

Buku Ajar

ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN



- Risma Putri Utama
- Nurul Amalina



BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN

Risma Putri Utama
Nurul Amalina



GET PRESS INDONESIA

BUKU AJAR
ASUHAN KEBIDANAN PADA KEHAMILAN

Penulis :
Risma Putri Utama
Nurul Amalina

ISBN : 978-634-255-724-2

Editor : Mila Sari, M. Si.
Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S. Pd.

PENERBIT : GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022
Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah Padang Sumatera Barat
website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, September 2026

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

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga buku ajar berjudul **Asuhan Kebidanan pada Kehamilan** ini dapat terselesaikan. Kehamilan merupakan sebuah perjalanan transformatif yang sarat dengan perubahan fisik, psikologis, dan sosial. Di tengah perjalanan ini, bidan memegang peranan sentral sebagai pendamping, edukator, dan pemberi asuhan yang kompeten serta berlandaskan bukti ilmiah (evidence-based). Perkembangan ilmu kebidanan yang dinamis menuntut adanya sumber belajar yang komprehensif, terstruktur, dan relevan dengan tantangan praktik di lapangan. Motivasi utama penyusunan buku ini adalah untuk menyediakan referensi yang padat dan mudah dipahami bagi mahasiswa kebidanan, membekali mereka dengan fondasi teoretis yang kuat serta panduan praktis dalam memberikan asuhan antenatal yang berkualitas, aman, dan berpusat pada perempuan.

Struktur buku ini dirancang secara sistematis untuk memandu pembaca memahami asuhan kehamilan secara holistik, mulai dari konsep paling mendasar hingga penanganan situasi kompleks. Diawali dengan pemahaman **Konsep Dasar Kehamilan** (Bab 1) dan **Perubahan Fisiologis** (Bab 2), pembaca diajak untuk mengenali kehamilan sebagai sebuah proses alamiah. Selanjutnya, buku ini mengupas tuntas **Kebutuhan Dasar Ibu Hamil** (Bab 3) dan berbagai **Faktor yang Memengaruhi Kehamilan** (Bab 4), yang menjadi landasan dalam merencanakan asuhan. Keunggulan utama buku ini terletak pada penekanan aspek

praktis yang tertuang dalam bab-bab inti, seperti **Asuhan pada Kunjungan Awal dan Ulang** (Bab 5), **Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)** (Bab 6), hingga keterampilan krusial dalam **Deteksi Dini Risiko Tinggi** (Bab 7) dan **Penanganan Awal Kegawatdaruratan** (Bab 8). Setiap bab disajikan dengan pendekatan yang mengintegrasikan teori dengan aplikasi klinis, diakhiri dengan pembahasan mengenai **Dokumentasi Asuhan Kehamilan** (Bab 9) yang menegaskan pentingnya akuntabilitas dan aspek legal dalam praktik kebidanan.

Penyelesaian buku ajar ini tentu tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menghaturkan terima kasih yang tulus kepada rekan-rekan sejawat dosen dan praktisi kebidanan atas diskusi yang mencerahkan dan masukan yang konstruktif. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada para mahasiswa yang dengan pertanyaan-pertanyaan kritisnya senantiasa mendorong kami untuk menyajikan materi dengan lebih jelas dan mendalam. Dukungan moril yang tak ternilai dari keluarga tercinta menjadi sumber kekuatan selama proses penulisan. Akhirnya, apresiasi setinggi-tingginya kami berikan kepada pihak penerbit yang telah memberikan kepercayaan dan memfasilitasi penerbitan buku ini hingga sampai ke tangan pembaca.

Kami berharap buku ini dapat menjadi sahabat belajar yang setia bagi mahasiswa kebidanan, serta menjadi referensi yang menyegarkan bagi para bidan di lahan praktik dalam menjalankan tugas mulianya. Tentu kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun dari segenap pembaca akan kami terima dengan tangan terbuka sebagai bahan perbaikan untuk

edisi-edisi mendatang. Semoga buku ini memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemajuan pendidikan dan praktik kebidanan di Indonesia, demi tercapainya kesehatan ibu dan generasi penerus yang lebih baik.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat-Nya, sehingga khazanah ilmu pengetahuan di bidang kebidanan kembali diperkaya dengan terbitnya buku ajar *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Kehadiran buku ini berada pada momentum yang sangat tepat, di mana praktik kebidanan modern dituntut untuk senantiasa berlandaskan pada bukti ilmiah terkini (evidence-based practice) sambil tetap mengedepankan pendekatan yang humanis dan berpusat pada klien. Perkembangan pesat dalam pemahaman fisiologi kehamilan, teknologi diagnostik, serta penatalaksanaan komplikasi menuntut adanya sumber belajar yang tidak hanya komprehensif, tetapi juga relevan dengan konteks pelayanan kesehatan di Indonesia. Buku ini hadir untuk menjawab kebutuhan tersebut, menjadi jembatan antara teori mutakhir dengan realitas praktik yang dihadapi para bidan setiap hari.

Saya mengapresiasi dengan tulus upaya penulis dalam menyusun sebuah karya yang terstruktur dengan sangat baik. Buku ini tidak sekadar menyajikan kumpulan fakta, melainkan membangun pemahaman pembaca secara sistematis. Dimulai dari konsepsi fundamental mengenai adaptasi fisiologis dan psikologis ibu selama kehamilan, alur pembahasan bergerak secara logis menuju penilaian antenatal, identifikasi faktor risiko, hingga penatalaksanaan awal kondisi patologis. Salah satu keunggulan yang patut digarisbawahi adalah pendekatan holistik yang diusung, di mana penulis berhasil mengintegrasikan aspek biomedis dengan dimensi psikososial, kultural, dan spiritual. Integrasi ini krusial untuk membentuk bidan yang tidak hanya terampil

secara teknis, tetapi juga peka terhadap kebutuhan unik setiap perempuan hamil.

Kualitas pembahasan dalam buku ini patut mendapatkan pujian. Penulis menggunakan gaya bahasa yang lugas, jernih, dan komunikatif, sehingga konsep-konsep yang kompleks dapat dicerna dengan lebih mudah tanpa mengurangi bobot akademisnya. Pengayaan materi melalui studi kasus, diagram alur klinis, dan tabel ringkasan merupakan strategi pedagogis yang sangat efektif. Fitur-fitur ini tidak hanya memfasilitasi proses pemahaman, tetapi juga secara aktif melatih kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan klinis mahasiswa. Buku ini dirancang bukan untuk sekadar dibaca, melainkan untuk menjadi teman berdiskusi yang memantik analisis dan refleksi, sebuah elemen vital dalam pendidikan profesi kesehatan.

Dengan keunggulan yang dimilikinya, buku ajar ini saya yakini akan memberikan manfaat yang luas. Bagi mahasiswa kebidanan, buku ini adalah sumber belajar primer yang esensial untuk menguasai kompetensi inti dalam asuhan kehamilan. Bagi para dosen dan pengajar, karya ini dapat menjadi referensi utama dalam merancang kurikulum dan materi pembelajaran yang relevan dan terkini. Tidak kalah penting, bagi para bidan yang telah berada di garda depan pelayanan—baik di fasilitas kesehatan pemerintah maupun praktik mandiri—buku ini akan menjadi panduan berharga untuk menyegarkan pengetahuan dan memastikan praktik mereka senantiasa sejalan dengan standar asuhan terbaik. Bahkan, para peneliti dapat menemukan landasan konseptual yang kuat serta celah-celah riset yang potensial dari paparan yang disajikan.

Akhirul kalam, saya menaruh harapan besar agar buku ajar *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan* ini menjadi sumber ilmu yang berkelanjutan dan memberikan dampak nyata bagi peningkatan kualitas kesehatan ibu dan janin di Indonesia. Semoga buku ini tidak hanya mengisi rak-rak perpustakaan, tetapi juga mengisi hati dan pikiran para calon bidan dan bidan profesional dengan pengetahuan, keterampilan, dan empati. Semoga setiap lembarannya menjadi suluh yang menerangi jalan para bidan dalam mengawal anugerah kehidupan dengan penuh dedikasi dan profesionalisme.

Padang, Juli 2026

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	i
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xii
PENDAHULUAN	1
A. Deskripsi Mata Kuliah.....	1
B. Capaian Pembelajaran	3
C. Sub Capaian Pembelajaran.....	6
D. Peta Konsep	8
BAB 1 KONSEP DASAR KEHAMILAN	11
A. Capaian Pembelajaran	11
B. Pendahuluan.....	12
C. Definisi Kehamilan	14
D. Sejarah Asuhan Kehamilan.....	16
E. Prinsip Filosofi Kehamilan.....	23
F. Tujuan Asuhan Kehamilan	27
G. Hak Ibu Hamil.....	32
H. Klasifikasi Kehamilan Berdasarkan Usia	38
I. Klasifikasi Kehamilan Berdasarkan Lama Gestasi.....	42
J. Penghitungan Usia Kehamilan dan Taksiran Persalinan.....	44
K. Standar Asuhan Kehamilan	48
L. Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Kehamilan.....	50
M. Rangkuman	55

BAB 2 PERUBAHAN FISILOGIS PADA KEHAMILAN.....	61
A. Capaian Pembelajaran	61
B. Pendahuluan	62
C. Perubahan Sistem Reproduksi	63
D. Perubahan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi	65
E. Perubahan Sistem Respirasi dan Pencernaan	68
F. Perubahan Sistem Perkemihan dan Muskuloskeletal	70
G. Perubahan Psikologis pada Kehamilan.....	72
H. Rangkuman	73
I. Latihan	75
BAB 3 KEBUTUHAN DASAR PADA KEHAMILAN.....	81
A. Capaian Pembelajaran	81
B. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil	82
C. Kebutuhan Psikologis pada Kehamilan.....	106
D. Rangkuman	107
E. Latihan.....	108
DAFTAR PUSTAKA.....	112
BAB 4 FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEHAMILAN.....	114
A. Capaian Pembelajaran	114
B. Pendahuluan	115
C. Faktor Fisik dan Status Kesehatan Ibu	116
D. Faktor Psikologis dalam Kehamilan.....	119

E. Faktor Sosial, Budaya, dan Ekonomi.....	121
F. Faktor Lingkungan dan Gaya Hidup.....	123
G. Faktor Dukungan Keluarga dan Pelayanan Kesehatan	124
H. Rangkuman	126
I. Latihan.....	127
BAB 5 ASUHAN PADA KEHAMILAN KUNJUNGAN AWAL DAN ULANG.....	136
A. Capaian Pembelajaran	136
B. Pendahuluan.....	137
C. Tujuan dan Prinsip Pelayanan Antenatal	138
D. Pengkajian pada Kunjungan Awal Kehamilan	140
E. Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan Penunjang	143
F. Pelaksanaan Kunjungan Ulang Kehamilan	145
G. Evaluasi dan Tindak Lanjut Asuhan Kehamilan.....	147
H. Rangkuman	149
I. Latihan.....	150
BAB 6 KIE PADA KEHAMILAN SESUAI TAHAP PERKEMBANGAN	158
A. Capaian Pembelajaran	158
B. Pendahuluan.....	159
C. Konsep Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Kehamilan.....	160
D. KIE pada Kehamilan Trimester Pertama	163
E. KIE pada Kehamilan Trimester Kedua	165
F. KIE pada Kehamilan Trimester Ketiga	167

G. Evaluasi Pemahaman dan Perubahan Perilaku Ibu Hamil.....	168
H. Rangkuman	170
I. Latihan	171

BAB 7 DETEKSI DINI RISIKO TINGGI PADA KEHAMILAN..... 180

A. Capaian Pembelajaran	180
B. Pendahuluan	181
C. Konsep Kehamilan Risiko Tinggi	182
D. Faktor Risiko Maternal dan Obstetri	184
E. Tanda Bahaya pada Kehamilan	186
F. Skrining dan Penilaian Risiko Kehamilan	189
G. Rujukan pada Kehamilan Risiko Tinggi	191
H. Rangkuman	193
I. Latihan	194

BAB 8 PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN 202

A. Capaian Pembelajaran	202
B. Pendahuluan	203
C. Konsep Kegawatdaruratan pada Kehamilan	204
D. Penanganan Awal Perdarahan dalam Kehamilan	206
E. Penanganan Awal Hipertensi dan Kejang pada Kehamilan	208
F. Penanganan Awal Gangguan Kesadaran dan Syok...	211
G. Stabilisasi dan Rujukan Kegawatdaruratan Kehamilan	213
H. Rangkuman	215

I. Latihan.....	217
BAB 9 DOKUMENTASI ASUHAN KEHAMILAN	224
A. Capaian Pembelajaran	224
B. Pendahuluan	225
C. Konsep dan Tujuan Dokumentasi Kebidanan	226
D. Prinsip Dokumentasi Asuhan Kehamilan	228
E. Metode Pendokumentasian Asuhan Kebidanan.....	230
F. Pencatatan Hasil Pemeriksaan dan Perkembangan Kehamilan.....	232
G. Aspek Etik dan Legal Dokumentasi Kebidanan	234
H. Rangkuman	236
I. Latihan.....	237
DAFTAR PUSTAKA.....	244
LAMPIRAN: KUNCI JAWABAN	251
GLOSARIUM	273
INDEKS	279
BIODATA PENULIS.....	283
SINOPSIS BUKU.....	286

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1. Kebutuhan Energi Harian pada Wanita.....	87
Tabel 5. 1. Komponen Pengkajian Kunjungan Awal dan Tindakan Klinis.....	142
Tabel 6. 1. Metode dan Media KIE Berdasarkan Kebutuhan Pembelajaran Ibu Hamil.....	162
Tabel 7. 1. Klasifikasi Tanda Bahaya Kehamilan dan Potensi Komplikasinya.....	187
Tabel 8. 1. Protokol Pemberian Magnesium Sulfat (MgSO ₄) pada Preeklamsia Berat.....	209
Tabel 9. 1. Matriks Komponen SOAP dalam Pendokumentasian Asuhan Kehamilan.....	231

PENDAHULUAN

A. Deskripsi Mata Kuliah

Mata kuliah Asuhan Kebidanan pada Kehamilan merupakan salah satu mata kuliah inti dalam Program Studi Kebidanan yang dirancang untuk memberikan pemahaman menyeluruh mengenai konsep, prinsip, serta implementasi asuhan kebidanan selama masa kehamilan. Pembelajaran berorientasi pada pelayanan yang berpusat pada perempuan (woman-centered care), berkesinambungan (continuity of care), dan didasarkan pada praktik berbasis bukti (evidence-based practice). Melalui mata kuliah ini, mahasiswa dibekali pengetahuan, keterampilan klinis, serta sikap profesional yang diperlukan dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada ibu hamil secara aman, efektif, dan bermutu.

Tujuan mata kuliah ini adalah membentuk kompetensi mahasiswa agar mampu melakukan pengkajian kondisi ibu hamil secara komprehensif, mengidentifikasi diagnosis dan masalah kebidanan, menyusun rencana asuhan, melaksanakan tindakan sesuai kewenangan, mendokumentasikan, serta mengevaluasi hasil asuhan berdasarkan standar profesi, kode etik, dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Selain itu, mahasiswa diharapkan mampu mengenali secara dini faktor risiko dan komplikasi kehamilan, memberikan edukasi kesehatan dan konseling yang tepat, melakukan

kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain maupun rujukan apabila diperlukan, serta menerapkan komunikasi terapeutik secara efektif kepada ibu, keluarga, dan masyarakat.

Materi yang dipelajari selama satu semester mencakup konsep dasar asuhan kebidanan pada kehamilan, perubahan fisiologis dan psikologis selama kehamilan, pelayanan antenatal sesuai standar, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan janin, pemenuhan kebutuhan dasar ibu hamil, penatalaksanaan ketidaknyamanan selama kehamilan, deteksi dini risiko dan komplikasi kehamilan, asuhan pada kehamilan dengan penyulit, promosi kesehatan dan konseling, dokumentasi asuhan kebidanan, serta penerapan keselamatan pasien (patient safety) dan praktik kebidanan berbasis bukti.

Melalui pembelajaran ini, mahasiswa diharapkan mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil secara komprehensif, holistik, aman, profesional, dan sesuai dengan standar kompetensi bidan. Mata kuliah ini juga mendukung pengembangan kemampuan berpikir kritis, pengambilan keputusan klinis, komunikasi interpersonal, kerja sama interprofesional, serta kesiapan mahasiswa dalam memberikan pelayanan kebidanan yang berorientasi pada peningkatan kesehatan ibu dan janin. Kompetensi yang diperoleh menjadi dasar bagi pembelajaran lanjutan pada mata kuliah asuhan kebidanan persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta praktik klinik kebidanan.

B. Capaian Pembelajaran

Setelah mengikuti proses pembelajaran pada mata kuliah Asuhan Kebidanan pada Kehamilan, mahasiswa diharapkan mampu menunjukkan capaian pembelajaran sebagai berikut:

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Mahasiswa mampu:

- a. Menjelaskan konsep dasar kehamilan normal berdasarkan anatomi, fisiologi, dan adaptasi maternal.
- b. Menganalisis perubahan fisik, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual yang terjadi selama masa kehamilan.
- c. Menjelaskan pertumbuhan dan perkembangan janin pada setiap trimester kehamilan.
- d. Mengidentifikasi kebutuhan dasar ibu hamil sesuai dengan tahapan kehamilan.
- e. Menjelaskan prinsip pemeriksaan antenatal sesuai standar pelayanan kebidanan terkini.
- f. Menganalisis hasil pemeriksaan ibu hamil untuk menentukan status kesehatan ibu dan janin.
- g. Menjelaskan faktor risiko, tanda bahaya, serta komplikasi kehamilan yang memerlukan penatalaksanaan atau rujukan.
- h. Menjelaskan prinsip komunikasi terapeutik, edukasi kesehatan, dan konseling pada ibu hamil.
- i. Menjelaskan penerapan praktik kebidanan berbasis bukti (*Evidence-Based Midwifery*) dalam pelayanan antenatal.

- j. Menjelaskan aspek etika, hukum, keselamatan pasien, serta profesionalisme dalam pemberian asuhan kebidanan selama kehamilan.

2. Keterampilan (*Skills*)

Mahasiswa mampu:

- a. Melakukan pengkajian komprehensif pada ibu hamil melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetri, dan interpretasi hasil pemeriksaan penunjang.
- b. Menentukan diagnosis kebidanan, masalah, dan kebutuhan ibu hamil berdasarkan hasil pengkajian.
- c. Menyusun rencana asuhan kebidanan kehamilan secara komprehensif sesuai standar praktik kebidanan.
- d. Melaksanakan asuhan antenatal yang aman, efektif, berpusat pada perempuan (*women-centered care*), dan sesuai kewenangan bidan
- e. Melakukan komunikasi, edukasi, promosi kesehatan serta konseling kepada ibu hamil dan keluarga mengenai kehamilan sehat, nutrisi, aktivitas fisik, persiapan persalinan, tanda bahaya, dan perencanaan rujukan
- f. Mendokumentasikan asuhan kebidanan menggunakan format dokumentasi yang berlaku secara akurat, lengkap, dan sistematis.
- g. Mengidentifikasi kondisi kegawatdaruratan obstetri pada kehamilan serta melakukan tindakan awal dan rujukan secara tepat.
- h. Menggunakan hasil penelitian dan bukti ilmiah sebagai dasar pengambilan keputusan dalam pemberian asuhan kebidanan.

3. Sikap (*Attitude*)

Mahasiswa mampu menunjukkan sikap :

- a. Bertanggung jawab, disiplin, jujur, dan profesional dalam memberikan asuhan kebidanan.
- b. Menghargai martabat, hak, privasi, kerahasiaan, nilai budaya, dan keyakinan setiap ibu hamil.
- c. Mengutamakan keselamatan ibu dan janin dalam setiap tindakan kebidanan.
- d. Berkomunikasi secara empatik, efektif, dan menghormati keberagaman individu.
- e. Bekerja sama secara kolaboratif dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian pelayanan maternal.
- f. Menunjukkan kemampuan berpikir kritis, pemecahan masalah, dan pengambilan keputusan berdasarkan bukti ilmiah.
- g. Memiliki komitmen terhadap pembelajaran sepanjang hayat (*lifelong learning*) dan pengembangan profesional berkelanjutan.
- h. Menjunjung tinggi etika profesi, kode etik bidan, serta ketentuan hukum dalam praktik kebidanan.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Setelah menyelesaikan mata kuliah ini, mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil secara komprehensif, berpusat pada perempuan (*woman-centered care*), berbasis bukti ilmiah (*evidence-based practice*), sesuai standar profesi, etika, dan kewenangan bidan, melalui kemampuan melakukan pengkajian, penegakan diagnosis kebidanan, perencanaan,

pelaksanaan, evaluasi, dokumentasi, edukasi, konseling, serta kolaborasi dan rujukan pada kasus kehamilan normal maupun berisiko.

