan yang mungkin terjadi. Lakukan pemeriksaan bayi pada tempat

yang hangat, datar dan memiliki penerangan yang cukup. Berikan intervensi pada bayi sesuai dengan kebutuhan bayi.

6.5.2 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Beberapa tanda bahaya yang penting untuk diperhatikan.

1. Bayi letargi
2. Bayi terlihat lemah dan tidak mau menyusu
3. Isapan menyusu lemah, bayi rewel/sering menangis.
4. Tali pusar merah, bengkak, keluar cairan, berbau anyir/busuk dan mengeluarkan darah
5. Bayi tidak BAK dalam 24 jam kelahiran, tidak BAB dalam 3 hari atau feses encer berwarna hijau tua dengan lendir atau darah dan frekuensinya lebih sering
6. Nafas bayi cepat (> 60 x per menit)
7. Bayi mengalami hipotermia ($< 36,5^{\circ}\text{C}$) atau hipertermia ($> 37,5^{\circ}\text{C}$)
8. Bayi merintih
9. Bayi kejang dan tidak sadar
10. Terlihat retraksi dinding dada saat bayi bernafas
11. Sianosis/kebiruan pada kulit bayi
12. Kulit wajah, mata dan badan bayi berwarna kuning.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan RI. 2020. Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas, Dan Bayi Baru Lahir Selama Social Distancing. Jakarta: Kemenkes RI
- Marmi dan Rahardjo. 2018. Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Juwita S, Prisusanti RD. Asuhan Neonatus. Pasuruan: CV. Penerbit Qiara Media; 2020.
- Novitasari, A., Hutami, M. S., & Pristya, T. Y. R. (2020). Pencegahan dan Pengendalian BBLR Di Indonesia: Systematic Review. Pencegahan Dan Pengendalian BBLR Di Indonesia, 2(3), 175–182.
- Sinta, L.E., dkk. 2019. Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Neonatus, Bayi dan Balita. Sidoarjo : Indomedia Pustaka
- Hasnidar dkk, Sulfianti. 2021. Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi Dan Balita. Medan : Yayasan Kita Menulis.
- Cunningham, F.G. 2018. Obstetri Williams, edisi 23 Volume 1. Jakarta : EGC.

BAB 7

KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA

Oleh Lilis Candra Yanti

7.1 Pendahuluan

Salah satu masalah kependudukan yang cukup besar di Indonesia adalah jumlah kepadatan penduduk yang sangat besar. Hal ini menimbulkan berbagai macam masalah lain, sehingga untuk itu pemerintah mencanangkan program Keluarga Berencana (KB). Keluarga Berencana (KB) merupakan program pemerintah yang dirancang untuk menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk. Gerakan Keluarga Berencana Nasional Indonesia telah dianggap masyarakat dunia sebagai program yang berhasil menurunkan angka kelahiran yang bermakna. Perencanaan jumlah keluarga dengan pembatasan dapat dilakukan dengan penggunaan alat-alat kontrasepsi atau penanggulangan kelahiran seperti penggunaan pil KB, kondom, spiral, IUD dan sebagainya.

7.2 Definisi Keluarga Berencana

Beberapa definisi Keluarga Berencana yaitu :

1. Pengertian Program Keluarga Berencana menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran. Pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.
2. Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai

keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional.

3. Keluarga Berencana adalah usaha untuk mengatur banyaknya jumlah kelahiran sehingga ibu, bayi maupun ayah serta keluarga yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kelahiran tersebut.
4. WHO (*Expert Committee*, 1970), tindakan yang membantu individu/pasutri untuk : Mendapatkan obyektif-obyektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.
5. KB memiliki arti mengatur jumlah anak sesuai keinginan dan menentukan sendiri kapan akan hamil, serta bisa menggunakan metode KB yang sesuai dengan keinginan dan kecocokan kondisi tubuh.
6. Keluarga berencana merupakan suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi.

7.3 Tujuan Program Keluarga Berencana

Tujuan keluarga berencana adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak guna mewujudkan norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera sebagai dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.

Tujuan umum untuk lima tahun kedepan mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa men datang untuk mencapai keluarga berkualitas tahun 2015.

Sedangkan tujuan program KB secara filosofis adalah:

1. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.

2. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

Tujuan KB berdasar RENSTRA 2005-2009 meliputi:

1. Keluarga dengan anak ideal.
2. Keluarga sehat.
3. Keluarga berpendidikan.
4. Keluarga sejahtera.
5. Keluarga berketahanan.
6. Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya.
7. Penduduk tumbuh seimbang (PTS).

Secara umum tujuan umum program KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, sehingga tercapai keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan kehidupannya.

Sedangkan tujuan khusus program KB adalah memperbaiki Kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa, mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa; memenuhi permintaan masyarakat terhadap pelayanan KB dan KR yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi dan anak, serta penaggulangan masalah kesehatan reproduksi.

Adapun tujuan lain meliputi:

1. Pengaturan kelahiran
2. Pendewasaan usia perkawinan dan
3. Peningkatan ketahanan serta kesejahteraan keluarga

7.4 Sasaran Program Keluarga Berencana

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari tujuan yang ingin di capai. Sasaran langsungnya adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.

Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka menca pai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2004-2009 yang meliputi:

1. Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1.14 persen per tahun.
2. Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2.2 per perempuan.
3. Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak me makai alat/cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6%.
4. Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5 persen
5. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif dan efisien.
6. Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
7. Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
8. Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.
9. Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional.

7.5 Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana

Ruang lingkup program KB meliputi:

1. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE).
2. Konseling.
3. Pelayanan Kontrasepsi.
4. Pelayanan Infertilitas.
5. Pendidikan sex (*sex education*).
6. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan.
7. Konsultasi genetik.
8. Tes keganasan.
9. Adopsi

7.6 Strategi Pendekatan dan Cara Operasional Program Pelayanan Keluarga Berencana

Strategi pendekatan dalam program Keluarga Berencana antara lain:

1. Pendekatan kemasyarakatan (*Community Approach*)
Diarahkan untuk meningkatkan dan menggalakkan peran serta masyarakat (kepedulian) yang dibina dan dikembangkan secara berkelanjutan.
2. Pendekatan koordinasi aktif (*Active Coordinative Approach*)
Mengkoordinasikan berbagai pelaksanaan program KB dan pembangunan keluarga sejahtera sehingga dapat saling menunjang dan mempunyai kekuatan yang sinergik dalam mencapai tujuan dengan menerapkan kemitraan sejajar.
3. Pendekatan integratif (*Integrative Approach*)
Memadukan pelaksanaan kegiatan pembangunan agar dapat mendorong dan menggerakkan potensi yang dimiliki oleh semua masyarakat sehingga dapat menguntungkan dan memberi manfaat pada semua pihak.
4. Pendekatan kualitas (*Quality Approach*)
Meningkatkan kualitas pelayanan baik dari segi pemberi pelayanan (*provider*) dan penerima pelayanan (klien) sesuai dengan situasi dan kondisi.
5. Pendekatan kemandirian (*Self Rellant Approach*)
Memberikan peluang kepada sektor pembangunan lainnya dan masyarakat yang telah mampu untuk segera mengambil alih peran dan tanggung jawab dalam pelaksanaan program KB nasional.
6. Pendekatan tiga dimensi (*Three Dimension Approach*)
Strategi tiga dimensi program KB sebagai pendekatan program KB nasional, dimana program tersebut atas dasar survey pasangan usia subur di Indonesia terhadap ajakan KIE yang terbagi menjadi tiga kelompok, yaitu :
 - a. 15% PUS langsung merespon "ya" untuk ber-KB.
 - b. 15-55% PUS merespon "ragu-ragu untuk ber-KB.
 - c. 30% PUS merespon "tidak" untuk ber-KB.