C. Sub Capaian Pembelajaran

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK) Asuhan Kebidanan pada Kehamilan merupakan rincian kompetensi yang harus dicapai mahasiswa secara bertahap pada setiap pokok bahasan sebagai landasan untuk mencapai Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK) secara keseluruhan.

Pada awal pembelajaran, mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan konsep dasar, filosofi, tujuan, prinsip, ruang lingkup, standar praktik, serta regulasi yang menjadi dasar penyelenggaraan asuhan kebidanan pada kehamilan. Selanjutnya, mahasiswa mampu memahami perubahan anatomi, fisiologi, hormonal, psikologis, serta aspek sosial budaya yang terjadi selama kehamilan sebagai dasar dalam memberikan pelayanan kebidanan yang komprehensif.

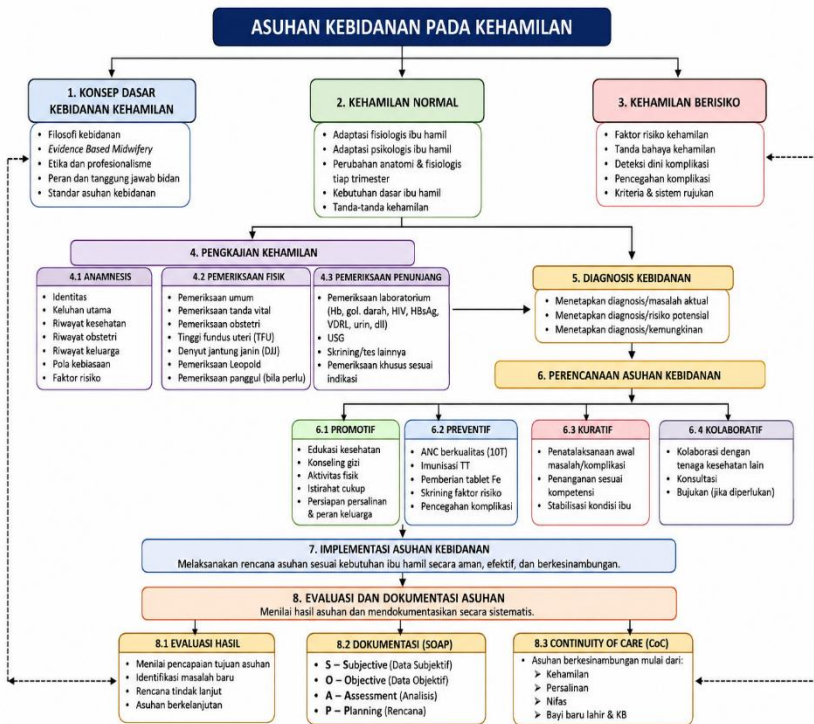
Pada tahapan berikutnya, mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan konsep pelayanan antenatal terpadu sesuai standar, melakukan pengkajian kebidanan secara sistematis melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetri, dan pemeriksaan penunjang, serta menganalisis data untuk menegakkan diagnosis kebidanan, mengidentifikasi masalah aktual maupun potensial, dan menentukan kebutuhan ibu hamil. Berdasarkan hasil analisis tersebut, mahasiswa mampu menyusun rencana asuhan kebidanan yang komprehensif, individual, berpusat pada perempuan

(*woman-centered care*), dan berbasis bukti ilmiah (*evidence-based practice*).

Mahasiswa selanjutnya diharapkan mampu melaksanakan asuhan kebidanan pada kehamilan normal melalui pemberian edukasi, konseling, pemantauan kesehatan ibu dan janin, pemenuhan kebutuhan dasar ibu hamil, serta pendokumentasian sesuai standar profesi. Selain itu, mahasiswa mampu melakukan deteksi dini terhadap faktor risiko, tanda bahaya, dan komplikasi kehamilan, menentukan tindakan awal sesuai kewenangan bidan, serta melakukan kolaborasi dan rujukan secara tepat apabila ditemukan kondisi yang memerlukan penanganan lebih lanjut.

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa diharapkan mampu menerapkan komunikasi efektif, promosi kesehatan, dan konseling kepada ibu hamil serta keluarganya mengenai gizi, aktivitas fisik, kesehatan mental, persiapan persalinan, tanda bahaya kehamilan, dan perencanaan persalinan. Mahasiswa juga mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan kebidanan secara lengkap, sistematis, akurat, dan sesuai aspek legal etik, serta mengintegrasikan pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional dalam memberikan asuhan kebidanan pada kehamilan melalui praktik laboratorium maupun studi kasus dengan menerapkan pengambilan keputusan klinis yang kritis, kolaboratif, dan berbasis bukti ilmiah. Dengan demikian, setiap Sub-CPMK menjadi tahapan kompetensi yang saling berkesinambungan dalam membentuk lulusan yang kompeten, profesional, beretika, dan mampu memberikan asuhan kebidanan pada kehamilan sesuai standar pelayanan kebidanan.

D. Peta Konsep



Peta konsep di atas menunjukkan bahwa Asuhan Kebidanan pada Kehamilan merupakan suatu proses yang sistematis dan berkesinambungan. Pembelajaran diawali dengan pemahaman mengenai konsep dasar kebidanan, kemudian dilanjutkan dengan pemahaman mengenai kehamilan normal serta kehamilan berisiko. Setelah mahasiswa memahami karakteristik kehamilan, mereka mempelajari pengkajian ibu hamil melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Hasil pengkajian digunakan untuk menetapkan diagnosis kebidanan yang menjadi dasar dalam menyusun rencana asuhan kebidanan. Rencana tersebut mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan kolaboratif sesuai kebutuhan ibu hamil.

Tahapan berikutnya adalah implementasi asuhan, yang kemudian dievaluasi untuk mengetahui efektivitas tindakan yang telah diberikan. Seluruh proses didokumentasikan menggunakan format SOAP sebagai bagian dari standar praktik profesional. Keseluruhan materi bermuara pada penerapan Continuity of Care (CoC), yaitu pemberian asuhan kebidanan yang berkesinambungan sejak masa kehamilan hingga persalinan, nifas, dan perawatan bayi baru lahir.

Peta konsep ini memberikan gambaran menyeluruh mengenai alur pembelajaran sehingga mahasiswa dapat memahami hubungan logis antar topik serta mengintegrasikan teori dengan praktik dalam memberikan asuhan kebidanan yang aman, bermutu, dan berbasis bukti ilmiah.

BAB 1

KONSEP DASAR KEHAMILAN

A. Capaian Pembelajaran

1. Aspek Pengetahuan (Kognitif)

- a. Mahasiswa mampu mendeskripsikan proses ovulasi, maturasi sperma, dan tempat terjadinya fertilisasi dengan tepat.
- b. Mahasiswa mampu merinci pembelahan sel (zigot, morula, blastokista) hingga proses nidasi/implantasi pada dinding endometrium.
- c. Mahasiswa mampu mengidentifikasi perubahan hormonal selama kehamilan (peran hCG, progesteron, estrogen, dan prolaktin).
- d. Mahasiswa mampu membedakan tanda-tanda kehamilan subjektif (misal: amenore, mual) dengan tanda pasti kehamilan (misal: DJJ janin, hasil USG).

2. Aspek Keterampilan (Psikomotor/Klinis)

- a. Mahasiswa mampu menghitung Usia Kehamilan (UK) dan Hari Perkiraan Lahir (HPL) menggunakan rumus Naegele berdasarkan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir).

- b. Mahasiswa mampu mensimulasikan edukasi/konseling dasar kepada ibu hamil mengenai perubahan normal yang akan dialami tubuhnya selama kehamilan.

3. Aspek Sikap (Afektif)

- a. Menunjukkan sikap empati, peduli, dan responsif terhadap perubahan psikologis serta ketidaknyamanan fisik yang dialami oleh ibu hamil.
- b. Menunjukkan ketelitian dan profesionalisme yang tinggi dalam melakukan pengkajian awal status kehamilan pasien.

B. Pendahuluan

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang luar biasa kompleks dan dinamis yang dialami oleh seorang perempuan. Proses ini melibatkan perubahan anatomis, fisiologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang berlangsung selama kurang lebih 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT). Menurut World Health Organization (WHO, 2023), kehamilan didefinisikan sebagai keadaan di mana janin sedang berkembang dalam tubuh ibu, dimulai dari konsepsi sampai dengan kelahiran.

Federasi Internasional Ginekologi dan Obstetri mendefinisikan kehamilan sebagai periode dari fertilisasi sampai kelahiran, dengan durasi normal 37 sampai 42 minggu (259 sampai 294 hari). Pemahaman yang komprehensif tentang konsep dasar kehamilan menjadi landasan penting bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan, perawat, dan dokter dalam memberikan asuhan yang berkualitas, aman, dan

berpusat pada perempuan (woman-centered care). Hal ini selaras dengan prinsip bahwa setiap perempuan berhak mendapatkan pelayanan terbaik dalam perjalanan hidupnya yang paling bermakna (Daniati D., et al, 2023).

Di Indonesia, berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2022 yang dirilis oleh BKKBN bersama BPS dan Kementerian Kesehatan, Angka Kematian Ibu (AKI) masih berada pada angka 189 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih jauh dari target Sustainable Development Goals (SDGs) 2030 yang menetapkan target penurunan AKI menjadi kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 juga melaporkan bahwa cakupan kunjungan antenatal lengkap (K6) belum mencapai target nasional, sehingga masih terdapat kesenjangan pelayanan yang signifikan di berbagai daerah, terutama di wilayah terpencil dan daerah tertinggal.

Kondisi tersebut menunjukkan betapa pentingnya peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan kehamilan yang berkualitas, holistik, dan berbasis bukti ilmiah (evidence-based practice). Pembaruan pedoman terkini seperti WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience (WHO, 2022), Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Kementerian Kesehatan RI Edisi Ketiga, serta Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Obstetri dan Ginekologi yang diperbarui oleh POGI, menjadi acuan utama dalam materi ini.

Asuhan kehamilan yang komprehensif tidak hanya berfokus pada pemantauan kondisi fisik ibu dan janin semata, tetapi juga mencakup aspek psikologis, sosial, ekonomi, dan budaya yang turut memengaruhi jalannya kehamilan. Seorang

bidan yang profesional dituntut untuk memiliki pengetahuan dan keterampilan yang mutakhir, sikap empati yang mendalam, serta kemampuan komunikasi dan konseling yang efektif dalam mendampingi ibu hamil melewati setiap tahapan kehamilannya.

Bab ini akan membahas secara menyeluruh konsep dasar kehamilan yang meliputi definisi, sejarah asuhan kehamilan, prinsip filosofi, tujuan asuhan, hak ibu hamil, klasifikasi kehamilan, penghitungan usia dan taksiran persalinan, standar asuhan, serta peran dan tanggung jawab bidan dalam masa kehamilan. Pemahaman mendalam terhadap seluruh aspek ini merupakan fondasi yang kokoh bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan maternal yang berkualitas, aman, dan berpusat pada perempuan.

C. Definisi Kehamilan

Kehamilan (gravida) adalah suatu proses fisiologis berupa pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin yang dimulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan. Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional (FIGO), kehamilan adalah hasil pertemuan sel sperma dan sel telur (fertilisasi) yang diikuti dengan nidasi atau implantasi pada dinding rahim. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional, dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) (Prawirohardjo, S., 2020).

Kehamilan adalah proses fisiologis yang dimulai sejak terjadinya pembuahan (fertilisasi) antara sel sperma dan ovum, yang kemudian diikuti oleh implantasi hasil konsepsi ke dalam endometrium uterus, serta berlangsung hingga

lahirnya janin. Kehamilan merupakan suatu keadaan yang kompleks karena melibatkan perubahan anatomis, fisiologis, psikologis, sosial, dan hormonal pada ibu untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin hingga mencapai maturitas yang cukup untuk hidup di luar rahim. Kompleksitas ini menuntut adanya pemantauan yang cermat dan berkesinambungan dari tenaga kesehatan yang kompeten (Cunningham et al., 2022).

Menurut World Health Organization (WHO), kehamilan adalah periode yang dimulai dari konsepsi hingga kelahiran, yang secara normal berlangsung sekitar 42 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir. Masa ini dibagi menjadi tiga trimester, yaitu trimester pertama (0–13 minggu), trimester kedua (14–27 minggu), dan trimester ketiga (28–42 minggu), yang masing-masing memiliki karakteristik perkembangan janin dan perubahan maternal yang berbeda satu sama lain, baik dari sisi fisiologis maupun psikologis.

Kehamilan juga dapat didefinisikan sebagai keadaan seorang wanita yang mengandung hasil konsepsi dalam rahim yang berkembang menjadi embrio dan kemudian janin. Selama masa kehamilan, tubuh ibu mengalami berbagai adaptasi fisiologis seperti peningkatan volume darah hingga 40–50%, perubahan sistem kardiovaskular, respirasi, endokrin, serta metabolisme untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Adaptasi ini merupakan mekanisme pertahanan tubuh yang luar biasa untuk mendukung kehidupan dua individu sekaligus (Lowdermilk et al., 2023).

Dari perspektif ilmu kebidanan, kehamilan dipandang sebagai suatu proses alamiah yang memerlukan pemantauan dan asuhan yang berkesinambungan untuk memastikan kesehatan ibu dan janin. Oleh karena itu, pelayanan antenatal yang berkualitas sangat penting untuk mendeteksi secara dini komplikasi serta meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayi. Bidan, sebagai profesi yang paling dekat dengan ibu hamil, memegang peranan sentral dalam memastikan bahwa setiap kehamilan terpantau dengan baik dan setiap komplikasi terdeteksi sedini mungkin (Varney et al., 2021).

Proses terjadinya kehamilan sendiri dimulai dari ovulasi, yaitu pelepasan sel telur (ovum) dari ovarium. Ovum kemudian bergerak melalui tuba falopii menuju uterus. Apabila dalam perjalanan tersebut terjadi pertemuan dengan sel sperma yang masuk melalui vagina dan bergerak naik ke saluran reproduksi, maka terjadilah fertilisasi atau pembuahan. Hasil fertilisasi disebut zigot. Zigot kemudian membelah diri (cleavage) dan berkembang menjadi morula, kemudian blastokis. Blastokis selanjutnya melakukan implantasi pada endometrium uterus, menandai awal kehamilan yang sesungguhnya. Seluruh proses dari ovulasi hingga implantasi ini berlangsung dalam kurun waktu sekitar 6 hingga 10 hari.

D. Sejarah Asuhan Kehamilan

Sejarah asuhan kehamilan merupakan perkembangan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil dari masa ke masa dengan tujuan menjaga kesehatan ibu dan janin, mencegah komplikasi, serta menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Asuhan kehamilan yang saat ini dikenal sebagai pelayanan antenatal (Antenatal Care/ANC)

berkembang melalui proses panjang yang dipengaruhi oleh kemajuan ilmu kedokteran, kebidanan, kesehatan masyarakat, dan kebijakan pemerintah. Memahami sejarah perkembangan asuhan kehamilan sangat penting agar tenaga kesehatan dapat mengapresiasi kemajuan yang telah dicapai dan terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan (Prawirohardjo, 2020).

1. Masa Tradisional

Pada masa sebelum berkembangnya ilmu kedokteran modern, kehamilan dan persalinan dianggap sebagai proses alami yang ditangani oleh keluarga atau dukun beranak (traditional birth attendant). Pengetahuan mengenai kehamilan diperoleh secara turun-temurun berdasarkan pengalaman dan kepercayaan masyarakat setempat yang seringkali bercampur dengan unsur-unsur mistis dan ritual adat.

Pada masa ini belum terdapat pemeriksaan kehamilan secara teratur dalam pengertian medis modern. Perawatan ibu hamil lebih banyak berupa pantangan makanan tertentu yang diyakini dapat membahayakan janin, ritual adat untuk melindungi ibu dan bayi dari roh jahat, penggunaan ramuan tradisional dari tumbuhan herbal, serta dukungan moral dan sosial dari keluarga besar dan komunitas.

Meskipun beberapa praktik tradisional ternyata memiliki manfaat tersendiri—seperti pentingnya istirahat bagi ibu hamil, dukungan keluarga yang kuat, dan penggunaan beberapa tanaman obat yang kemudian terbukti bermanfaat secara ilmiah—namun banyak pula praktik yang tidak didasarkan pada bukti ilmiah sehingga risiko komplikasi

kehamilan dan persalinan masih sangat tinggi. Tidak adanya tenaga kesehatan terlatih dan terbatasnya akses terhadap fasilitas kesehatan menjadi penyebab utama tingginya angka kematian ibu pada masa ini.

2. Masa Awal Perkembangan Kebidanan Modern (Abad ke-18 hingga Awal Abad ke-20)

Perkembangan ilmu anatomi, fisiologi, dan obstetri di Eropa mulai mengubah cara pandang terhadap kehamilan secara dramatis. Para ilmuwan dan dokter seperti William Smellie yang mengembangkan teknik pemeriksaan obstetri, James Young Simpson yang memperkenalkan penggunaan anestesi dalam persalinan, dan Ignaz Semmelweis yang menemukan pentingnya kebersihan tangan dalam mencegah sepsis nifas, memberikan kontribusi luar biasa bagi perkembangan kebidanan modern.

Pada masa ini mulai diperkenalkan pemeriksaan fisik ibu hamil secara sistematis, pengukuran panggul (pelvimetri) untuk memperkirakan jalannya persalinan, serta pemantauan kondisi janin selama kehamilan melalui auskultasi denyut jantung janin. Pelayanan kesehatan ibu mulai dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dan bidan yang memperoleh pendidikan formal di sekolah-sekolah kebidanan yang mulai berdiri di berbagai negara Eropa. Konsep pencegahan komplikasi selama kehamilan mulai berkembang, meskipun cakupan pelayanan masih sangat terbatas pada kelompok masyarakat perkotaan dan kalangan mampu (Septiasari M.R., Mayasari R., 2023).

3. Perkembangan Antenatal Care (ANC) di Dunia

Pada awal abad ke-20, negara-negara maju mulai mengembangkan pelayanan antenatal secara sistematis dan terstruktur. Tujuan utama ANC adalah mendeteksi faktor risiko kehamilan sedini mungkin, memberikan edukasi dan konseling kesehatan kepada ibu, serta mempersiapkan persalinan yang aman bagi ibu dan bayi.

Tahun 1920-an hingga 1950-an ditandai dengan berkembangnya klinik antenatal di berbagai kota besar yang menyediakan pemeriksaan tekanan darah untuk mendeteksi hipertensi gestasional, pemantauan berat badan ibu, penilaian status gizi, pemeriksaan urin untuk mendeteksi proteinuria dan glikosuria, serta pemantauan pertumbuhan janin melalui pengukuran tinggi fundus uteri. Pemeriksaan sifilis juga mulai dilakukan secara rutin mengingat dampaknya yang serius terhadap janin.

Setelah terbentuknya World Health Organization (WHO) pada tahun 1948, perhatian terhadap kesehatan ibu dan anak semakin meningkat secara global. WHO kemudian mengembangkan berbagai rekomendasi pelayanan antenatal yang komprehensif, berfokus pada deteksi dini komplikasi, promosi kesehatan, dan peningkatan kualitas pelayanan maternal di seluruh dunia. Berbagai penelitian ilmiah mulai dilakukan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi antenatal yang berbeda-beda.

4. Perkembangan Asuhan Kehamilan di Indonesia

Pada masa kolonial Belanda, pelayanan kesehatan ibu di Indonesia masih sangat terbatas dan hanya dapat diakses oleh kelompok masyarakat tertentu, terutama kalangan Eropa

dan priyayi. Sebagian besar persalinan dan perawatan kehamilan masih ditolong oleh dukun beranak (paraji, mbok dukun, atau berbagai sebutan lokal lainnya) yang mewarisi pengetahuan secara turun-temurun.