Strategi tiga dimensi dibagi dalam tiga tahap pengelolaan program KB sebagai berikut :

- a. Tahap perluasan jangkauan
Pola tahap ini penggarapan program lebih difokuskan lebih kepada sasaran :
 - 1) Coverage wilayah
Penggarapan wilayah adalah penggarapan program KB lebih diutamakan pada penggarapan wilayah potensial. Seperti wilayah Jawa, Bali dengan kondisi jumlah penduduk dan laju pertumbuhan yang besar.
 - 2) Coverage khalayak
Mengarah kepada upaya menjadi akseptor KB sebanyak- banyaknya. Pada tahap ini pendekatan pelayanan KB didasarkan pada pendekatan klinik.
- b. Tahap pelembagaan
Tahap ini untuk mengantisipasi keberhasilan pada tahap potensi yaitu tahap perluasan jangkauan. Tahap coverage wilayah diperluas jangkauan provinsi luar Jawa Bali. Tahap ini indikator kuantitatif kesertaan ber-KB pada kisaran 45-65 % dengan prioritas pelayanan kontrasepsi dengan metode jangka panjang, dengan memanfaatkan momentum-momentum besar.
- c. Tahap pembudayaan program KB
Pada tahap coverage wilayah diperluas jangkauan provinsi seluruh Indonesia. Sedangkan tahap coverage khalayak diperluas jangkauan sisa PUS yang menolak, oleh sebab itu pendekatan program KB dilengkapi dengan pendekatan Takesra dan Kukesra.

Adapun kegiatan atau cara operasional pelayanan KB adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)
Pelayanan komunikasi, informasi dan edukasi dilakukan dengan memberikan penerangan konseling, advokasi, penerangan kelompok (penyuluhan) dan penerangan massa melalui media cetak, elektronik.

Dengan penerangan, motivasi diharapkan meningkat sehingga terjadi peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku masyarakat dalam ber-KB, melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga sehingga tercapai Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS).

2. Pelayanan kontrasepsi dan pengayoman peserta KB

Dikembangkan program reproduksi keluarga sejahtera. Para wanita baik sebagai calon ibu atau ibu, merupakan anggota keluarga yang paling rentan mempunyai potensi yang besar untuk mendapatkan KIE dan pelayanan KB yang tepat dan benar dalam mempertahankan fungsi reproduksi.

Reproduksi sehat sejahtera adalah suatu keadaan sehat baik fisik, mental dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi. Bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan serta dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material, bertaqwa kepada Tuhan YME, memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antar anggota dan antara keluarga dengan lingkungan.

Dalam mencapai sasaran reproduksi sehat, dikembangkan 2 gerakan yaitu : pengembangan gerakan KB yang makin mandiri dan gerakan keluarga sehat sejahtera dan gerakan keluarga sadar HIV/AIDS.

Pengayoman, melalui program ASKABI (Asuransi Keluarga Berencana Indonesia), tujuan agar merasa aman dan ter lindung apabila terjadi komplikasi dan kegagalan.

3. Peran serta masyarakat dan institusi pemerintah

PSM ditonjolkan (pendekatan masyarakat) serta kerjasama institusi pemerintah (Dinas Kesehatan, BKKBN, Depag, RS, Puskesmas).

4. Pendidikan KB

Melalui jalur pendidikan (sekolah) dan pelatihan, baik petugas KB, bidan, dokter berupa pelatihan konseling dan keterampilan.

7.7 Perencanaan Keluarga dan Penapisan Klien

Dalam menentukansuatu metode kontrasepsi yang akan digunakan oleh klien, maka perlu dilakukan perencanaan dan penapisan klien.

Penapisan adalah upaya untuk melakukan telaah dan kajian tentang kondisi kesehatan klien dengan kesesuaian penggunaan metode kontrasepsi yang diinginkan. Tujuan utama penapisan klien untuk menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus dan masalah (misalnya diabetes melitus atau hipertensi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.