Perkembangan penting terjadi setelah kemerdekaan Indonesia dengan dibentuknya berbagai program kesehatan ibu dan anak (KIA) sebagai bagian dari pembangunan sistem kesehatan nasional. Pemerintah mulai memperluas pendidikan bidan melalui pendirian sekolah-sekolah bidan di berbagai provinsi dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan maternal hingga ke daerah pedesaan. Pada tahun 1970-an hingga 1980-an, program KIA semakin diperkuat melalui pembangunan Puskesmas di setiap kecamatan dan Posyandu di setiap desa sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer.

Program Bidan di Desa yang diluncurkan pada tahun 1989 merupakan salah satu terobosan terbesar dalam sejarah kesehatan maternal Indonesia. Melalui program ini, pemerintah menempatkan seorang bidan terlatih di setiap desa untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, termasuk pelayanan antenatal, kepada masyarakat yang selama ini sulit mengakses fasilitas kesehatan. Program ini berhasil meningkatkan cakupan pelayanan antenatal secara signifikan dan berkontribusi pada penurunan AKI secara bertahap.

5. Program Safe Motherhood

Pada tahun 1987, dunia memperkenalkan gerakan Safe Motherhood Initiative yang diinisiasi oleh WHO, UNICEF, UNFPA, dan Bank Dunia, yang bertujuan menurunkan

kematian ibu akibat komplikasi kehamilan dan persalinan secara global. Indonesia mengadopsi program ini secara serius melalui berbagai kebijakan dan intervensi yang komprehensif.

Program Safe Motherhood di Indonesia difokuskan pada peningkatan cakupan pelayanan antenatal yang berkualitas, peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, pengembangan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas, dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit, serta penguatan sistem rujukan maternal yang efektif. Program ini menekankan pentingnya: (1) pemeriksaan kehamilan secara rutin dan berkualitas, (2) persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, (3) penanganan komplikasi secara cepat dan tepat, serta (4) perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K).

6. Refocusing Antenatal Care

Seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan penelitian, konsep antenatal care mengalami pergeseran paradigma yang signifikan dari pendekatan yang berfokus pada jumlah kunjungan menjadi pendekatan yang berfokus pada kualitas pelayanan. WHO memperkenalkan konsep Focused Antenatal Care (FANC) yang menekankan pemeriksaan terarah berdasarkan kebutuhan spesifik ibu hamil, deteksi dini faktor risiko melalui skrining yang terstandarisasi, konseling kesehatan yang efektif, dan kesiapan persalinan yang terencana.

Di Indonesia, konsep ini kemudian diadaptasi menjadi Pelayanan Antenatal Terpadu, yaitu pelayanan yang tidak

hanya memeriksa kondisi fisik ibu dan janin semata, tetapi juga meliputi pemeriksaan laboratorium komprehensif, penilaian status gizi, skrining kesehatan mental, pemberian imunisasi, edukasi kesehatan yang komprehensif, serta perencanaan persalinan dan KB pascasalin. Pada tahun 2022, WHO memperbarui rekomendasinya menjadi minimal 8 kunjungan antenatal, yang diadopsi Indonesia dalam kebijakan antenatal terbaru.

7. Asuhan Kehamilan Era Modern

Saat ini asuhan kehamilan telah berkembang menjadi pelayanan yang komprehensif, berpusat pada ibu (*woman-centered care*), berbasis bukti ilmiah (*evidence-based practice*), dan memanfaatkan kemajuan teknologi kesehatan secara optimal. Paradigma modern menekankan bahwa setiap perempuan adalah individu unik yang berhak mendapatkan pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan, nilai, dan preferensinya.

Beberapa inovasi yang telah berkembang dan diterapkan dalam asuhan kehamilan modern meliputi: (1) rekam medis elektronik yang memungkinkan koordinasi antar tenaga kesehatan yang lebih baik; (2) *telemedicine* dan *telemidwifery* yang memperluas akses pelayanan ke daerah terpencil; (3) edukasi digital berbasis aplikasi yang memungkinkan ibu mengakses informasi kesehatan kapanpun; (4) konseling daring yang memberikan kemudahan akses konsultasi; (5) pemanfaatan QR Code untuk media edukasi ibu hamil; dan (6) pemantauan kehamilan berbasis teknologi informasi yang terintegrasi. Pendekatan modern ini bertujuan meningkatkan akses, kualitas

pelayanan, serta keterlibatan aktif ibu dan keluarga dalam menjaga kesehatan selama kehamilan (Rishel R.A., 2023).

E. Prinsip Filosofi Kehamilan

Filosofi asuhan kehamilan merupakan landasan pemikiran dan nilai-nilai yang menjadi dasar dalam memberikan pelayanan kepada ibu hamil. Filosofi ini membentuk cara pandang tenaga kesehatan terhadap kehamilan, ibu, dan peran mereka sebagai pemberi asuhan. Pemahaman yang kuat terhadap filosofi asuhan kehamilan akan mendorong tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan yang tidak hanya benar secara teknis medis, tetapi juga bermakna, manusiawi, dan berpusat pada kebutuhan perempuan.

1. Kehamilan Merupakan Proses Fisiologis

Filosofi dasar asuhan kehamilan memandang bahwa kehamilan adalah proses alami dan normal yang terjadi pada perempuan sehat. Sebagian besar kehamilan—sekitar 85% atau lebih—berlangsung normal tanpa komplikasi yang berarti sehingga tidak boleh diperlakukan sebagai suatu penyakit yang membutuhkan intervensi medis berlebihan. Medikalisasi yang berlebihan terhadap kehamilan justru dapat menimbulkan dampak negatif, baik secara fisik maupun psikologis bagi ibu.

Namun demikian, perubahan fisiologis yang sangat signifikan terjadi selama kehamilan—termasuk peningkatan volume darah, perubahan hormon yang dramatis, serta peningkatan beban kerja berbagai organ—dapat meningkatkan risiko terjadinya masalah kesehatan tertentu pada perempuan dengan faktor risiko khusus. Oleh karena itu,

tenaga kesehatan perlu melakukan pemantauan secara berkala untuk memastikan bahwa proses kehamilan berlangsung normal dan mendeteksi sedini mungkin apabila terjadi penyimpangan dari kondisi normal. Implikasi dalam pelayanan meliputi: menghindari tindakan medis yang tidak diperlukan, mendorong ibu untuk menjalani kehamilan secara sehat dan aktif, serta menekankan upaya promotif dan preventif dibandingkan tindakan kuratif.

2. Asuhan Berpusat pada Perempuan (Woman-Centered Care)

Perempuan merupakan pusat dari seluruh pelayanan kebidanan. Prinsip ini menegaskan bahwa setiap keputusan klinis, intervensi, dan komunikasi harus mempertimbangkan kepentingan terbaik ibu sebagai individu yang utuh—bukan sekadar pasien yang menjadi objek tindakan medis. Setiap ibu memiliki kebutuhan yang berbeda, pengalaman hidup yang unik, nilai budaya yang harus dihormati, dan preferensi yang perlu dipertimbangkan dalam setiap proses pengambilan keputusan.

Dalam model woman-centered care, bidan dan tenaga kesehatan lainnya harus menghormati hak ibu untuk memperoleh informasi yang lengkap, jelas, dan mudah dipahami, serta berpartisipasi secara aktif dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya dan kesehatannya janinnya. Implikasi dalam pelayanan antara lain: menghormati pilihan dan keputusan ibu, menjaga privasi dan kerahasiaan informasi, memberikan informasi yang komprehensif dan mudah dipahami, serta membangun hubungan saling percaya yang terapeutik antara ibu dan

tenaga kesehatan (Sari I.N., Sukmawati E., Alestasi R.O., et al, 2025).

3. Kemitraan antara Ibu dan Tenaga Kesehatan

Filosofi kebidanan kontemporer menekankan hubungan kemitraan (partnership) yang setara antara ibu dan tenaga kesehatan, khususnya bidan. Dalam hubungan ini, bidan tidak bertindak sebagai pihak yang mendominasi dengan otoritas penuh, tetapi sebagai pendamping yang membantu ibu memahami kondisi kehamilannya, mengeksplorasi pilihan yang tersedia, dan membuat keputusan yang paling sesuai dengan kondisi dan nilainya.

Kemitraan yang sejati dibangun atas dasar rasa saling menghormati, kepercayaan, dan komunikasi yang terbuka dan jujur. Ibu memiliki hak untuk terlibat aktif dalam setiap keputusan yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinannya. Bentuk kemitraan yang efektif meliputi: komunikasi dua arah yang terbuka, konseling yang berfokus pada kebutuhan ibu (client-centered counseling), pengambilan keputusan bersama berdasarkan informasi yang lengkap (informed decision making), serta pemberian dukungan emosional yang memadai sepanjang masa kehamilan.

4. Kontinuitas Asuhan (Continuity of Care)

Kehamilan merupakan bagian dari rangkaian kehidupan reproduksi perempuan yang tidak dapat dipisahkan dari masa persalinan, nifas, dan perawatan bayi baru lahir. Oleh karena itu, pelayanan kebidanan harus diberikan secara berkesinambungan mulai dari masa

prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, hingga pelayanan keluarga berencana. Model continuity of care ini memastikan bahwa tidak ada "celah" dalam pelayanan yang dapat membahayakan ibu dan bayi.

Penelitian menunjukkan bahwa continuity of care yang baik—di mana ibu menerima pelayanan dari tenaga kesehatan yang sama atau tim yang konsisten sepanjang masa kehamilan—secara signifikan meningkatkan kepuasan ibu, menurunkan risiko komplikasi, dan meningkatkan hasil kesehatan maternal secara keseluruhan. Manfaat kontinuitas asuhan antara lain: meningkatkan kualitas pelayanan secara keseluruhan, membangun hubungan saling percaya yang kuat antara ibu dan tenaga kesehatan, menurunkan risiko komplikasi yang tidak terdeteksi, dan meningkatkan kepuasan ibu terhadap pelayanan yang diterima.

5. Pemberdayaan Ibu dan Keluarga

Tujuan utama asuhan kehamilan bukan hanya menjaga kesehatan ibu dan janin secara pasif, tetapi juga meningkatkan kemampuan ibu dan keluarga dalam menjaga kesehatan secara mandiri dan aktif. Konsep pemberdayaan (empowerment) dalam konteks asuhan kehamilan berarti membekali ibu dengan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri yang diperlukan untuk membuat keputusan yang tepat dan menjaga kesehatannya sendiri.

Pemberdayaan dilakukan melalui pendidikan kesehatan (health education) dan konseling yang komprehensif yang memungkinkan ibu memahami kondisi kehamilannya secara mendalam serta mampu mengambil keputusan yang tepat dan bertanggung jawab. Bentuk

pemberdayaan yang efektif meliputi: edukasi tentang tanda bahaya kehamilan dan kapan harus mencari pertolongan, edukasi nutrisi yang disesuaikan dengan konteks lokal, persiapan fisik dan mental untuk persalinan, persiapan pemberian ASI eksklusif, serta perencanaan keluarga berencana pascapersalinan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai keluarga (Prawirohardjo, S., 2020)

F. Tujuan Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan atau Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan janin, mendeteksi komplikasi secara dini, serta mempersiapkan persalinan yang aman dan menyenangkan. Pelayanan ini merupakan komponen kritis dari pelayanan kesehatan reproduksi yang bertujuan tidak hanya mempertahankan kehidupan, tetapi juga meningkatkan kualitas pengalaman kehamilan secara keseluruhan. Berikut adalah tujuan asuhan kehamilan secara komprehensif:

1. Memantau Kemajuan Kehamilan

Asuhan kehamilan bertujuan memantau perkembangan kehamilan secara berkala dan sistematis untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin berlangsung normal sesuai usia kehamilan. Pemantauan dilakukan melalui serangkaian pemeriksaan yang terstandarisasi: pemeriksaan fisik komprehensif, pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) untuk menilai pertumbuhan janin, pemantauan denyut jantung janin (DJJ) untuk menilai kesejahteraan janin, serta berbagai pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi (USG) dan pemeriksaan laboratorium.

Pemantauan yang teratur memungkinkan tenaga kesehatan untuk menilai trajektori pertumbuhan janin, mengidentifikasi pola pertumbuhan yang abnormal (seperti pertumbuhan terhambat intrauterin/IUGR atau makrosomia), serta mengambil tindakan intervensi yang tepat waktu. Selain memantau janin, pemantauan juga mencakup penilaian kesejahteraan ibu secara keseluruhan, termasuk penilaian status gizi, kesehatan mental, dan adaptasi fisiologis yang sedang berlangsung.

2. Menjaga dan Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Janin

Pelayanan antenatal bertujuan mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu selama kehamilan sehingga ibu dapat menjalani kehamilan dengan nyaman, sehat, dan penuh rasa percaya diri. Tujuan ini dicapai melalui berbagai intervensi promotif dan preventif yang terstandarisasi, seperti suplementasi zat besi dan asam folat untuk mencegah anemia dan defek tabung saraf, imunisasi tetanus untuk mencegah tetanus neonatorum, serta edukasi gizi untuk memastikan kecukupan nutrisi ibu dan janin.

Selain itu, kesehatan janin juga dipantau secara seksama untuk memastikan tumbuh kembang yang optimal. Ibu yang sehat, mendapat nutrisi adekuat, dan terbebas dari komplikasi memiliki peluang yang jauh lebih besar untuk melahirkan bayi yang sehat dengan berat badan normal dan tidak mengalami masalah kesehatan di awal kehidupan. Investasi pada kesehatan ibu selama kehamilan merupakan investasi jangka panjang untuk kesehatan generasi mendatang.

3. Mendeteksi Komplikasi dan Faktor Risiko Secara Dini

Deteksi dini merupakan salah satu tujuan terpenting dan paling kritikal dari asuhan kehamilan. Berbagai komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin—seperti anemia berat, preeklamsia, hipertensi dalam kehamilan, diabetes gestasional, infeksi saluran kemih, infeksi menular seksual, serta gangguan pertumbuhan janin—dapat diketahui lebih awal melalui skrining yang terstandarisasi sehingga dapat segera mendapat penanganan yang tepat.

Deteksi dini komplikasi kehamilan tidak hanya menyelamatkan nyawa ibu dan bayi, tetapi juga mencegah morbiditas jangka panjang yang dapat menurunkan kualitas hidup secara signifikan. Tenaga kesehatan yang terampil dapat mengidentifikasi faktor risiko—baik yang telah ada sebelum kehamilan maupun yang muncul selama kehamilan—dan melakukan manajemen risiko yang proaktif untuk mencegah atau meminimalkan dampak komplikasi.

4. Mempersiapkan Persalinan yang Aman

Asuhan kehamilan bertujuan mempersiapkan ibu secara fisik, psikologis, dan logistik untuk menghadapi persalinan dengan aman dan penuh kepercayaan diri. Persiapan fisik mencakup pemantauan kondisi ibu dan janin menjelang persalinan, identifikasi faktor risiko yang dapat memengaruhi jalannya persalinan, serta intervensi yang diperlukan untuk mengoptimalkan kondisi ibu sebelum bersalin. Persiapan psikologis mencakup edukasi tentang proses persalinan normal, teknik relaksasi dan manajemen nyeri, serta konseling untuk mengatasi kecemasan dan ketakutan menghadapi persalinan.

Persiapan logistik mencakup perencanaan persalinan yang terstruktur melalui program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), yang meliputi penentuan tempat bersalin yang sesuai kondisi ibu, penunjukan penolong persalinan, identifikasi calon pendonor darah, persiapan transportasi darurat, serta kesiapan finansial. Perencanaan yang matang ini memastikan bahwa saat persalinan tiba, ibu dan keluarga siap menghadapinya dengan tenang dan terorganisir.

5. Menurunkan Angka Kesakitan dan Kematian Ibu dan Bayi

Pelayanan antenatal yang berkualitas, komprehensif, dan merata terbukti secara ilmiah berkontribusi signifikan dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Penyebab utama kematian ibu—yaitu perdarahan, infeksi (sepsis), eklamsia, dan komplikasi aborsi tidak aman—sebagian besar dapat dicegah atau diminimalkan dampaknya melalui deteksi dini dan intervensi yang tepat waktu selama masa antenatal. Setiap kematian ibu yang dapat dicegah merupakan tragedi yang seharusnya tidak terjadi.

Dengan meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan antenatal, diharapkan dapat tercipta sistem kesehatan maternal yang lebih kuat dan responsif, yang mampu menyelamatkan lebih banyak jiwa ibu dan bayi. Pencapaian target SDGs 2030 untuk menurunkan AKI menjadi di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup sangat bergantung pada keberhasilan peningkatan kualitas pelayanan antenatal di seluruh fasilitas kesehatan.

6. Mempersiapkan Ibu Menjalani Masa Nifas dan Menyusui

Asuhan kehamilan tidak hanya berfokus pada masa kehamilan itu sendiri, tetapi juga secara proaktif mempersiapkan ibu untuk menghadapi masa nifas dan mendukung keberhasilan pemberian ASI eksklusif setelah melahirkan. Edukasi tentang perawatan masa nifas, tanda bahaya nifas, dan pentingnya kunjungan nifas dimulai sejak masa antenatal sehingga ibu sudah siap menghadapi periode transisi yang kritis ini.

Promosi dan dukungan untuk keberhasilan menyusui juga dimulai sejak kehamilan, melalui edukasi tentang manfaat ASI eksklusif, teknik menyusui yang benar, pemeriksaan dan persiapan payudara, serta cara mengatasi hambatan-hambatan umum dalam menyusui. Ibu yang telah mendapatkan persiapan yang baik selama kehamilan terbukti lebih berhasil dalam memberikan ASI eksklusif.

7. Mempersiapkan Peran Ibu dan Keluarga

Pelayanan antenatal bertujuan meningkatkan kesiapan tidak hanya ibu, tetapi juga seluruh keluarga dalam menerima kelahiran anggota keluarga baru dan mendukung tumbuh kembang anak secara optimal. Keterlibatan suami dan anggota keluarga lainnya dalam kunjungan antenatal dan program edukasi kesehatan terbukti meningkatkan dukungan sosial bagi ibu, mendorong perilaku kesehatan yang positif, dan meningkatkan hasil kesehatan maternal secara keseluruhan (Daniati D., Teja R.Y., Dewi P., dkk, 2023).

G. Hak Ibu Hamil

Hak ibu hamil adalah segala sesuatu yang harus diterima dan diperoleh oleh perempuan selama masa kehamilan untuk menjamin keselamatan, kesehatan, kenyamanan, dan kesejahteraan dirinya serta janin yang dikandungnya. Hak-hak ini merupakan bagian integral dari hak asasi manusia (HAM) dan hak kesehatan reproduksi yang diakui secara internasional. Pemenuhan hak-hak ibu hamil merupakan tanggung jawab bersama tenaga kesehatan, keluarga, masyarakat, dan pemerintah.

1. Hak Mendapatkan Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas

Setiap ibu hamil berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan sesuai standar profesional tanpa memandang latar belakang sosial, ekonomi, atau budaya. Pelayanan yang berkualitas mencakup pemeriksaan ANC yang komprehensif dan terstandarisasi, pemeriksaan laboratorium yang relevan dan tepat waktu, konseling kesehatan yang empatik dan efektif, pelayanan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan berpengalaman, serta sistem rujukan yang berfungsi dengan baik. Pemenuhan hak ini sangat penting untuk menjamin keselamatan ibu dan janin serta mendukung tercapainya kehamilan yang sehat dan persalinan yang aman (Fatmawati, Stiawati Y., Patmawati, et al, 2023).

2. Hak Mendapatkan Informasi yang Lengkap

Ibu berhak memperoleh informasi yang komprehensif, akurat, dan mudah dipahami mengenai kondisi kehamilannya.

Informasi yang harus diberikan meliputi: perkembangan dan kondisi janin, hasil seluruh pemeriksaan yang dilakukan beserta interpretasinya, faktor risiko yang ada dan cara mengatasinya, pilihan tindakan medis yang tersedia beserta risiko dan manfaatnya, tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai dan kapan harus mencari pertolongan, serta persiapan persalinan yang perlu dilakukan.

Informasi harus disampaikan dengan bahasa yang jelas, menggunakan istilah yang dapat dipahami ibu tanpa jargon medis yang berlebihan, dan dengan cara yang mempertimbangkan latar belakang pendidikan dan budaya ibu. Hak mendapatkan informasi yang lengkap memungkinkan ibu berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya (informed consent) dan meningkatkan keselamatan ibu maupun janin selama kehamilan.

3. Hak Mendapatkan Pilihan Pelayanan

Ibu hamil berhak memilih berbagai aspek pelayanan kesehatannya setelah mendapatkan informasi yang lengkap dan memadai (informed choice). Hak memilih ini mencakup: pilihan tempat bersalin yang sesuai kondisi dan keinginan ibu, penunjukan pendamping persalinan (suami, anggota keluarga, atau doula), pilihan metode persalinan sesuai indikasi medis dan preferensi ibu, serta pilihan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan. Pemenuhan hak mendapatkan pilihan pelayanan mendukung pelayanan kebidanan yang berpusat pada perempuan dan memperkuat partisipasi aktif ibu dalam menjaga kesehatannya.

4. Hak Mendapatkan Privasi dan Kerahasiaan

Hak mendapatkan privasi dan kerahasiaan merupakan hak setiap ibu hamil untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang menghormati martabat, kehormatan, dan kehidupan pribadinya, serta menjamin bahwa seluruh informasi mengenai kondisi kesehatan, hasil pemeriksaan, diagnosis, maupun tindakan medis tidak disebarluaskan kepada pihak lain tanpa persetujuannya. Dalam konteks klinis, privasi juga berarti bahwa pemeriksaan fisik dilakukan di tempat yang tertutup, dan tidak ada orang yang tidak berkepentingan yang hadir tanpa izin ibu.

Privasi dan kerahasiaan merupakan bagian penting dari pelayanan kebidanan yang berpusat pada perempuan dan menjadi salah satu prinsip etika profesi bidan yang tidak boleh dilanggar. Pemenuhan hak ini bertujuan menciptakan rasa aman, nyaman, dan kepercayaan antara ibu hamil dengan tenaga kesehatan—yang pada gilirannya mendorong ibu untuk lebih terbuka dalam mengungkapkan kondisinya dan lebih patuh terhadap saran medis (Manuaba, I.B.G., et al, 2019).

5. Hak Mendapatkan Perlakuan Hormat dan Bermartabat

Setiap ibu hamil, tanpa terkecuali, berhak diperlakukan dengan sopan, hormat, dan bermartabat oleh seluruh tenaga kesehatan yang merawatnya. Hak ini melarang segala bentuk diskriminasi berdasarkan usia, tingkat pendidikan, status ekonomi, agama, suku, atau latar belakang sosial apapun. Perlakuan yang menghormati martabat ibu mencakup: menyapa ibu dengan namanya, menjelaskan setiap prosedur sebelum melaksanakannya, meminta izin sebelum

melakukan pemeriksaan fisik, mendengarkan keluhan ibu dengan penuh perhatian, dan menghindari komentar atau sikap yang merendahkan.

6. Hak Mendapatkan Dukungan Selama Kehamilan

Hak mendapatkan dukungan selama kehamilan adalah hak setiap ibu hamil untuk memperoleh bantuan, perhatian, pendampingan, dan dukungan yang memadai dari keluarga, tenaga kesehatan, masyarakat, serta lingkungan kerja agar kehamilan berlangsung sehat, aman, dan nyaman. Dukungan sosial yang kuat selama kehamilan terbukti secara ilmiah berhubungan dengan hasil kehamilan yang lebih baik, tingkat stres yang lebih rendah, dan kepuasan ibu yang lebih tinggi.

Dukungan yang dibutuhkan ibu hamil bersifat multidimensi, meliputi: dukungan emosional (rasa dicintai dan diperhatikan), dukungan informasi (mendapatkan informasi yang diperlukan), dukungan instrumental (bantuan praktis dalam kehidupan sehari-hari), serta dukungan penilaian (umpan balik positif yang membangun kepercayaan diri ibu). Dukungan yang baik dari suami, keluarga, dan tenaga kesehatan dapat mengurangi stres, menurunkan risiko depresi antenatal, dan meningkatkan kesehatan ibu secara keseluruhan.

7. Hak Perlindungan dari Kekerasan dan Diskriminasi

Hak perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi adalah hak setiap ibu hamil untuk memperoleh rasa aman, perlindungan, serta perlakuan yang adil tanpa mengalami kekerasan fisik, psikologis, seksual, verbal, ekonomi, maupun diskriminasi dalam bentuk apapun. Kekerasan terhadap ibu

hamil—yang dapat dilakukan oleh pasangan, anggota keluarga, atau bahkan tenaga kesehatan—merupakan pelanggaran HAM yang serius dan memiliki dampak kesehatan yang sangat berbahaya bagi ibu dan janin.

Tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab untuk mengidentifikasi tanda-tanda kekerasan dalam rumah tangga (KDR) selama kunjungan antenatal dan memberikan dukungan serta rujukan yang tepat bagi ibu yang mengalaminya. Seluruh pihak—keluarga, tenaga kesehatan, masyarakat, dan pemerintah—memiliki tanggung jawab bersama untuk menciptakan lingkungan yang aman, adil, dan mendukung bagi setiap ibu hamil (Ningsih K.L., Fitriani, et al, 2024).

8. Hak Mendapatkan Nutrisi yang Adekuat

Hak mendapatkan nutrisi yang adekuat merupakan hak setiap ibu hamil untuk memperoleh asupan makanan dan zat gizi yang cukup, seimbang, aman, dan berkualitas guna mendukung kesehatan ibu serta pertumbuhan dan perkembangan janin yang optimal. Selama kehamilan, kebutuhan energi meningkat sekitar 300 kkal per hari, sedangkan kebutuhan protein, zat besi, asam folat, kalsium, yodium, dan berbagai vitamin dan mineral lainnya meningkat secara signifikan dibandingkan sebelum hamil.

Kekurangan nutrisi selama kehamilan dapat berdampak serius, antara lain: anemia yang meningkatkan risiko perdarahan persalinan, berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur, defek tabung saraf, gangguan perkembangan otak janin, dan bahkan kematian perinatal. Ibu hamil berhak memperoleh informasi, edukasi, dan akses

terhadap makanan bergizi yang sesuai dengan kebutuhan kehamilannya, serta konseling gizi dari tenaga kesehatan yang kompeten. Pemenuhan hak ini bertujuan mencegah anemia, Kekurangan Energi Kronik (KEK), dan stunting pada anak yang dilahirkan (Rishel R.A., 2023).

9. Hak Mendapatkan Lingkungan yang Sehat

Hak mendapatkan lingkungan yang sehat merupakan hak setiap ibu hamil untuk hidup dan beraktivitas dalam lingkungan yang aman, bersih, nyaman, dan mendukung kesehatan selama masa kehamilan. Lingkungan yang sehat mencakup kondisi fisik (rumah yang layak, air bersih, sanitasi yang baik), biologis (bebas dari vektor penyakit), sosial (komunitas yang suportif), dan psikologis (terhindar dari stres kronis dan kekerasan) yang semuanya dapat memengaruhi kesehatan ibu maupun pertumbuhan dan perkembangan janin.

Paparan terhadap polutan udara, air tercemar, bahan kimia berbahaya, asap rokok (termasuk asap rokok pasif), serta kondisi lingkungan yang penuh stres terbukti meningkatkan risiko berbagai komplikasi kehamilan, termasuk kelahiran prematur, berat lahir rendah, dan gangguan perkembangan janin. Ibu hamil berhak mendapatkan perlindungan dari paparan berbagai zat dan kondisi yang berpotensi membahayakan kehamilannya.

10. Hak Mendapatkan Persalinan yang Aman

Hak mendapatkan persalinan yang aman merupakan hak setiap ibu hamil untuk memperoleh pelayanan persalinan yang berkualitas, aman, bermutu, dan sesuai standar profesi

kesehatan guna melindungi keselamatan ibu dan bayi. Persalinan yang aman mencakup tidak hanya aspek medis dan teknis, tetapi juga penghormatan terhadap hak, martabat, privasi, kebutuhan emosional, dan pilihan ibu dalam seluruh proses persalinan. Konsep "respectful maternity care" menekankan bahwa ibu berhak diperlakukan dengan hormat dan bermartabat bahkan dalam situasi emergensi.

Setiap ibu berhak mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas kesehatan yang memadai dengan peralatan yang lengkap. Apabila terjadi komplikasi yang memerlukan penanganan di fasilitas yang lebih tinggi, ibu berhak mendapatkan rujukan yang tepat waktu, aman, dan disertai komunikasi yang baik. Pemenuhan hak mendapatkan persalinan yang aman berkontribusi langsung dalam menurunkan risiko komplikasi, meningkatkan keselamatan ibu dan bayi, serta mendukung terciptanya pengalaman persalinan yang positif dan bermakna (Sari I.N., Sukmawati E., Alestasi R.O., et al, 2025).

H. Klasifikasi Kehamilan Berdasarkan Usia

Usia kehamilan adalah lamanya masa kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga waktu tertentu selama kehamilan berlangsung. Penentuan usia kehamilan yang akurat sangat penting dalam pelayanan antenatal karena menjadi dasar dalam pemantauan pertumbuhan dan perkembangan janin, penentuan waktu pemeriksaan dan intervensi yang tepat, serta deteksi dini komplikasi kehamilan. Secara klinis, kehamilan dibagi berdasarkan usia kehamilan sebagai berikut:

1. Kehamilan Trimester I (0–13 Minggu)

Trimester pertama dimulai sejak terjadinya konsepsi hingga usia kehamilan 13 minggu (atau lebih tepatnya 12 minggu 6 hari). Periode ini merupakan fase yang paling kritis dalam perkembangan janin karena pada masa inilah terjadi proses pembentukan seluruh organ utama janin (organogenesis). Dimulai dari implantasi, pembentukan disk embrionik, kemudian secara berurutan terbentuk jantung yang mulai berdenyut pada sekitar minggu ke-6, otak dan sistem saraf, anggota gerak, wajah, serta seluruh organ visceral.

Dari sisi maternal, trimester pertama ditandai oleh perubahan hormonal yang sangat dramatis, terutama peningkatan tajam kadar human chorionic gonadotropin (hCG) yang memicu terjadinya berbagai gejala awal kehamilan. Ibu hamil sering mengalami mual dan muntah (morning sickness, meskipun sebenarnya dapat terjadi kapanpun) yang dialami oleh 70–80% perempuan hamil, mudah lelah dan mengantuk akibat peningkatan progesteron, nyeri dan pembesaran payudara, sering berkemih akibat pembesaran uterus yang menekan kandung kemih, serta perubahan emosional yang signifikan. Trimester ini juga merupakan periode paling rentan terhadap efek teratogenik dari berbagai zat berbahaya, infeksi, dan kekurangan nutrisi.

2. Kehamilan Trimester II (14–27 Minggu)

Trimester kedua berlangsung pada usia kehamilan 14 hingga 27 minggu. Masa ini sering disebut sebagai periode "honeymoon" atau periode paling nyaman bagi ibu hamil karena sebagian besar keluhan mual dan muntah trimester pertama biasanya sudah mereda, sementara perut belum terlalu besar sehingga mobilitas ibu masih relatif tidak terganggu.

Janin mengalami pertumbuhan yang sangat pesat selama trimester ini. Semua organ yang telah terbentuk pada trimester pertama kini mulai berkembang dan maturasi. Gerakan janin (quickening) mulai dapat dirasakan oleh ibu untuk pertama kalinya, biasanya antara minggu ke-16 hingga ke-20 pada primigravida dan lebih awal pada multigravida. Rambut, kuku, dan verniks kaseosa mulai terbentuk. Pada akhir trimester kedua, janin sudah memiliki kemungkinan untuk bertahan hidup di luar rahim—meski dengan bantuan intensif—jika lahir prematur (batas viabilitas sekitar 24–25 minggu).

Pada trimester ini, dilakukan pemeriksaan USG anomali (morfologi) yang bertujuan mendeteksi kelainan struktural mayor pada janin. Pemeriksaan glukosa darah untuk skrining diabetes gestasional juga dilakukan pada trimester ini, biasanya antara minggu ke-24 hingga 28. Ibu hamil pada trimester kedua umumnya mengalami peningkatan energi, perbaikan mood, dan mulai merasakan ikatan emosional yang lebih kuat dengan janinnya.

3. Kehamilan Trimester III (28–42 Minggu)

Trimester ketiga berlangsung sejak usia kehamilan 28 minggu hingga persalinan. Pada periode ini janin mengalami peningkatan berat badan yang sangat cepat—menambah sekitar 200 gram per minggu—dan pematangan fungsi organ, terutama paru-paru yang membutuhkan surfaktan untuk dapat berfungsi setelah lahir. Sistem imun, sistem saraf, dan kemampuan regulasi suhu tubuh janin juga terus berkembang menuju kematangan.

Ibu hamil pada trimester ketiga mengalami berbagai ketidaknyamanan yang semakin meningkat seiring bertambahnya ukuran uterus dan janin. Keluhan yang umum dirasakan antara lain: nyeri punggung bawah dan panggul akibat perubahan pusat gravitasi dan relaksasi sendi, sesak napas ringan karena uterus yang membesar mendorong diafragma ke atas, edema (pembengkakan) tungkai bawah akibat peningkatan tekanan pada vena-vena pelvis, heartburn (nyeri ulu hati) akibat relaksasi sfingter esofagus bawah, gangguan tidur, serta Braxton Hicks contractions (kontraksi palsu) yang semakin sering.

Pelayanan antenatal pada trimester ketiga berfokus pada persiapan persalinan yang komprehensif, deteksi dini komplikasi seperti preeklamsia dan pertumbuhan janin terhambat, pemantauan kesejahteraan janin melalui hitung gerak janin dan non-stress test, serta penilaian presentasi dan posisi janin. Frekuensi kunjungan antenatal pada trimester ini ditingkatkan menjadi setiap 1–2 minggu sekali untuk pemantauan yang lebih intensif (Manuaba, 2019)

I. Klasifikasi Kehamilan Berdasarkan Lama Gestasi

Selain pembagian berdasarkan trimester, kehamilan juga diklasifikasikan berdasarkan lama gestasi atau usia kehamilan pada saat persalinan terjadi. Klasifikasi ini memiliki implikasi klinis yang sangat penting karena berhubungan langsung dengan kematangan organ janin dan risiko komplikasi pada bayi yang dilahirkan. Tenaga kesehatan harus memahami klasifikasi ini untuk dapat memberikan manajemen yang tepat.

1. Kehamilan Preterm (Kurang Bulan)

Kehamilan preterm adalah kehamilan yang berakhir sebelum mencapai usia 37 minggu penuh (kurang dari 259 hari dari HPHT). Berdasarkan usia gestasinya, kehamilan preterm dibagi menjadi: (1) Extremely preterm (<28 minggu), (2) Very preterm (28–31 minggu), (3) Moderate preterm (32–33 minggu), dan (4) Late preterm (34–36 minggu). Secara global, kelahiran prematur merupakan penyebab utama kematian neonatal dan morbiditas jangka panjang pada anak.

Bayi yang lahir preterm menghadapi berbagai risiko serius karena imaturitas organ yang belum sempurna. Komplikasi utama yang dapat dialami meliputi: sindrom distres respirasi (RDS) akibat defisiensi surfaktan paru, apnea of prematurity, perdarahan intraventrikuler (IVH), enterokolitis nekrotikans (NEC), retinopati prematuritas, infeksi (sepsis neonatorum), hipotermia akibat minimnya lemak subkutan, serta gangguan pertumbuhan dan perkembangan jangka panjang. Faktor risiko kelahiran preterm meliputi riwayat persalinan prematur sebelumnya, infeksi intrauterin, serviks inkompeten, kehamilan multipel,

serta berbagai kondisi maternal seperti hipertensi dan diabetes.

2. Kehamilan Aterm (Cukup Bulan)

Kehamilan aterm adalah kehamilan yang berlangsung antara 37 minggu 0 hari hingga 41 minggu 6 hari. Masa ini dianggap sebagai waktu optimal untuk persalinan karena organ-organ janin telah mencapai kematangan yang memadai untuk menjalani kehidupan ektrauterin secara mandiri. Bayi yang lahir pada usia kehamilan aterm memiliki risiko komplikasi neonatal yang jauh lebih rendah dibandingkan bayi preterm atau postterm.

Perlu diperhatikan bahwa dalam perkembangan terkini, para ahli membagi kehamilan aterm lebih lanjut menjadi: (1) Early term (37–38 minggu), di mana bayi masih memiliki risiko moderat karena organ belum sepenuhnya matur; (2) Full term (39–40 minggu), yang merupakan waktu paling optimal; dan (3) Late term (41 minggu). Persalinan elektif (tanpa indikasi medis) sebelum 39 minggu tidak direkomendasikan karena terbukti meningkatkan risiko komplikasi neonatal.

3. Kehamilan Postterm (Lewat Bulan)

Kehamilan postterm didefinisikan sebagai kehamilan yang berlangsung 42 minggu atau lebih (≥ 294 hari dari HPHT). Kondisi ini terjadi pada sekitar 3–10% dari seluruh kehamilan dan memerlukan pemantauan yang sangat ketat karena risiko komplikasi yang signifikan bagi ibu maupun janin.

Pada kehamilan postterm, fungsi plasenta mulai mengalami penurunan (insufisiensi plasenta) yang menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan nutrisi ke janin. Risiko komplikasi yang dapat terjadi meliputi: oligohidramnion (berkurangnya cairan ketuban), sindrom postmaturitas pada bayi (kulit keriput, kuku panjang, tidak ada verniks kaseosa), makrosomia (bayi besar) yang meningkatkan risiko distosia bahu dan robekan perineum, mekonium dalam cairan ketuban yang meningkatkan risiko aspirasi mekonium, serta peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal secara keseluruhan. Pengelolaan kehamilan postterm meliputi induksi persalinan pada usia kehamilan tertentu sesuai protokol klinis yang berlaku (Varney, H., et al 2021).

J. Penghitungan Usia Kehamilan dan Taksiran Persalinan

Usia kehamilan adalah lamanya kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga tanggal pemeriksaan atau tanggal tertentu yang dimaksud. Penghitungan usia kehamilan yang akurat merupakan komponen fundamental dalam asuhan kebidanan dan obstetri karena digunakan untuk: memantau pertumbuhan dan perkembangan janin, menentukan jadwal pemeriksaan antenatal yang tepat, memperkirakan waktu persalinan, mengidentifikasi komplikasi terkait usia kehamilan, dan membuat keputusan klinis yang tepat terkait manajemen kehamilan.

1. Berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)

Metode yang paling umum dan mudah digunakan untuk menghitung usia kehamilan adalah berdasarkan HPHT. Cara ini memberikan hasil yang akurat apabila ibu memiliki siklus menstruasi yang teratur sekitar 28 hari, ovulasi terjadi pada pertengahan siklus (hari ke-14), dan ibu dapat mengingat tanggal HPHT dengan pasti. Ketiga kondisi ini sayangnya tidak selalu terpenuhi, terutama pada perempuan dengan siklus menstruasi yang tidak teratur.

Rumus Penghitungan Usia Kehamilan:

**Usia Kehamilan = Tanggal Pemeriksaan - HPHT
(dinyatakan dalam minggu dan hari)**

Contoh Kasus:

HPHT : 1 Januari 2026

Tanggal pemeriksaan : 26 Maret 2026

Selisih waktu = 84 hari $\rightarrow 84 \div 7 = 12$ minggu $\rightarrow$ Usia kehamilan: 12 minggu 0 hari

2. Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Apabila HPHT tidak diketahui, tidak dapat dipercaya, atau siklus menstruasi tidak teratur, usia kehamilan dapat diperkirakan melalui pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU) menggunakan pita ukur atau estimasi klinis. Metode ini memiliki keterbatasan karena dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti jumlah cairan ketuban, posisi janin, indeks massa tubuh ibu, dan ada tidaknya mioma uteri.

Tinggi Fundus Uteri	Perkiraan Usia Kehamilan
Setinggi simfisis pubis	12 minggu
Pertengahan simfisis–pusat	16 minggu
Setinggi pusat (umbilikus)	20 minggu
2–3 jari di atas pusat	24 minggu
Di atas pusat	28 minggu
Pertengahan pusat–prosesus xifoideus	32 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Sedikit turun (lightening)	40 minggu

3. Berdasarkan Ultrasonografi (USG)

USG merupakan metode yang paling akurat untuk menentukan usia kehamilan, terutama apabila dilakukan pada trimester pertama. Keunggulan USG adalah kemampuannya mengukur langsung ukuran janin secara langsung dan membandingkannya dengan kurva pertumbuhan standar. Pengukuran yang digunakan untuk menentukan usia kehamilan melalui USG antara lain:

- Crown Rump Length (CRL): digunakan pada trimester pertama (7–13 minggu), merupakan pengukuran paling akurat dengan akurasi ± 5 –7 hari.
- Biparietal Diameter (BPD): diameter kepala janin, digunakan mulai trimester kedua.