Dalam perencanaan keluarga ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu :

1. Seorang perempuan bisa hamil setelah mendapat haid pertama.
2. Kesuburan seorang perempuan akan terus berlangsung sampai tidak haid lagi.
3. Kehamilan yang terbaik dan paling rendah resikonya adalah antara 20-35 tahun.
4. Persalinan pertama dan kedua paling rendah resikonya.
5. Jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2-4 tahun

Dalam pelaksanaan perencanaan keluarga tersebut, ada tiga fase dalam pemilihan metode kontrasepsi rasional dengan urutan sebagai berikut, yaitu :

1. Fase menunda kehamilan bagi pasangan usia subur dengan istri usia dibawah 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya.
2. Fase menjarangkan kehamilan periode usia istri antara 20-35 tahun merupakan periode usia yang paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dengan jarak antara anak pertama dan kedua adalah 3-4 tahun.

3. Fase mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi) periode usia istri diatas 35 tahun sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai anak.

7.8 Manfaat Program Keluarga Berencana

1. Untuk ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya yaitu :
 - a. Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
 - b. Peningkatan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.
2. Untuk anak-anak yang dilahirkan, maka manfaatnya yaitu :
 - a. Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya dalam keadaan sehat.
 - b. Sesudah lahir, anak mendapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.
3. Untuk anak-anak yang lain, maka manfaatnya yaitu :
 - a. Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga.
 - b. Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak.
 - c. Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata.
4. Untuk ayah, memberikan kesempatan kepadanya agar dapat:
 - a. Memperbaiki kesehatan fisiknya.
 - b. Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terluang untuk keluarganya.

5. Untuk seluruh keluarga, maka manfaatnya yaitu :
Kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh pendidikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aniek Setyorini, 2014. *Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Keluarga Berencana*. Bogor: In Media.
- Dr. Putu Mastiningsih, 2019. *Buku Ajar Program Pelayanan Keluarga Berencana*. Bogor: In Media.
- Fatma Nadia dan Ary Oktora Sri, 2021. *Buku Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. s.l.:Gosyen Publishing.
- Koes Irianto, 2014. *Pelayanan Keluarga Berencana Dua Anak Cukup*. 1 ed. Bandung: Alfabeta.
- Sri Handayani, 2010. *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. 1 ed. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Th. Endang Purwoastuti dan Elisabeth Siwi Walyani, 2015. *Panduan Materi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Bantul: Pustaka Baru.
- Yulizawati,dkk, 2020. *Buku Ajar Keluarga Berencana*. s.l.:Indomedia Pustaka.

BIODATA PENULIS



Bakti Putri Harwijayanti, S.ST, M.Tr.Keb
Staf Dosen Kemenkes Poltekkes Semarang

Penulis lahir di Purworejo tanggal 06 Desember 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Kemenkes Poltekkes Semarang. Menyelesaikan pendidikan D3 di Prodi Kebidanan Magelang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang dan D4 Kebidanan di Universitas Respati Yogyakarta dan melanjutkan S2 pada Magister Terapan Kebidanan Pascasarjana Poltekkes Kemenkes Semarang. Penulis menekuni bidang pendidikan dan pengembangan kompetensi melalui penyusunan karya literatur maupun karya ilmiah lainnya.

BIODATA PENULIS



Siti Naili Ilmiyani, S. ST., M. Keb

Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Hamzar
Mamben Kabupaten Lombok Timur NTB

Siti Naili Ilmiyani, S. ST., M. Keb Menyelesaikan studi S2 Kebidanan Universitas Aisyiyah Yogyakarta th 2018, D IV Pendidikan Bidan STIKES Aisyiyah Yogyakarta th 2014, DIII Kebidanan Universitas Nahdlatul Wathan Mataram th 2011, saat ini penulis masih aktif menjadi dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Hamzar Mamben Kabupaten Lombok Timur NTB.