- c. Head Circumference (HC): lingkaran kepala janin.
- d. Abdominal Circumference (AC): lingkaran perut janin, berguna untuk menilai pertumbuhan.
- e. Femur Length (FL): panjang tulang paha, bermanfaat untuk menilai pertumbuhan tulang.

Semakin muda usia kehamilan saat USG dilakukan, semakin akurat hasil yang diperoleh. USG yang dilakukan di luar trimester pertama memiliki akurasi yang lebih rendah karena variasi biologi antar individu semakin besar seiring bertambahnya usia kehamilan. Oleh karena itu, tanggal persalinan yang ditetapkan berdasarkan USG trimester pertama tidak boleh diubah berdasarkan USG yang dilakukan kemudian.

4. Taksiran Persalinan (Expected Date of Delivery/EDD)

Taksiran persalinan atau Hari Perkiraan Lahir (HPL) adalah perkiraan tanggal lahir bayi yang dihitung berdasarkan HPHT. Perlu ditekankan bahwa HPL hanyalah perkiraan—hanya sekitar 4–5% persalinan yang terjadi tepat pada tanggal HPL—namun penting sebagai panduan dalam manajemen kehamilan. Persalinan normal umumnya terjadi pada rentang 38–42 minggu, dengan rata-rata 280 hari (40 minggu) dari HPHT.

Rumus Naegle (Metode Paling Umum Digunakan):

Rumus Naegle dikembangkan oleh dokter Jerman Franz Karl Naegle pada abad ke-19 dan masih merupakan metode paling luas digunakan dalam praktik klinis di seluruh dunia:

Untuk HPHT pada Bulan Oktober–Desember (bulan 10–12):

HPL = Tanggal HPHT + 7 hari, Bulan + 9, Tahun tetap

Untuk HPHT pada Bulan Januari–September (bulan 1–9):

HPL = Tanggal HPHT + 7 hari, Bulan – 3, Tahun + 1

Contoh Perhitungan:

HPHT = 10 Januari 2026

Langkah 1: $10 + 7 = 17$ (tanggal)

Langkah 2: Januari = bulan 1; $1 - 3 = -2$ (negatif, berarti mundur ke tahun sebelumnya)

Koreksi: $-2 + 12 =$ bulan Oktober; tahun + 1 = 2026

HPL = 17 Oktober 2026

Apabila siklus menstruasi tidak teratur (lebih panjang atau lebih pendek dari 28 hari), perlu dilakukan koreksi. Untuk siklus 35 hari (lebih panjang 7 hari), tambahkan 7 hari pada HPL hasil perhitungan. Untuk siklus 24 hari (lebih pendek 4 hari), kurangi 4 hari dari HPL. Bila HPHT tidak diketahui atau tidak akurat, HPL ditentukan berdasarkan hasil USG trimester pertama, yang dianggap sebagai standar paling akurat dalam praktik klinis modern (Saifuddin, A.B., 2020).

K. Standar Asuhan Kehamilan

Standar asuhan kehamilan merupakan pedoman komprehensif yang digunakan oleh bidan dan seluruh tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan kepada ibu hamil

secara terstandarisasi, berkualitas, aman, dan berkesinambungan. Standar ini ditetapkan berdasarkan evidence-based practice terkini dan rekomendasi nasional serta internasional, bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu dan janin, mendeteksi dini faktor risiko dan komplikasi kehamilan, serta mempersiapkan ibu menghadapi persalinan, masa nifas, dan perawatan bayi baru lahir dengan optimal.

Di Indonesia, standar asuhan kehamilan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pelayanan Antenatal Terpadu, yang mewajibkan minimal 6 kali kunjungan antenatal (K6) dengan distribusi: 1 kali pada trimester pertama, 2 kali pada trimester kedua, dan 3 kali pada trimester ketiga. Kebijakan terbaru mengacu pada rekomendasi WHO 2022 yang menyarankan minimal 8 kali kunjungan antenatal untuk hasil maternal dan neonatal yang lebih baik.

Standar pelayanan ANC di Indonesia mencakup komponen 10T, yaitu:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan: untuk memantau pertambahan berat badan yang adekuat dan menilai status gizi ibu.
2. Ukur tekanan darah: untuk mendeteksi hipertensi gestasional dan preeklamsia sedini mungkin.
3. Ukur Lingkar Lengan Atas (LILA): untuk mengidentifikasi ibu hamil berisiko Kekurangan Energi Kronik (KEK).
4. Ukur tinggi fundus uteri (TFU): untuk menilai pertumbuhan janin dan memperkirakan usia kehamilan.

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ): untuk menilai posisi janin dan kesejahteraan janin.
6. Skrining status imunisasi tetanus (TT) dan pemberian imunisasi TT: untuk mencegah tetanus neonatorum.
7. Pemberian tablet tambah darah (Fe): minimal 90 tablet selama kehamilan untuk mencegah anemia defisiensi besi.
8. Pemeriksaan laboratorium: darah rutin, golongan darah, Rh, gula darah, VDRL/RPR (sifilis), HBsAg, HIV, pemeriksaan urin, dan lain-lain sesuai indikasi.
9. Tata laksana kasus sesuai kebutuhan: intervensi yang tepat berdasarkan temuan pemeriksaan.
10. Temu wicara (konseling): memberikan edukasi, informasi, dan dukungan kepada ibu dan keluarga.

Selain standar pelayanan 10T, standar asuhan kehamilan juga mencakup pencatatan dan dokumentasi yang lengkap dalam Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) dan rekam medis, rujukan tepat waktu apabila ditemukan komplikasi, asuhan yang berpusat pada perempuan (woman-centered care), dan asuhan yang berkelanjutan (continuity of care) dari kehamilan hingga keluarga berencana pascasalin (Vera I.A., et al, 2024).

L. Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Kehamilan

Bidan merupakan mitra utama perempuan yang berdiri di garda terdepan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Menurut International Confederation of Midwives (ICM), bidan adalah praktisi profesional yang memiliki kompetensi khusus untuk memberikan asuhan kepada perempuan selama masa kehamilan, persalinan, nifas, dan periode neonatal.

Peran bidan dalam masa kehamilan sangatlah komprehensif dan multidimensional, mencakup aspek klinis, edukatif, konseling, koordinasi, dan advokasi.

Di Indonesia, peran dan tanggung jawab bidan dalam masa kehamilan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan tentang Kebidanan, yang menetapkan ruang lingkup kewenangan bidan yang jelas dan standar kompetensi yang harus dipenuhi. Bidan yang kompeten tidak hanya menguasai keterampilan teknis, tetapi juga memiliki kemampuan komunikasi, empati, dan kepekaan budaya yang tinggi dalam mendampingi ibu hamil.

1. Pendampingan Holistik dan Edukasi Kehamilan

Sejak awal trimester pertama, bidan berperan sebagai edukator dan konselor yang menjembatani ketidaktahuan menjadi pemahaman yang komprehensif. Bidan memberikan bimbingan mendalam yang disesuaikan dengan kebutuhan individual ibu mengenai: pemenuhan nutrisi seimbang dan spesifik kehamilan, pentingnya istirahat yang cukup dan aktivitas fisik yang aman selama kehamilan, perubahan fisik dan emosional yang normal dialami selama kehamilan, cara mengatasi ketidaknyamanan umum kehamilan, serta tanda-tanda bahaya yang memerlukan pertolongan segera.

Melalui komunikasi terapeutik yang empatik dan tidak menghakimi, bidan membantu meredakan kecemasan ibu yang wajar dan membangun kesiapan mental serta spiritual menghadapi persalinan. Lebih dari itu, bidan juga merangkul suami dan keluarga dalam program edukasi kehamilan, memastikan terbentuknya sistem pendukung (support

system) yang kuat di rumah tangga demi kesejahteraan fisik dan psikologis ibu sepanjang masa kehamilan.

Dalam era digital saat ini, bidan juga dituntut untuk memanfaatkan berbagai media edukasi modern—seperti aplikasi kesehatan, video edukasi, media sosial yang akuntabel, dan QR Code—untuk menyampaikan informasi kesehatan kepada ibu hamil dengan cara yang menarik, mudah dipahami, dan dapat diakses kapanpun. Namun demikian, komunikasi tatap muka tetap tidak tergantikan karena memberikan ruang bagi bidan untuk mengenal ibu secara personal dan membangun hubungan terapeutik yang bermakna.

2. Pengawasan Klinis Berkelanjutan (Asuhan Antenatal)

Secara klinis, bidan bertanggung jawab penuh dalam memberikan Asuhan Antenatal (ANC) yang komprehensif, bermutu, dan berkesinambungan sesuai jadwal kunjungan yang ditetapkan. Dalam setiap kunjungan, bidan menerapkan standar pelayanan medis yang ketat dengan melakukan anamnesis yang menyeluruh, pemeriksaan fisik yang sistematis, dan interpretasi hasil pemeriksaan yang akurat.

Tugas klinis bidan dalam setiap kunjungan antenatal mencakup: pemantauan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan), penilaian pertambahan berat badan dan status gizi, pengukuran tinggi fundus uteri untuk menilai pertumbuhan janin, auskultasi denyut jantung janin menggunakan dopler atau fetoskop, penilaian gerak janin, pemeriksaan Leopold untuk menentukan presentasi dan posisi janin, serta penilaian edema dan varises. Pemberian suplementasi esensial seperti tablet zat besi (Fe), asam folat,

kalsium, dan vitamin D, serta imunisasi Tetanus Toksoid (TT) juga merupakan bagian integral dari asuhan antenatal yang bidan berikan.

Setiap hasil pemeriksaan, keluhan ibu, dan tindakan yang dilakukan harus dicatat secara lengkap, akurat, dan tepat waktu dalam Buku KIA dan rekam medis. Dokumentasi yang baik tidak hanya merupakan kewajiban hukum, tetapi juga merupakan alat komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan dan menjadi bukti pertanggungjawaban profesional.

3. Deteksi Dini Risiko dan Pelindung Keselamatan

Salah satu tanggung jawab paling krusial seorang bidan adalah kemampuannya sebagai skrining awal dan pengambil keputusan klinis yang tepat. Bidan memiliki keahlian khusus untuk melakukan deteksi dini terhadap segala bentuk penyimpangan dari kehamilan normal melalui penilaian faktor risiko yang sistematis dan terstandarisasi. Faktor risiko kehamilan dapat dikategorikan menjadi faktor risiko yang sudah ada sebelum kehamilan (pre-existing risk factors) dan faktor risiko yang muncul selama kehamilan (emerging risk factors).

Tanda-tanda bahaya yang harus dideteksi secara dini oleh bidan antara lain: tekanan darah tinggi ($\geq 140/90$ mmHg) yang mengarah pada preeklamsia atau eklampsia, proteinuria yang memperkuat diagnosis preeklamsia, perdarahan pervaginam yang dapat mengindikasikan plasenta previa atau solusio plasenta, penurunan atau tidak adanya gerakan janin yang dapat mengindikasikan gawat janin atau kematian janin, tanda-tanda infeksi (demam, discharge berbau, nyeri perut),

gangguan pertumbuhan janin (TFU tidak sesuai usia kehamilan), serta gejala anemia berat.

Apabila ditemukan kondisi yang memerlukan penanganan di luar kompetensi bidan atau fasilitas kesehatan yang ada, bidan bertanggung jawab penuh untuk melakukan tata laksana awal yang tepat dan mengoordinasikan rujukan yang cepat, aman, dan terorganisir ke dokter spesialis kandungan atau fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Kecepatan dan ketepatan dalam mengambil keputusan rujukan seringkali menjadi faktor penentu antara kehidupan dan kematian ibu.

4. Perencana Persalinan yang Aman

Menjelang akhir masa kehamilan, fokus tanggung jawab bidan bergeser secara signifikan pada persiapan persalinan dan kesiagaan menghadapi komplikasi, yang diwujudkan melalui program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang komprehensif. Program P4K yang dimulai sejak trimester kedua dan semakin diintensifkan pada trimester ketiga memastikan bahwa ibu dan seluruh keluarga siap menghadapi persalinan dengan terencana dan minim risiko.

Bidan memandu ibu dan keluarga dalam menyusun rencana persalinan yang matang, yang mencakup: penentuan tempat bersalin yang sesuai kondisi ibu (Puskesmas PONED, Rumah Sakit, atau Rumah Sakit Rujukan), penentuan penolong persalinan yang kompeten, persiapan biaya persalinan dan jaminan kesehatan, perencanaan transportasi darurat ke fasilitas rujukan apabila diperlukan, penunjukan calon pendonor darah yang kompatibel dan bersedia

sewaktu-waktu, persiapan fisik dan mental ibu untuk proses persalinan, serta kesiapan keluarga dalam mendampingi dan mendukung ibu selama persalinan dan nifas.

Perencanaan persalinan yang matang dan tertulis—yang disepakati bersama antara ibu, keluarga, dan tenaga kesehatan—terbukti secara ilmiah dapat mengurangi keterlambatan dalam mengambil keputusan, keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan, dan keterlambatan dalam mendapatkan pertolongan, yang merupakan tiga keterlambatan utama penyebab kematian ibu (Maddiyana N.E., Ika R., dkk, 2022).

M. Rangkuman

Kehamilan adalah proses fisiologis yang membutuhkan asuhan komprehensif, berkelanjutan, dan berpusat pada perempuan (woman-centered care). Pemahaman konsep dasar kehamilan menjadi fondasi bagi tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan maternal yang berkualitas, aman, dan bermartabat — demi mencapai target SDGs 2030: AKI < 70 per 100.000 kelahiran hidup.

A. Soal Pilihan Ganda

1. Menurut WHO (2023), kehamilan didefinisikan sebagai keadaan di mana janin sedang berkembang dalam tubuh ibu, dimulai dari...
 - a. Implantasi hingga persalinan
 - b. Konsepsi sampai dengan kelahiran
 - c. Fertilisasi hingga usia 40 minggu
 - d. Ovulasi hingga nidasi

2. Berdasarkan data SDKI 2022, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia berada pada angka...
 - a. 89 per 100.000 kelahiran hidup
 - b. 150 per 100.000 kelahiran hidup
 - c. 189 per 100.000 kelahiran hidup
 - d. 250 per 100.000 kelahiran hidup
3. Target SDGs 2030 untuk Angka Kematian Ibu adalah di bawah...
 - a. 100 per 100.000 kelahiran hidup
 - b. 70 per 100.000 kelahiran hidup
 - c. 50 per 100.000 kelahiran hidup
 - d. 30 per 100.000 kelahiran hidup
4. Proses dari ovulasi hingga implantasi blastokis pada endometrium uterus berlangsung dalam waktu sekitar...
 - a. 1 hingga 3 hari
 - b. 3 hingga 5 hari
 - c. 6 hingga 10 hari
 - d. 12 hingga 14 hari
5. Program Bidan di Desa diluncurkan oleh pemerintah Indonesia pada tahun...
 - a. 1975
 - b. 1980
 - c. 1985
 - d. 1989

6. Gerakan Safe Motherhood Initiative diinisiasi pada tahun 1987 oleh WHO, UNICEF, UNFPA, dan...
 - a. UNDP
 - b. Bank Dunia
 - c. USAID
 - d. Gates Foundation
7. Filosofi asuhan kehamilan menyatakan bahwa sekitar berapa persen kehamilan berlangsung normal tanpa komplikasi yang berarti?
 - a. 60% atau lebih
 - b. 70% atau lebih
 - c. 85% atau lebih
 - d. 95% atau lebih
8. Model yang memastikan tidak ada 'celah' dalam pelayanan dari masa prakonsepsi hingga KB pascasalin disebut...
 - a. Woman-centered care
 - b. Evidence-based practice
 - c. Continuity of care
 - d. Focused antenatal care
9. Salah satu tujuan asuhan kehamilan adalah mempersiapkan persalinan yang aman melalui program...
 - a. KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)
 - b. P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)

- c. PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar)
 - d. PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif)
10. Volume darah ibu meningkat hingga berapa persen selama kehamilan sebagai bagian dari adaptasi fisiologis?
- a. 20–30%
 - b. 30–40%
 - c. 40–50%
 - d. 50–60%
11. Trimester kedua kehamilan berlangsung pada usia kehamilan...
- a. 0–13 minggu
 - b. 14–27 minggu
 - c. 14–28 minggu
 - d. 28–40 minggu
12. Kehamilan preterm yang termasuk kategori 'extremely preterm' adalah kehamilan yang berakhir sebelum...
- a. 24 minggu
 - b. 28 minggu
 - c. 32 minggu
 - d. 34 minggu
13. Kehamilan postterm didefinisikan sebagai kehamilan yang berlangsung selama...
- a. 41 minggu atau lebih

- b. 42 minggu atau lebih
 - c. 43 minggu atau lebih
 - d. 40 minggu lebih 3 hari
14. Jika HPHT seorang ibu adalah 10 Januari 2026, maka Hari Perkiraan Lahir (HPL) menggunakan Rumus Naegele adalah...
- a. 17 September 2026
 - b. 17 Oktober 2026
 - c. 17 November 2026
 - d. 10 Oktober 2026
15. Metode ultrasonografi yang paling akurat untuk menentukan usia kehamilan pada trimester pertama adalah pengukuran...
- a. Biparietal Diameter (BPD)
 - b. Abdominal Circumference (AC)
 - c. Crown Rump Length (CRL)
 - d. Femur Length (FL)
16. Standar pelayanan ANC di Indonesia dikenal dengan komponen...
- a. 7T
 - b. 8T
 - c. 10T
 - d. 12T
17. Pemberian tablet tambah darah (Fe) selama kehamilan adalah minimal sebanyak...

- a. 30 tablet
 - b. 60 tablet
 - c. 90 tablet
 - d. 120 tablet
18. Gerakan janin (quickening) pertama kali dapat dirasakan oleh ibu primigravida biasanya pada usia kehamilan...
- a. 12–14 minggu
 - b. 14–16 minggu
 - c. 16–20 minggu
 - d. 20–24 minggu
19. Tinggi fundus uteri setinggi pusat (umbilikus) menandakan perkiraan usia kehamilan...
- a. 16 minggu
 - b. 18 minggu
 - c. 20 minggu
 - d. 24 minggu
20. Menurut rekomendasi WHO 2022 yang diadopsi Indonesia, jumlah minimal kunjungan antenatal yang disarankan adalah...
- a. 4 kali kunjungan
 - b. 6 kali kunjungan
 - c. 8 kali kunjungan
 - d. 10 kali kunjungan

BAB 2

PERUBAHAN FISIOLOGIS PADA KEHAMILAN

A. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menentukan jenis adaptasi fisiologis pada sistem reproduksi untuk mendeteksi dini ketidaknormalan tumbuh kembang janin sesuai usia kehamilan.
2. Menghitung estimasi hemodilusi fisiologis dan parameter kardiovaskular untuk membedakan antara anemia kehamilan normal dengan kondisi patologi hematologi.
3. Mengimplementasikan rencana asuhan kebidanan yang tepat guna mengatasi gangguan kenyamanan akibat perubahan sistem respirasi dan pencernaan pada ibu hamil.
4. Mendemonstrasikan latihan mekanika tubuh (body mechanics) yang sesuai untuk meredakan keluhan fisik akibat perubahan sistem perkemihan dan muskuloskeletal.
5. Menerapkan teknik komunikasi terapeutik yang adaptif dalam mendampingi fase transisi psikologis ibu hamil di setiap trimester kehamilan.

B. Pendahuluan

Kehamilan merupakan sebuah proses fisiologis luar biasa yang menuntut tubuh perempuan melakukan adaptasi sistemik secara radikal dalam waktu singkat. Bagi seorang calon bidan, memahami batas antara adaptasi fisiologis normal dan deviasi patologis adalah fondasi mutlak dari keselamatan ibu dan janin. Kegagalan dalam mengidentifikasi hakikat perubahan ini sering kali berujung pada keputusan klinis yang keliru, baik berupa intervensi medis yang tidak perlu maupun keterlambatan penanganan kondisi kritis yang mengancam jiwa. Di tengah tantangan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, bidan dituntut untuk tidak sekadar menghafal teori perubahan anatomi, melainkan mampu mengaplikasikannya secara kritis saat berhadapan langsung dengan ibu hamil di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, mulai dari puskesmas perkotaan hingga poskesdes di daerah terpencil.

Secara konsep, tubuh ibu hamil mengalami remodeling vaskular, hormonal, dan struktural demi menopang tumbuh kembang janin. Sebagai contoh, di salah satu puskesmas di wilayah rural Indonesia, seorang bidan kerap menghadapi ibu hamil trimester kedua dengan kadar Hemoglobin 10,5 g/dL yang langsung diberikan diagnosis anemia patologis berat tanpa mengkaji ekspansi volume plasma yang normal terjadi pada usia gestasi tersebut. Implikasi dari ketidakmampuan menerapkan konsep hemodilusi fisiologis ini adalah timbulnya kecemasan yang tidak perlu pada ibu, rujukan yang tidak efisien, serta potensi terapi zat besi yang kurang tepat sasaran. Sebaliknya, pemahaman yang keliru terhadap pembengkakan kaki fisiologis tanpa memantau kenaikan

tekanan darah dapat membuat bidan mengabaikan gejala awal preeklampsia. Oleh karena itu, kemampuan analisis klinis yang tajam mengenai dinamika tubuh ibu hamil sangat menentukan kualitas asuhan yang diberikan.

Untuk membangun kapasitas klinis tersebut, bab ini akan mengupas secara mendalam berbagai dimensi perubahan tubuh selama masa gestasi. Pembahasan akan diawali dengan pemaparan mengenai perubahan sistem reproduksi yang mempersiapkan rahim sebagai inkubator kehidupan, diikuti dengan analisis mendalam mengenai adaptasi dinamis dalam perubahan sistem kardiovaskular dan hematologi. Selanjutnya, pembahasan akan diarahkan pada perubahan sistem respirasi dan pencernaan yang memengaruhi metabolisme tubuh, serta penyesuaian fungsional pada perubahan sistem perkemihan dan muskuloskeletal yang kerap memicu keluhan fisik harian. Tidak kalah penting, bab ini juga akan mengintegrasikan pemahaman tentang perubahan psikologis pada kehamilan sebagai bagian utuh dari asuhan holistik. Melalui pemahaman yang komprehensif ini, Anda diharapkan mampu menerapkan pengetahuan fisiologi kehamilan ini secara langsung dalam asuhan kebidanan yang aman, sensitif, dan berbasis bukti.

C. Perubahan Sistem Reproduksi

Adaptasi anatomi dan fisiologi pada sistem reproduksi merupakan salah satu perubahan paling radikal yang terjadi selama masa gestasi. Di bawah pengaruh stimulasi hormonal, terutama estrogen dan progesteron yang diproduksi oleh korpus luteum dan kemudian diambil alih oleh plasenta, organ-organ reproduksi mengalami remodeling struktural yang masif demi memfasilitasi tumbuh kembang janin

(Cholifah, 2022). Selain perkembangan organ reproduksi, kondisi fisik awal ibu juga sangat menentukan, di mana obesitas pra-kehamilan diidentifikasi sebagai determinan utama berat badan ibu hamil selama masa gestasi (Unknown, 2025). Uterus, yang pada kondisi tidak hamil merupakan organ pelvis padat berbobot sekitar 30 gram dengan kapasitas volume 10 mL, mengalami hipertrofi dan hiperplasia serabut miometrium hingga beratnya mencapai 1.000 gram dengan kapasitas tampung lebih dari 5 liter di akhir kehamilan. Perubahan ini juga disertai dengan pelunakan ismus uteri (tanda Hegar) dan perlunakan serviks (tanda Goodell) akibat peningkatan vaskularisasi serta edema interstitial (Rinata, 2019).

Dalam praktik klinis sehari-hari, seorang bidan dituntut untuk mampu menerapkan pemahaman tentang dinamika ukuran uterus ini untuk menentukan kesesuaian tumbuh kembang janin dengan usia kehamilan. Sebagai ilustrasi kasus di Puskesmas Tanjung Karang, Nusa Tenggara Barat, seorang bidan melakukan pengkajian antenatal pada seorang ibu multigravida (Munawarah, 2024). Melalui pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) menggunakan pita ukur McDonald, bidan menemukan bahwa TFU pasien pada usia kehamilan 28 minggu hanya mencapai 20 cm, yang berada di bawah persentil ke-10 kurva pertumbuhan normal. Dengan menerapkan pengetahuan fisiologi pertumbuhan uterus, bidan tersebut menentukan adanya deviasi pertumbuhan dan segera merencanakan pemeriksaan ultrasonografi (USG) penunjang untuk menapis risiko *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) atau oligohidramnion.

Sebaliknya, peningkatan ukuran uterus yang melebihi ekspektasi usia gestasi juga memerlukan analisis klinis yang cermat. Pada kasus kehamilan ganda, peregangan mekanis yang berlebihan pada serabut miometrium tidak hanya meningkatkan TFU secara signifikan, tetapi juga meningkatkan risiko persalinan prematur dan perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri (Nazilah, 2026). Selain uterus, perubahan pada vagina dan vulva yang ditandai dengan warna keunguan akibat hiperemia vaskular (tanda Chadwick) serta peningkatan produksi sekret vagina yang asam juga harus dipantau. Sekresi vagina yang sangat asam (pH 3,5 hingga 6) berfungsi sebagai barier protektif terhadap invasi bakteri patogen, namun sekaligus meningkatkan kerentanan ibu hamil terhadap infeksi jamur seperti *Candidiasis* vulvovaginal. Oleh karena itu, kemampuan bidan dalam mengidentifikasi batas normal perubahan reproduksi ini sangat krusial agar dapat memberikan asuhan kebidanan yang preventif dan melakukan kolaborasi tepat waktu sebelum timbul komplikasi patologis yang mengancam keselamatan ibu dan janin.

D. Perubahan Sistem Kardiovaskular dan Hematologi

Sistem kardiovaskular dan hematologi mengalami adaptasi dramatis guna memenuhi kebutuhan metabolik ibu yang meningkat serta menjamin perfusi uteroplacenta yang adekuat. Perubahan utama meliputi peningkatan volume darah total sebesar 30% hingga 50%, yang utamanya didorong oleh ekspansi volume plasma. Namun, ekspansi plasma ini tidak diimbangi secara proporsional by peningkatan massa sel darah merah yang hanya berkisar

antara 20% hingga 30%, sehingga memicu fenomena pengenceran darah yang dikenal sebagai hemodilusi fisiologis (Rosyidah, 2019). Konsep hemodilusi ini merupakan salah satu materi paling krusial yang harus dikuasai oleh mahasiswa kebidanan agar dapat membedakan antara anemia kehamilan normal dengan kondisi patologi hematologi yang membutuhkan terapi agresif.

Untuk mempermudah penapisan klinis terhadap parameter vital ini, berikut disajikan tabel komparatif mengenai perubahan nilai parameter kardiovaskular dan hematologi selama kehamilan.

Adaptasi sistem kardiovaskular dan hematologi selama kehamilan melibatkan perubahan signifikan pada volume darah, tekanan darah, dan curah jantung. Perubahan parameter klinis ini disajikan secara komparatif untuk memudahkan penapisan klinis.

Tabel 2.1 Perubahan Parameter Kardiovaskular dan Hematologi Utama pada Kehamilan

Parameter	Kondisi Normal (Tidak Hamil)	Kondisi Selama Kehamilan	Implikasi Klinis dalam Asuhan
Volume Plasma	2.600 mL	3.900 mL (Meningkat ~50%)	Menyebabkan hemodilusi fisiologis.
Curah Jantung	4,5 L/menit	6,0 L/menit (Meningkat 30-50%)	Meningkatkan beban kerja sirkulasi ibu.
Tekanan Darah	120/80 mmHg	Turun 5-10 mmHg di Trimester II	Risiko hipotensi ortostatik fisiologis.

Parameter	Kondisi Normal (Tidak Hamil)	Kondisi Selama Kehamilan	Implikasi Klinis dalam Asuhan
Kadar Hemoglobin	12,0 - 16,0 g/dL	> 11,0 g/dL (Trimester I & III) > 10,5 g/dL (Trimester II)	Batas ambang deteksi dini anemia (Arnianti, 2022).

Tabel 2.1 menunjukkan bahwa penurunan tekanan darah sistemik ringan dan penurunan kadar hemoglobin merupakan bagian dari adaptasi kardiovaskular yang normal. Pemahaman nilai rujukan ini mencegah bidan melakukan salah diagnosis dan memberikan dasar ilmiah dalam mendeteksi komplikasi kardiovaskular secara dini (Rosyidah, 2019).

Dalam praktik klinik di lapangan, kesalahan dalam menginterpretasikan data hematologi sering kali terjadi jika bidan tidak mengaitkannya dengan usia kehamilan. Sebagai contoh, di sebuah klinik bersalin di wilayah urban, seorang bidan mengkaji hasil laboratorium ibu hamil trimester kedua dengan kadar Hemoglobin (Hb) sebesar 10,7 g/dL. Tanpa pemahaman konsep hemodilusi, bidan tersebut mungkin akan langsung mendiagnosis ibu mengalami anemia defisiensi besi patologis berat. Namun, berdasarkan standar klasifikasi klinis terbaru, kadar Hb minimal pada trimester kedua adalah 10,5 g/dL (Arnianti, 2022). Dengan demikian, bidan dapat menyimpulkan bahwa kondisi tersebut merupakan hemodilusi fisiologis yang normal pada usia kehamilan tersebut, sehingga asuhan yang diberikan difokuskan pada pemeliharaan nutrisi seimbang dan edukasi kepatuhan konsumsi tablet tambah darah, bukan rujukan darurat yang tidak perlu.

⚠ PERHATIAN

Deteksi dini perubahan hemodinamik sangat vital karena kegagalan tubuh beradaptasi terhadap perubahan volume darah dapat memicu komplikasi fatal. Jika ekspansi volume darah tidak diikuti oleh penurunan resistensi vaskular sistemik secara adekuat, ibu berisiko tinggi mengalami sindrom hipertensi dalam kehamilan atau preeklampsia, yang hingga saat ini menjadi salah satu penyebab utama kematian ibu di Indonesia (Fitrilina, 2021). Selain itu, gangguan perfusi akibat anemia patologis yang tidak tertangani dengan baik juga terbukti berkorelasi kuat dengan gangguan pertumbuhan janin intrauteri (Haslan, 2022).

E. Perubahan Sistem Respirasi dan Pencernaan

Adaptasi pada sistem respirasi dan pencernaan selama kehamilan sangat dipengaruhi oleh perubahan mekanis akibat pembesaran uterus serta perubahan lingkungan hormonal tubuh. Pada sistem respirasi, pengaruh hormon progesteron secara langsung meningkatkan sensitivitas pusat pernapasan di otak terhadap karbon dioksida, yang memicu peningkatan volume tidal sebesar 30% hingga 40%. Hal ini mengakibatkan ibu hamil mengalami hiperventilasi ringan yang bertujuan untuk menurunkan kadar karbon dioksida dalam darah ibu, sehingga mempermudah transfer gas buang dari janin ke ibu melalui plasenta (Harjana, 2026). Secara mekanis, pertumbuhan uterus mendesak diafragma naik ke atas sekitar 4 cm, namun lingkaran dada ibu melebar untuk mengompensasi kapasitas paru agar volume paru total tetap terjaga.

Sementara itu, pada sistem pencernaan, peningkatan kadar progesteron menyebabkan relaksasi otot polos di seluruh saluran gastrointestinal. Dampak dari relaksasi ini adalah

penurunan motilitas usus dan perlambatan waktu pengosongan lambung, yang berujung pada keluhan umum seperti konstipasi dan perut kembung. Selain itu, relaksasi sfingter esofagus bagian bawah memungkinkan asam lambung naik kembali ke esofagus, memicu rasa panas di dada (*heartburn* atau *pyrosis*). Di sisi lain, peningkatan kadar estrogen memicu kongesti vaskular pada mukosa mulut, menyebabkan gusi menjadi lebih lunak, hiperemis, spongy, dan sangat rentan berdarah saat terkena trauma ringan seperti menyikat gigi.

Dalam mengimplementasikan rencana asuhan kebidanan guna mengatasi gangguan kenyamanan akibat perubahan ini, bidan harus mampu memberikan solusi non-farmakologis yang berbasis bukti. Sebagai contoh, dalam sebuah asuhan kebidanan komunitas di daerah pesisir, seorang bidan menghadapi ibu hamil trimester pertama yang mengeluhkan mual muntah (*morning sickness*) disertai gusi yang sering berdarah saat menyikat gigi. Merujuk pada konsep perubahan fisiologis pencernaan dan kesehatan mulut pada ibu hamil, bidan menyusun rencana asuhan yang komprehensif (Unknown, 2021). Bidan mengedukasi ibu untuk mengonsumsi makanan dalam porsi kecil tetapi sering untuk mencegah lambung kosong, menghindari makanan berlemak tinggi yang memperlambat pengosongan lambung (Yulianti Bisri, 2026), serta memodifikasi teknik kebersihan mulut dengan menggunakan sikat gigi berbulu sangat lembut dan menghindari berkumur dengan cairan antiseptik beralkohol tinggi.

i CATATAN

Penanganan keluhan gusi berdarah pada kehamilan sangat penting karena infeksi periodontal yang tidak dirawat dapat menjadi fokal infeksi sistemik yang memicu pelepasan prostaglandin inflamasi, yang secara klinis berhubungan dengan peningkatan risiko persalinan prematur dan berat badan lahir rendah. Melalui implementasi asuhan yang tepat, bidan tidak hanya memulihkan kenyamanan fisik ibu, tetapi juga mencegah komplikasi obstetri yang lebih serius.

F. Perubahan Sistem Perkemihan dan Muskuloskeletal

Sistem perkemihan dan muskuloskeletal beradaptasi secara sinergis untuk menopang beban fisik kehamilan yang terus bertambah seiring bertambahnya usia kehamilan. Pada sistem perkemihan, laju filtrasi glomerulus (GFR) meningkat hingga 50% akibat peningkatan aliran darah ginjal. Pengaruh hormon progesteron juga menyebabkan dilatasi pada pelvis ginjal dan ureter, yang dikombinasikan dengan tekanan mekanis dari uterus yang membesar, menimbulkan kondisi stasis urine. Stasis ini secara signifikan meningkatkan risiko infeksi saluran kemih (ISK) pada ibu hamil. Selain itu, pada trimester pertama dan ketiga, penekanan langsung bagian terendah janin atau uterus pada kandung kemih mengurangi kapasitas tampung organ tersebut, sehingga memicu keluhan sering berkemih yang sangat mengganggu kenyamanan istahat ibu.

Pada sistem muskuloskeletal, perubahan berpusat pada penyesuaian postur tubuh terhadap pergeseran pusat gravitasi ke arah depan akibat pembesaran abdomen. Untuk

mempertahankan keseimbangan tubuh saat berdiri dan berjalan, ibu hamil secara tidak sadar akan menarik bahu ke belakang dan melengkungkan tulang belakang bagian lumbal ke depan, suatu kondisi adaptif yang dikenal sebagai lordosis kompensatorik. Selain perubahan postur, sekresi hormon relaxin dan progesteron menyebabkan pelunakan pada jaringan ikat, ligamen, dan kartilago pelvis, termasuk simfisis pubis. Pelonggaran sendi ini sangat penting untuk memperluas diameter jalan lahir saat persalinan nanti (K, 2019), tetapi selama masa kehamilan, kondisi ini sering kali menimbulkan rasa tidak stabil pada panggul serta nyeri punggung bawah yang mengganggu kualitas hidup ibu.

Untuk meredakan keluhan fisik akibat perubahan ini, seorang bidan dituntut untuk mampu mendemonstrasikan latihan mekanika tubuh (*body mechanics*) dan senam hamil secara aktif kepada pasien.

CONTOH

Pada kelas ibu hamil di Puskesmas Batujajar, Kabupaten Bandung Barat, seorang bidan memimpin sesi latihan fisik mandiri untuk mengatasi nyeri punggung bawah yang dilaporkan oleh sebagian besar ibu hamil trimester ketiga (Unknown, 2025). Bidan tersebut mendemonstrasikan gerakan *pelvic tilt* (panggul digoyang) dalam posisi merangkak untuk meregangkan otot-otot lumbal, serta mengajarkan cara bangun dari tempat tidur yang benar—yaitu miring terlebih dahulu ke salah satu sisi, lalu menggunakan kekuatan lengan untuk mendorong tubuh ke posisi duduk sebelum berdiri. Latihan ini terbukti efektif menurunkan skala nyeri punggung bawah secara signifikan dan meningkatkan kualitas tidur ibu hamil (Unknown, 2025). Melalui edukasi mekanika tubuh yang konsisten, bidan memberdayakan ibu hamil untuk menjalani masa gestasi dengan tingkat kenyamanan yang optimal dan risiko cedera muskuloskeletal yang minimal.

G. Perubahan Psikologis pada Kehamilan

Kehamilan bukan sekadar peristiwa biologis murni, melainkan sebuah fase transisi kehidupan yang menuntut adaptasi psikologis yang mendalam dari seorang perempuan. Setiap trimester kehamilan membawa karakteristik respon emosional yang khas dan dinamis. Pada trimester pertama, respon psikologis sering kali didominasi oleh rasa ambivalensi, kecemasan akan kemampuan menjadi orang tua, serta ketidakstabilan emosi akibat fluktuasi hormon estrogen dan progesteron yang memengaruhi neurotransmitter otak. Memasuki trimester kedua, seiring meredanya keluhan fisik seperti mual dan muntah, serta mulai dirasakannya gerakan janin (*quickening*), ibu biasanya mulai memasuki fase penerimaan realitas janin sebagai individu yang terpisah dari dirinya. Fase ini sering digambarkan sebagai periode keemasan secara psikologis karena tingkat kecemasan ibu cenderung menurun dan fokus perhatian beralih pada persiapan peran baru (Indayani, 2019).

Namun, pada trimester ketiga, kecemasan kembali meningkat secara eksponensial. Fokus emosional ibu bergeser pada kekhawatiran terhadap proses persalinan, rasa takut akan nyeri melahirkan, keselamatan bayi yang dikandungnya, serta kecemasan terhadap perubahan bentuk tubuh pascapersalinan. Ibu juga kerap mengalami sindrom *nesting*, yaitu dorongan emosional yang kuat untuk membersihkan dan mempersiapkan rumah demi menyambut kehadiran bayi baru lahir. Kegagalan adaptasi psikologis pada fase ini tidak hanya meningkatkan risiko depresi antenatal, tetapi juga berdampak buruk pada proses persalinan, karena kecemasan yang tinggi memicu pelepasan hormon

katekolamin yang dapat menghambat kontraksi uterus teratur dan memperpanjang kala persalinan.

Dalam menghadapi fase transisi psikologis ini, bidan harus mampu menerapkan teknik komunikasi terapeutik yang adaptif dan memberikan dukungan emosional yang holistik. Sebagai contoh asuhan, di sebuah Praktik Mandiri Bidan di Kabupaten Bantul, Yogyakarta, seorang bidan menghadapi ibu primigravida trimester ketiga yang menangis histeris karena takut menghadapi persalinan (Zubaidah, 2025). Bidan tersebut menerapkan teknik mendengar aktif, melakukan kontak mata yang hangat, memvalidasi ketakutan pasien tanpa menghakimi, serta menggunakan media lembar balik yang informatif untuk menjelaskan proses persalinan secara bertahap dan menenangkan. Bidan juga memfasilitasi keterlibatan suami dan menyarankan pendampingan oleh *doula* untuk memberikan dukungan emosional terus-menerus selama proses persalinan (Ulya, 2026). Dengan menciptakan lingkungan asuhan yang suportif dan informatif, bidan membantu menurunkan kadar kecemasan ibu hamil, meningkatkan efikasi diri, dan memastikan transisi emosional yang sehat menuju peran keibuan (Mose, 2026). Kesiapan psikologis ini juga menjadi modalitas penting dalam mempersiapkan ibu menghadapi fase pascapersalinan, sejalan dengan pentingnya asuhan kebidanan yang komprehensif pada masa nifas dan menyusui (Nurul Azizah, 2019).