BIODATA PENULIS



Nur Ismi Wahyuni, S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi Profesi Kebidanan
STIKes Abdi Nusantara Jakarta

Penulis lahir di Ujung Pandang, 12 Februari 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Kebidanan STIKes Abdi Nusantara Jakarta. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Salewangang Maros, melanjutkan DIV Bidan Pendidik di STIKES Mega Rezky Makassar dan melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar. Mengawali karir sebagai tenaga pendidik disalah satu Perguruan Tinggi Swasta di Makassar sejak tahun 2015.

BIODATA PENULIS



Ni Nyoman Murti.,M.Pd

Dosen program Studi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Penulis, lahir di Bugbug,Karangasem tanggal 21 Juli 1965 dan Pendidikan penulis berawal dari sekolah Akademi perawat Depkes Semarang Tahun 1985, dan melanjutkan ke Pendidikan Program pendidikan Bidan B,untuk guru Bidan di Ujung Pandang Tahun 1994 , lanjut pendidikan S1 Mipa Biologi di Universitas Tri Dharma Balikpapan tahun 2001 selanjutnya penulis mengikuti Pendidikan Diploma III Kebidanan Di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim Tahun 2008, , dan lanjut pendidikan Magister manajemen Pendidikan di Universitas Mulawarman Samarinda tahun 2010.

Pengalaman penulis dalam berorganisasi menjadi ketua II bidang Pendidikan Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Balikpapan yaitu periode 2018 – 2024, .Pengurus Gabungan Organisasi Wanita (GOW) Kota Balikpapan periode 2022-2027 ,bidang pendidikan & pelatihan, Pengurus Organisasi Wanita Hindu Dharma bidang Kesehatan & KB. Pengalaman dalam bekerja Penulis pernah menjabat sebagai Sekretaris Jurusan Kebidanan periode 2016-2020 di Poltekkes Kemenkes Kaltim dan Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen pada Jurusan Kebidanan di Poltekkes kemenkes Kaltim .

Email Penulis : baratamurti@gmail.com

BIODATA PENULIS



Damai Noviasari, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan Balikpapan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kalimantan timur

Penulis lahir di Balikpapan tanggal 02 November 1978. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Balikpapan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. Menyelesaikan Pendidikan Diploma IV Kebidanan pada Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur pada tahun 2010 dan melanjutkan pada Program Pasca Sarjana di universitas Brawijaya Malang pada tahun 2017 serta menyelesaikan studi pada tahun 2019. Dari tahun 2002 sampai dengan sekarang penulis bekerja sebagai staf pada Prodi Diploma III Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.

BIODATA PENULIS



Sariestya Rismawati

Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Sariestya Rismawati lahir di Tasikmalaya pada tanggal 9 April 1986. Menempuh pendidikan D3 Kebidanan tahun 2007 yang dilanjutkan ke DIV Bidan Pendidik tahun 2008 di Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya. Pendidikan Magister Pendidikan Konsentrasi Manajemen Sistem Pendidikan diselesaikannya tahun 2010 di Universitas Galuh Ciamis. Bersamaan dengan itu, penulis menempuh S1 Pendidikan Biologi di Universitas Terbuka dan lulus tahun 2011. Pada tahun 2015, penulis menyelesaikan program Magister Kebidanan di Fakultas Kedokteran Program Studi Kebidanan Universitas Padjajaran Bandung.

Sejak tahun 2008 sampai saat ini, penulis aktif sebagai pengajar di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya.

BIODATA PENULIS



Lilis Candra Yanti, S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
STIKES Husada Mandiri Poso

Penulis lahir di Atapange, 17 Agustus 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan STIKES Husada Mandiri Poso. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Universitas Indonesia Timur, melanjutkan DIV Bidan Pendidik di STIKES Mega Rezky Makassar dan melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar. Mengawali karir sebagai bidan pelayanan tahun 2011, dan selanjutnya sebagai dosen di Program Studi Diploma III Kebidanan STIKES Husada Mandiri Poso sejak tahun 2013 sampai sekarang.