H. Rangkuman

Adaptasi fisiologis selama kehamilan merupakan respons sistemik tubuh ibu yang melibatkan perubahan anatomis dan fungsional secara radikal demi menjamin kelangsungan hidup

serta tumbuh kembang janin secara optimal. Pada sistem reproduksi, uterus mengalami transformasi luar biasa dari organ pelvis kecil seberat 30 gram menjadi rongga fungsional berkapasitas lima liter melalui hipertrofi dan hiperplasia miometrium, disertai pelunakan serviks serta peningkatan vaskularisasi vagina yang memunculkan tanda Chadwick. Dinamika ini menuntut ketajaman klinis bidan dalam mengukur tinggi fundus uteri secara akurat guna mengidentifikasi deviasi pertumbuhan janin seperti hambatan pertumbuhan intrauterin maupun mengantisipasi risiko regangan miometrium berlebih pada kehamilan ganda sejak dini. Sementara itu, sistem kardiovaskular menghadapi tantangan peningkatan beban sirkulasi akibat ekspansi volume plasma yang melebihi pertambahan massa sel darah merah, sehingga menciptakan kondisi hemodilusi fisiologis yang sering disalahartikan sebagai anemia patologis. Oleh karena itu, bidan dituntut memahami batas ambang hemoglobin spesifik trimester untuk menegaskan diagnosis yang tepat demi mencegah komplikasi berat seperti preeklampsia atau gangguan perfusi plasenta. Perubahan hormonal, khususnya dominasi hormon progesteron, tidak hanya memengaruhi sensitivitas pusat pernapasan yang memicu hiperventilasi ringan untuk menunjang transfer gas janin-ibu, melainkan juga merelaksasi otot polos saluran pencernaan yang berimplikasi pada penurunan motilitas usus, perlambatan waktu pengosongan lambung, hingga timbulnya keluhan ketidaknyamanan umum seperti konstipasi dan sensasi panas di dada. Pemahaman mendalam, sistematis, dan integratif terhadap seluruh konstelasi perubahan fisiologis ini menjadi fondasi krusial bagi bidan dalam merumuskan asuhan kebidanan yang bersifat

preventif, membedakan batas normalitas dengan tanda bahaya patologis, serta menentukan waktu kolaborasi interprofesional yang tepat demi menjaga keselamatan ibu dan janin.

I. Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana keterkaitan antara kegagalan remodeling struktural uterus dengan risiko terjadinya hambatan pertumbuhan janin intrauterin pada usia kehamilan 28 minggu berdasarkan pengukuran tinggi fundus uteri yang tidak sesuai dengan usia gestasi.
2. Telaah konsekuensi patofisiologis dari peregangan mekanis yang berlebihan pada serabut miometrium pada kehamilan ganda terhadap risiko komplikasi persalinan, serta rumuskan langkah preventif yang dapat diambil oleh seorang bidan dalam asuhan antenatal.
3. Bandingkan mekanisme terjadinya hemodilusi fisiologis dengan anemia defisiensi besi patologis pada ibu hamil trimester kedua, serta evaluasi implikasi klinis dari kesalahan diagnosis yang dilakukan bidan terhadap manajemen asuhan dan keselamatan ibu hamil.
4. Analisis hubungan sebab-akibat antara kegagalan adaptasi sirkulasi ibu, khususnya kegagalan penurunan resistensi vaskular sistemik di tengah ekspansi volume darah yang masif, terhadap risiko patogenesis sindrom hipertensi dalam kehamilan atau preeklampsia.
5. Evaluasi bagaimana peningkatan kadar hormon progesteron secara simultan menguntungkan sistem respirasi janin melalui mekanisme hiperventilasi ibu,

namun di sisi lain menimbulkan ketidaknyamanan mekanis dan fisiologis pada sistem pencernaan ibu hamil.

b. Pilihan Berganda

1. Peningkatan volume uterus pada akhir kehamilan terjadi akibat proses fisiologis pada serabut miometrium, yaitu...
 - a. hipertrofi dan metaplasia
 - b. hiperplasia dan neoplasia
 - c. hipertrofi dan hiperplasia
 - d. atrofi dan displasia
 - e. distensi mekanis murni tanpa perubahan seluler
2. Seorang bidan melakukan pemeriksaan pada ibu hamil dan menemukan adanya perubahan warna keunguan pada vagina dan vulva akibat hiperemia vaskular. Tanda klinis ini dikenal sebagai...
 - a. Tanda Hegar
 - b. Tanda Goodell
 - c. Tanda Chadwick
 - d. Tanda Piskacek
 - e. Tanda Braxton Hicks
3. Lingkungan vagina pada masa kehamilan cenderung sangat asam dengan kisaran pH 3,5 hingga 6. Dampak ganda dari kondisi fisiologis ini bagi kesehatan ibu adalah...
 - a. mempermudah infeksi bakteri dan menekan pertumbuhan jamur
 - b. melindungi dari bakteri patogen tetapi meningkatkan kerentanan terhadap candidiasis
 - c. meningkatkan risiko infeksi saluran kemih dan mencegah keputihan

- d. merusak flora normal vagina dan memicu pertumbuhan parasit
 - e. menurunkan sekresi cairan vagina dan memicu iritasi mekanis
4. Pada kehamilan trimester kedua, seorang bidan mengukur tinggi fundus uteri pada usia gestasi 28 minggu dan mendapatkan hasil 20 cm. Langkah analisis klinis awal yang paling tepat adalah...
- a. mendiagnosis ibu mengalami kehamilan ganda
 - b. menapis risiko hambatan pertumbuhan janin atau oligohidramnion karena tinggi fundus berada di bawah persentil ke-10
 - c. menyimpulkan kondisi tersebut sebagai variasi normal tanpa penanganan lebih lanjut
 - d. segera merujuk ibu untuk induksi persalinan karena gawat janin
 - e. memberikan terapi tablet tambah darah dosis ganda untuk meningkatkan ukuran uterus
5. Mengapa ekspansi volume darah pada ibu hamil menyebabkan fenomena hemodilusi fisiologis?
- a. jumlah sel darah merah menurun secara absolut selama trimester kedua
 - b. peningkatan volume plasma jauh lebih besar dibanding peningkatan massa sel darah merah
 - c. laju destruksi sel darah merah meningkat akibat beban kerja jantung
 - d. penyerapan zat besi di usus mengalami penurunan ekstrem akibat pengaruh progesteron

- e. terjadi kebocoran plasma ke ruang interstitial secara masif
6. Berapakah batas minimal kadar hemoglobin normal pada ibu hamil trimester kedua menurut standar penapisan klinis terbaru?
- a. 11,5 g/dL
 - b. 11,0 g/dL
 - c. 10,5 g/dL
 - d. 10,0 g/dL
 - e. 9,5 g/dL
7. Jika ekspansi volume darah selama kehamilan tidak diimbangi dengan penurunan resistensi vaskular sistemik yang adekuat, maka komplikasi yang paling berisiko terjadi pada ibu adalah...
- a. anemia defisiensi besi
 - b. diabetes melitus gestasional
 - c. sindrom preeklampsia
 - d. hipotensi ortostatik
 - e. atonia uteri pascapersalinan
8. Berdasarkan perubahan sistem respirasi, pengaruh hormon progesteron memicu terjadinya hiperventilasi ringan pada ibu hamil dengan tujuan...
- a. meningkatkan kapasitas vital paru ibu secara drastis
 - b. mencegah terjadinya alkalosis respiratorik pada janin
 - c. menurunkan kadar karbon dioksida darah ibu untuk mempermudah transfer gas buang dari janin
 - d. mengompensasi penyempitan lingkaran dada akibat desakan uterus ke atas

- e. meminimalkan pengeluaran oksigen melalui ekspirasi
9. Perubahan mekanis pada rongga dada akibat pembesaran uterus yang mendesak diafragma ke atas sebesar 4 cm diimbangi oleh tubuh dengan cara...
- a. penurunan volume tidal pernapasan secara konstan
 - b. melebarnya lingkaran dada ibu agar volume paru total tetap terjaga
 - c. penurunan frekuensi pernapasan secara signifikan
 - d. penutupan sebagian saluran pernapasan atas secara fisiologis
 - e. peningkatan kapasitas residu fungsional paru secara drastis
10. Relaksasi otot polos pada saluran gastrointestinal selama kehamilan yang dipengaruhi oleh hormon progesteron berakibat pada keluhan...
- a. peningkatan gerakan peristaltik usus yang menyebabkan diare kronis
 - b. sekresi berlebih enzim pencernaan yang memicu tukak lambung
 - c. perlambatan pengosongan lambung dan esofagus yang memicu heartburn dan konstipasi
 - d. penyempitan esofagus yang mempersulit proses menelan makanan
 - e. peningkatan absorpsi air di lambung sehingga feses menjadi sangat cair

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Ny. A, 28 tahun, G2P1A0, hamil 28 minggu, datang ke Puskesmas untuk kunjungan antenatal rutin. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan kondisi umum baik, namun pengukuran Tinggi Fundus Uteri menggunakan pita ukur McDonald menunjukkan hasil 20 cm. Ny. A menyatakan bahwa gerakan janin masih dirasakan aktif, namun ia khawatir karena perutnya terlihat lebih kecil dibanding kehamilan pertamanya pada usia yang sama. Hasil laboratorium menunjukkan kadar Hb 11,2 g/dL. Sebagai seorang bidan, lakukan analisis mendalam terhadap kesenjangan ukuran tinggi fundus uteri dengan usia gestasi pada kasus Ny. A. Tentukan diagnosis banding yang mungkin terjadi, jelaskan mekanisme fisiologis yang mendasarinya, serta rumuskan rencana asuhan dan kolaborasi klinis yang harus segera dilakukan.
2. Ny. B, 32 tahun, G1P0A0, hamil 20 minggu, datang ke klinik kebidanan dengan membawa hasil laboratorium darah tepi. Hasil pemeriksaan menunjukkan kadar Hemoglobin Ny. B adalah 10,7 g/dL. Ny. B merasa sangat cemas karena membaca di internet bahwa kadar Hb normal wanita dewasa adalah di atas 12 g/dL, sehingga ia takut bayinya mengalami kecacatan atau keguguran akibat anemia. Tekanan darah Ny. B terpantau 110/70 mmHg. Lakukan analisis terhadap hasil laboratorium tersebut dengan mengaitkannya pada konsep adaptasi kardiovaskular dan hematologi selama kehamilan. Susunlah strategi komunikasi terapeutik dan edukasi fisiologis yang tepat untuk meredakan kecemasan Ny. B, serta rumuskan rencana asuhan nutrisi yang sesuai tanpa menimbulkan intervensi medis berlebihan.

BAB 3

KEBUTUHAN DASAR PADA KEHAMILAN

A. CAPAIAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep kebutuhan dasar ibu selama kehamilan sebagai bagian dari upaya mempertahankan kesehatan ibu dan janin.
2. Menjelaskan kebutuhan nutrisi ibu hamil sesuai usia kehamilan dan kondisi kesehatan ibu.
3. Menjelaskan pentingnya kebutuhan cairan, eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas fisik, serta olahraga yang aman selama kehamilan.
4. Menjelaskan kebutuhan personal hygiene, pakaian, perawatan payudara, kesehatan gigi dan mulut, serta imunisasi pada ibu hamil.
5. Menjelaskan kebutuhan seksual, psikologis, spiritual, dan dukungan keluarga selama kehamilan.
6. Memberikan edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan serta persiapan persalinan sebagai bagian dari pemenuhan kebutuhan dasar ibu hamil.

Indikator Keberhasilan :

Mahasiswa dinyatakan telah mencapai pembelajaran apabila mampu:

- a. Menjelaskan seluruh kebutuhan dasar ibu hamil secara komprehensif.
- b. Membedakan kebutuhan ibu hamil berdasarkan trimester kehamilan.
- c. Mengidentifikasi faktor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan dasar ibu hamil.
- d. Menyusun rencana edukasi kesehatan mengenai kebutuhan dasar kehamilan.
- e. Menerapkan prinsip asuhan kebidanan yang aman, efektif, berpusat pada ibu (woman-centered care), dan berbasis bukti ilmiah dalam pemenuhan kebutuhan dasar selama kehamilan.

Capaian pembelajaran ini diharapkan membekali mahasiswa dengan pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional sehingga mampu memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif dalam memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil guna mendukung kesehatan ibu dan janin.

B. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang dimulai dari fertilisasi antara sperma dan ovum hingga berkembangnya janin di dalam rahim. Proses ini menyebabkan berbagai perubahan dan adaptasi pada ibu, baik secara fisiologis, psikologis, maupun sosial. Selama masa kehamilan, ibu mengalami perubahan pada berbagai sistem tubuh yang memerlukan penyesuaian agar kesehatan ibu dan janin tetap terjaga. Oleh karena itu, pemenuhan kebutuhan

dasar ibu hamil menjadi aspek penting dalam asuhan kehamilan. Kebutuhan tersebut meliputi pemenuhan oksigen, nutrisi yang adekuat, kebersihan diri (*personal hygiene*), penggunaan pakaian yang sesuai, eliminasi, seksualitas yang aman, mobilisasi, penerapan mekanika tubuh yang benar (*body mechanics*), latihan fisik atau senam hamil, istirahat dan tidur yang cukup, imunisasi sesuai rekomendasi, perhatian terhadap keamanan selama bepergian (*traveling*), serta pengaturan aktivitas sehari-hari di dalam maupun di luar rumah (Oktavia & Lubis, 2024)

Kebutuhan Fisik Ibu Hamil :

a. Oksigen

Oksigen merupakan komponen esensial yang dibutuhkan tubuh untuk menunjang metabolisme sel, menjaga fungsi fisiologis, dan mendukung aktivitas seluruh organ. Pada masa kehamilan, kebutuhan oksigen meningkat dari sekitar 500 ml menjadi 700 ml dan cenderung tetap pada setiap trimester kehamilan. Peningkatan tersebut merupakan adaptasi fisiologis normal yang terjadi untuk memenuhi kebutuhan metabolik ibu sekaligus mendukung pertumbuhan, perkembangan, dan kelangsungan hidup janin.

Faktor-faktor yang dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu hamil meliputi :

- 1) Aktivitas fisik yang berlebihan sehingga dapat menurunkan efektivitas penyerapan oksigen oleh tubuh.
- 2) Asupan gizi yang tidak adekuat, yang mengakibatkan berkurangnya energi untuk

mendukung sirkulasi darah serta distribusi oksigen ke uterus dan janin.

- 3) Kondisi psikologis, terutama stres dan gangguan emosional, yang dapat memengaruhi proses fisiologis selama kehamilan sehingga berpotensi menghambat pemenuhan kebutuhan oksigen.

Kebutuhan oksigen pada ibu selama kehamilan meliputi:

- 1) Pada trimester pertama, kebutuhan oksigen ibu hamil umumnya masih sebanding dengan kondisi sebelum kehamilan. Meskipun demikian, ibu dianjurkan untuk berada di lingkungan dengan sirkulasi udara yang baik agar memperoleh udara segar yang dapat mendukung proses pernapasan dan kesehatan ibu maupun janin.
- 2) Memasuki trimester kedua, kebutuhan oksigen mulai meningkat seiring dengan pertumbuhan janin dan perubahan fisiologis pada ibu. Untuk mendukung proses pengangkutan oksigen ke seluruh jaringan tubuh, ibu hamil perlu memenuhi kebutuhan zat besi melalui konsumsi tablet tambah darah. Sesuai rekomendasi, ibu hamil dianjurkan mengonsumsi sedikitnya 90 tablet tambah darah selama masa kehamilan dengan dosis satu tablet setiap hari.
- 3) Pada trimester ketiga, kebutuhan oksigen tetap meningkat karena perkembangan janin yang semakin pesat. Ibu hamil dianjurkan melakukan aktivitas fisik ringan, seperti berjalan santai

pada pagi hari. Kegiatan ini membantu memperoleh udara segar, meningkatkan sirkulasi oksigen, meregangkan otot-otot tubuh, serta memberikan paparan sinar matahari pagi yang bermanfaat bagi kesehatan ibu dan janin.

Oksigen yang dibutuhkan oleh ibu hamil sebaiknya berasal dari lingkungan dengan kualitas udara yang baik, yaitu udara yang bersih, segar, bebas dari polusi dan berbagai kontaminan, serta tidak memiliki bau yang dapat mengganggu kenyamanan maupun kesehatan ibu hamil.

(Oktavia & Lubis, 2024).

Upaya yang dapat dilakukan ibu hamil untuk memenuhi kebutuhan oksigen selama kehamilan meliputi:

- 1) Melakukan latihan pernapasan, seperti melalui senam hamil, untuk meningkatkan kapasitas paru dan efisiensi pertukaran oksigen.
- 2) Menggunakan bantal yang lebih tinggi saat tidur agar posisi tubuh lebih nyaman dan proses pernapasan menjadi lebih optimal.
- 3) Mengonsumsi makanan dalam porsi yang tidak berlebihan guna menghindari tekanan pada diafragma yang dapat mengganggu pernapasan.
- 4) Menghindari atau menghentikan kebiasaan merokok karena dapat menurunkan suplai oksigen bagi ibu maupun janin.
- 5) Berkonsultasi dengan tenaga kesehatan apabila mengalami gangguan atau kelainan pada sistem pernapasan, seperti asma atau penyakit

pernapasan lainnya, agar memperoleh penanganan yang tepat.

- 6) Menerapkan posisi tidur miring ke kiri karena posisi ini membantu meningkatkan perfusi uteroplasenta dan oksigenasi janin dengan mengurangi tekanan pada vena kava inferior, sehingga dapat mencegah terjadinya hipotensi pada posisi terlentang (supine hypotension syndrome) (Zahara, 2022).

b. Nutrisi

Selama masa kehamilan, pemenuhan kebutuhan gizi ibu perlu mendapatkan perhatian khusus melalui konsumsi makanan bergizi berkualitas, yang tidak selalu identik dengan harga yang mahal. Kebutuhan energi ibu hamil meningkat sekitar 300 kkal per hari untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta perubahan fisiologis pada ibu. Oleh karena itu, ibu hamil dianjurkan mengonsumsi makanan bergizi seimbang yang mengandung protein, zat besi, vitamin, mineral, serta mencukupi kebutuhan cairan setiap hari (Nurhidayah et al., 2022).

Berikut ini disajikan kebutuhan asupan makanan harian bagi wanita tidak hamil, ibu hamil, dan ibu menyusui sebagai acuan dalam pemenuhan kebutuhan gizi :

Tabel 3. 1. Kebutuhan Energi Harian pada Wanita

Kalori dan zat makanan	Tidak hamil	Hamil	Menyusui
Kalori	2000	2300	3000
Protein	55 gr	65 gr	80 gr
Kalsium	0,5 gr	19 gr	19 gr
Zat besi	12 gr	17 gr	17 gr
Vitamin A	5000 IU	6000 IU	7000 IU
Vitamin D	400 IU	600 IU	800 IU
Vitamin C	60 mg	90 mg	90 mg

(Oktavia & Lubis, 2024).

Berdasarkan hasil penelitian, suplementasi zat besi selama kehamilan berhubungan dengan penurunan risiko kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) (<2.500 gram). Bayi yang dilahirkan oleh ibu yang memperoleh suplementasi zat besi memiliki rata-rata berat badan lahir 30,81 gram lebih tinggi dibandingkan bayi dari ibu yang tidak mengonsumsi suplemen tersebut. Selain berkontribusi terhadap peningkatan berat badan lahir, suplementasi zat besi juga efektif dalam menurunkan kejadian anemia pada ibu hamil serta meningkatkan kadar hemoglobin selama masa kehamilan (Pena-Rosas et al, 2014).

Bukti ilmiah yang berkembang menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan gizi selama kehamilan dan masa menyusui merupakan faktor esensial dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta menghasilkan keturunan yang sehat. Berbagai zat gizi, seperti DHA, vitamin D, asam folat, dan yodium, memiliki peran krusial dalam proses pembentukan dan perkembangan otak serta sistem saraf pusat. Defisiensi zat gizi tersebut pada periode kritis perkembangan telah terbukti meningkatkan risiko terjadinya berbagai gangguan fungsional yang dapat berdampak terhadap kesehatan dan kemampuan perkembangan anak di kemudian hari.

Asupan asam dokosaheksaenoat (DHA) yang memadai selama masa kehamilan dan menyusui berperan penting dalam pembentukan membran sel otak serta perkembangan sistem saraf pusat janin secara optimal. Kecukupan DHA juga mendukung pertumbuhan janin yang sehat, yang ditunjukkan melalui peningkatan berat lahir, lingkaran kepala, dan panjang badan saat lahir. Berbagai penelitian intervensi menunjukkan bahwa suplementasi DHA dapat memperpanjang usia kehamilan, terutama pada kehamilan berisiko tinggi, serta meningkatkan luaran kelahiran, seperti berat badan, lingkaran kepala, dan panjang badan bayi. Selain itu, suplementasi DHA dikaitkan dengan peningkatan perkembangan neurokognitif anak, termasuk koordinasi tangan-mata hingga usia 2,5 tahun, ketajaman penglihatan, efisiensi pemusatan

perhatian, luaran neurologis yang lebih baik hingga usia 5,5 tahun, serta peningkatan kemampuan pemrosesan informasi, pemecahan masalah, dan inteligensi (IQ) hingga usia 7 tahun. Suplementasi DHA juga dilaporkan dapat menurunkan risiko keterlambatan perkembangan pada anak.

Vitamin D memiliki fungsi esensial dalam regulasi diferensiasi sel dan apoptosis yang berpengaruh terhadap pertumbuhan tulang janin, perkembangan sistem kekebalan tubuh, serta maturasi otak. Bukti dari penelitian praklinis menunjukkan bahwa defisiensi vitamin D pada ibu selama kehamilan dapat menyebabkan perubahan struktur otak pada keturunannya yang menetap hingga masa dewasa. Kondisi tersebut dikaitkan dengan gangguan fungsi kognitif, peningkatan sensitivitas terhadap faktor pemicu psikosis, dan kelainan pola motorik. Selain itu, berbagai studi epidemiologis melaporkan bahwa status vitamin D ibu yang rendah berhubungan dengan meningkatnya risiko preeklampsia berat, keguguran, kelahiran bayi dengan berat lahir rendah, bayi kecil sesuai usia kehamilan (small for gestational age), hipokalsemia neonatal yang disertai kejang, serta kemungkinan peningkatan risiko gangguan neuropsikiatri, termasuk skizofrenia, pada anak.

Asam folat memiliki peran penting dalam proses pembelahan sel, sintesis asam amino, dan pembentukan asam nukleat. Nutrisi ini sangat diperlukan untuk mendukung perkembangan

normal tulang belakang, otak, dan tengkorak janin, terutama pada empat minggu pertama kehamilan. Kecukupan asupan asam folat pada periode tersebut terbukti efektif dalam mencegah terjadinya cacat tabung saraf (*neural tube defects*), seperti spina bifida dan anensefali. Berbagai penelitian yang telah dilakukan selama beberapa dekade menunjukkan manfaat suplementasi asam folat dalam menurunkan risiko cacat tabung saraf, sehingga pemberian suplemen asam folat bagi wanita usia reproduksi dan ibu hamil kini menjadi rekomendasi yang diterima secara luas di tingkat internasional. Selain itu, yodium merupakan mikronutrien esensial yang diperlukan untuk sintesis hormon tiroid, yang berperan penting dalam pertumbuhan serta perkembangan otak dan sistem saraf janin selama kehamilan. Suplementasi pada ibu hamil yang mengandung *docosahexaenoic acid* (DHA), vitamin D, asam folat, dan yodium dalam jumlah yang sesuai dengan rekomendasi dinilai aman dan bermanfaat, terutama pada populasi yang masih mengalami kekurangan zat gizi tersebut. Pemenuhan kebutuhan mikronutrien ini berpotensi mengurangi risiko gangguan perkembangan otak dan sistem saraf pusat serta mendukung perkembangan fungsi kognitif yang lebih optimal pada generasi berikutnya (Morse, 2012).

c. *Personal Hygiene.*

Menurut (Oktavia & Lubis, 2024) *personal hygiene* merupakan tindakan menjaga kebersihan

diri untuk mempertahankan kesehatan. Pada masa kehamilan, *personal hygiene* yang dilakukan diantaranya nya :

1. Perawatan gigi.

Kesehatan gigi yang terpelihara berperan dalam menunjang proses pencernaan yang baik. Perawatan tersebut mencakup penambalan gigi yang mengalami kerusakan, pengobatan terhadap infeksi gigi, serta pencegahan karies melalui kebiasaan menyikat gigi secara rutin, berkumur dengan air setelah mengonsumsi makanan atau minuman, dan menggunakan obat kumur yang bersifat basa untuk membantu menjaga kebersihan rongga mulut.

2. Mandi

- 1) Meningkatkan sirkulasi darah
- 2) Memberikan rasa segar dan meningkatkan kenyamanan tubuh.
- 3) Membantu membersihkan kotoran pada tubuh dengan tetap memperhatikan kebersihan dan keamanan selama proses pembersihan.

3. Perawatan rambut.

Perawatan rambut dilakukan dengan menjaga kebersihannya melalui keramas secara teratur, yaitu sekitar 2–3 kali dalam seminggu.

4. Payudara

Puting susu sebaiknya dibersihkan secara teratur untuk menjaga kebersihan dan

kesehatannya. Kurangnya perawatan kebersihan dapat menyebabkan timbulnya eksim pada puting susu maupun jaringan di sekitarnya.

5. Perawatan vagina/ vulva.

Ibu hamil tidak dianjurkan melakukan irigasi (douching) vagina kecuali atas anjuran tenaga kesehatan atau dokter. Tindakan tersebut selama kehamilan berisiko menyebabkan emboli udara yang dapat membahayakan ibu maupun janin. Oleh karena itu, kebersihan area genital perlu dijaga dengan memperhatikan beberapa hal berikut :

- 1) Menggunakan celana dalam yang selalu bersih dan dalam kondisi kering.
- 2) Tidak memasukkan atau menyemprotkan obat maupun cairan apa pun ke dalam vagina tanpa rekomendasi dokter atau tenaga Kesehatan.
- 3) Setelah buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), area genital dibersihkan menggunakan lap atau tisu bersih dengan cara yang benar untuk menjaga kebersihan dan mencegah infeksi.

6. Perawatan kuku.

Kuku sebaiknya selalu dijaga dalam keadaan bersih dan dipotong pendek sebagai bagian dari upaya menjaga kebersihan diri selama kehamilan. Kuku yang bersih dapat mengurangi penumpukan kotoran, debu, dan mikroorganisme seperti bakteri maupun

jamur yang berpotensi menjadi sumber infeksi. Sementara itu, menjaga kuku tetap pendek memudahkan proses pembersihan, mencegah penumpukan kuman di bawah kuku, serta mengurangi risiko melukai kulit saat menggaruk, terutama ketika ibu hamil mengalami gatal akibat perubahan hormonal atau peregangan kulit. Selain itu, kebersihan kuku yang baik juga membantu mencegah perpindahan kuman ke makanan atau ke area tubuh lain sehingga dapat mendukung kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan.

7. Perawatan kesehatan mulut dan gigi.
Perawatan kesehatan mulut dan gigi merupakan salah satu aspek penting yang perlu diperhatikan selama kehamilan. Perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan dapat meningkatkan risiko berbagai masalah kesehatan gigi dan mulut, seperti radang gusi (gingivitis) dan karies gigi. Risiko gigi berlubang juga dapat meningkat, terutama apabila asupan kalsium dan zat gizi lainnya tidak mencukupi serta kebersihan mulut kurang terjaga. Selain itu, keluhan mual dan muntah (*morning sickness*) yang sering dialami pada trimester pertama dapat menyebabkan ibu enggan menyikat gigi atau mengalami peningkatan paparan asam lambung pada permukaan gigi. Kondisi tersebut dapat

memperburuk kebersihan mulut, mengikis lapisan email gigi, dan meningkatkan risiko terjadinya karies maupun gangguan kesehatan gigi lainnya.

Oleh karena itu, ibu hamil perlu menjaga kebersihan dan kesehatan mulut secara optimal sebagai upaya mencegah infeksi serta mempertahankan kesehatan ibu dan janin. Berikut beberapa tips yang dapat dilakukan untuk merawat kesehatan mulut dan gigi selama kehamilan :

- 1) Menyikat gigi secara teratur minimal dua kali sehari menggunakan pasta gigi berfluoride.
- 2) Membersihkan sela-sela gigi dengan benang gigi (*dental floss*) atau sikat interdental untuk mengurangi penumpukan plak.
- 3) Berkumur dengan air putih setelah muntah, kemudian menunggu sekitar 30 menit sebelum menyikat gigi untuk melindungi email gigi dari pengikisan akibat asam lambung.
- 4) Mengonsumsi makanan bergizi seimbang yang kaya kalsium, fosfor, vitamin D, dan vitamin C untuk mendukung kesehatan gigi dan gusi.
- 5) Membatasi konsumsi makanan dan minuman yang tinggi gula karena dapat meningkatkan risiko karies.

- 6) Memperbanyak minum air putih untuk membantu menjaga kelembapan rongga mulut dan merangsang produksi air liur.
- 7) Melakukan pemeriksaan gigi secara rutin selama kehamilan, terutama bila terdapat keluhan seperti nyeri gigi, gusi berdarah, atau pembengkakan.

d. Pakaian

Ibu hamil dianjurkan mengenakan pakaian yang nyaman, longgar, mudah menyerap keringat, serta mudah dicuci agar kebersihan dan kenyamanan tetap terjaga. Sebaiknya pakaian tidak menggunakan sabuk, ikat pinggang, atau pita yang memberikan tekanan pada perut maupun pergelangan tangan. Selain itu, pakaian yang terlalu ketat, terutama pada bagian leher, juga perlu dihindari karena dapat menimbulkan rasa tidak nyaman.

Penggunaan stoking atau kaus kaki yang terlalu ketat tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah, sehingga berpotensi memperburuk keluhan seperti pembengkakan pada tungkai. Ibu hamil juga disarankan memakai sepatu yang sesuai ukuran kaki, nyaman, memiliki alas yang stabil, dan tidak licin. Sebaliknya, penggunaan sepatu hak tinggi atau sepatu dengan ujung yang terlalu sempit sebaiknya dihindari karena dapat mengganggu keseimbangan tubuh serta meningkatkan risiko terjatuh selama kehamilan.

1. Bra (BH).

Selama kehamilan, ukuran payudara akan bertambah sebagai persiapan proses menyusui. Oleh karena itu, ibu hamil dianjurkan menggunakan bra yang sesuai dengan ukuran payudara, memiliki penyangga yang baik, serta tidak terlalu ketat. Penggunaan bra yang tepat dapat memberikan kenyamanan, menopang payudara yang semakin berat, mengurangi keluhan nyeri punggung, serta mempermudah ibu dalam mempersiapkan proses menyusui setelah persalinan.

2. Korset atau Penyangga Perut.

Korset khusus ibu hamil atau maternity support belt dapat digunakan untuk membantu menopang perut, mengurangi beban pada punggung bawah, dan meningkatkan kenyamanan pada sebagian ibu hamil, terutama pada usia kehamilan lanjut. Alat ini dirancang untuk memberikan dukungan pada bagian bawah perut dan daerah pinggang tanpa memberikan tekanan langsung pada rahim.

Namun, penggunaannya sebaiknya disesuaikan dengan kebutuhan dan atas anjuran tenaga kesehatan. Korset yang terlalu ketat atau digunakan secara tidak tepat dapat menimbulkan rasa tidak nyaman, menghambat sirkulasi darah, serta

memberikan tekanan yang tidak diinginkan pada area perut. Oleh karena itu, ibu hamil tidak dianjurkan menggunakan korset yang bersifat mengencangkan atau membentuk tubuh (*body shaping corset*), melainkan hanya penyangga kehamilan yang memang didesain khusus untuk menunjang kenyamanan selama kehamilan.

3. Celana dalam.

Selama kehamilan, peningkatan produksi cairan vagina (keputihan fisiologis) merupakan kondisi yang normal akibat perubahan hormonal. Kondisi ini dapat menyebabkan area genital menjadi lebih lembap, sehingga menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan bakteri dan jamur. Apabila keseimbangan flora normal terganggu, keputihan dapat berubah menjadi tidak normal, yang ditandai dengan rasa gatal, bau tidak sedap, perubahan warna menjadi kehijauan atau kekuningan, serta dapat menimbulkan rasa tidak nyaman pada ibu hamil. Oleh karena itu, ibu hamil dianjurkan menggunakan celana dalam berbahan katun yang mudah menyerap keringat dan tidak terlalu ketat. Selain itu, celana dalam sebaiknya diganti setiap kali terasa lembap atau sedikitnya dua kali sehari untuk menjaga kebersihan dan kesehatan organ reproduksi serta mengurangi risiko infeksi (Nurhidayah et al., 2022).

4. Sepatu.

Ibu hamil dianjurkan untuk menghindari penggunaan sandal atau sepatu berhak tinggi saat berjalan karena dapat meningkatkan risiko terjatuh akibat berkurangnya keseimbangan tubuh. Selain itu, penggunaan alas kaki berhak tinggi dapat memberikan tekanan pada pembuluh darah vena di tungkai, sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya kram, nyeri punggung bagian bawah, varises, serta gangguan sirkulasi yang dapat berdampak kurang baik pada kehamilan. Oleh karena itu, disarankan menggunakan sandal atau sepatu dengan hak rendah, sol datar, atau tanpa hak agar lebih nyaman dan aman.

Saat berada di dalam rumah, ibu hamil sebaiknya tidak menggunakan alas kaki atau cukup memakai kaus kaki berbahan katun yang lembut untuk memberikan kenyamanan pada kaki. Jika terjadi pembengkakan pada kaki, penggunaan sepatu yang sempit atau terlalu ketat dapat menyebabkan lecet, nyeri, bahkan cedera. Oleh karena itu, pilihlah sandal atau sepatu yang ukurannya sesuai, tidak menekan kaki, serta memiliki bahan yang nyaman dan tidak menimbulkan rasa panas. Sementara itu, ketika melakukan aktivitas olahraga atau latihan fisik, ibu dianjurkan menggunakan sepatu olahraga yang ringan, fleksibel, dan

tidak terlalu ketat agar dapat menopang kaki dengan baik serta mengurangi risiko cedera (Nurhidayah et al., 2022).

e. Eliminasi

Keluhan eliminasi ibu hamil berkaitan dengan adaptasi gastrointestinal. Peningkatan hormon progesterone selama hamil berefek menimbulkan relaksasi otot polos termasuk pada usus sehingga reabsorpsi zat makanan di usus menjadi lebih lambat. Hal tersebut berdampak timbulnya keluhan obstipasi pada ibu hamil. Oleh karenanya diperlukan konsumsi nutrisi tinggi serat dan cukup cairan untuk mencegah terjadinya obstipasi pada ibu hamil.

Keluhan sering BAK juga merupakan hal fisiologis yang terjadi pada ibu hamil pada trimester III keluhan sering berkemih disebabkan oleh adanya tekanan kandung kemih oleh uterus yang semakin besar seiring bertambah besarnya janin yang dikandung. Untuk meminimalisir gangguan tidur akibat hal tersebut maka dapat disarankan agar ibu membatasi minum di malam hari (Zahara, 2022).

f. Mobilisasi.

Selama kehamilan, ibu perlu memiliki pengetahuan mengenai cara menjaga postur tubuh yang baik, termasuk teknik berdiri, duduk, dan mengangkat beban secara benar untuk menghindari ketegangan pada sistem muskuloskeletal. Penerapan body mechanics yang tepat merupakan bagian dari edukasi penting bagi ibu hamil agar aktivitas sehari-hari dapat dilakukan secara aman,

efektif, dan nyaman. Postur tubuh yang tidak ergonomis dapat menyebabkan peningkatan beban pada tulang belakang sehingga memicu terjadinya nyeri punggung bawah. Oleh karena itu, penerapan postur tubuh yang benar menjadi salah satu strategi dalam mencegah dan mengurangi keluhan nyeri pinggang selama kehamilan.

Sikap untuk mencegah dan mengurangi sakit pinggang :

1. Latihan mobilisasi panggul dapat dilakukan dengan menggerakkan panggul secara perlahan saat duduk di kursi dengan punggung tegak dan kedua tangan bertumpu di atas lutut. Gerakan ini juga dapat dilakukan dalam posisi berdiri dengan menggunakan dinding sebagai penyangga untuk mempertahankan stabilitas tubuh.
2. Apabila harus berdiri dalam waktu yang lama, misalnya saat menyetrika atau bekerja di luar rumah, dianjurkan untuk meletakkan salah satu kaki di atas pijakan atau alas yang rendah secara bergantian, seperti bangku kecil atau kotak. Cara ini membantu mengurangi beban pada punggung dan kaki serta meningkatkan kenyamanan selama berdiri.
3. Bagi ibu yang perlu duduk dalam waktu yang lama, disarankan menggunakan tempat duduk yang memungkinkan kedua telapak kaki menapak sempurna di lantai. Posisi duduk yang ideal adalah ketika lutut berada

sedikit lebih tinggi dibandingkan paha, karena dapat membantu mempertahankan postur tubuh yang ergonomis serta mengurangi ketegangan pada punggung dan pinggang.

4. Penerapan body mechanics yang benar saat beraktivitas bertujuan untuk mengurangi beban pada punggung dengan memanfaatkan kekuatan otot-otot tungkai sebagai penopang utama. Saat mengambil benda yang berada di lantai atau dekat lantai, ibu dianjurkan menekuk kedua lutut sambil menjaga punggung tetap lurus serta membuka kedua kaki dengan jarak sekitar 30–45 cm agar keseimbangan tubuh tetap terjaga. Sementara itu, ketika mengangkat beban yang lebih berat, seperti menggendong anak, posisi salah satu kaki sebaiknya ditempatkan sedikit di depan kaki lainnya dengan tumpuan yang stabil. Selanjutnya, ibu dapat menurunkan atau menaikkan posisi tubuh melalui gerakan menekuk dan meluruskan lutut, bukan membungkukkan punggung, sehingga proses mengangkat beban menjadi lebih aman dan mengurangi risiko cedera pada tulang belakang maupun otot.
5. Menganjurkan ibu untuk menggunakan sepatu yang kokoh, mampu menopang kaki dengan baik, serta memiliki hak rendah

dengan tinggi tidak melebihi 1 inci.
(Nurhidayah et al., 2022).

g. Imunisasi

Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) merupakan salah satu intervensi penting yang direkomendasikan bagi ibu hamil untuk mencegah terjadinya tetanus maternal dan neonatal serta berkontribusi dalam menurunkan angka kematian bayi akibat tetanus. Imunisasi ini memberikan kekebalan aktif melalui pembentukan respons imun terhadap antigen tetanus. Pemberian imunisasi TT dianjurkan dimulai pada usia kehamilan sekitar tiga bulan hingga paling lambat satu bulan sebelum persalinan. Selama kehamilan, imunisasi TT diberikan sebanyak dua dosis dengan jarak antar dosis minimal empat minggu.

Berikut jadwal pemberian imunisasi TT :

1. TT 1 saat kunjungan ANC pertama.
2. TT 2 dengan jarak 4 minggu dari TT 1 dengan lama perlindungan 3 tahun.
3. TT 3 dengan jarak 6 minggu dari TT 2 dengan lama perlindungan 5 tahun.
4. TT 4 dengan jarak 1 tahun setelah TT 3 dengan lama perlindungan 10 tahun.
5. TT 5 dengan jarak 1 tahun setelah TT 4 dengan lama perlindungan 25 tahun/seumur hidup (Zahara, 2022)

h. Kebutuhan Istirahat

Istirahat yang cukup merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi selama kehamilan. Perubahan fisiologis yang terjadi, terutama

peningkatan berat badan dan pembesaran uterus, menyebabkan perubahan keseimbangan serta postur tubuh ibu. Kondisi tersebut dapat menimbulkan kelelahan, ketidaknyamanan, bahkan gangguan tidur, khususnya pada trimester ketiga. Seiring bertambahnya usia kehamilan dan ukuran janin, ibu sering mengalami kesulitan memperoleh posisi tidur yang nyaman. Posisi tidur yang direkomendasikan adalah miring ke kiri karena mampu meningkatkan aliran darah uteroplasenta, memperbaiki sirkulasi maternal, serta mengurangi tekanan pada vena cava inferior.

Untuk meningkatkan kenyamanan, kaki kiri dianjurkan tetap lurus, sedangkan kaki kanan sedikit ditekuk dan disangga dengan bantal. Penggunaan bantal sebagai penyangga di bawah perut sebelah kiri juga dapat membantu mengurangi tekanan pada abdomen dan meredakan nyeri sehingga kualitas tidur ibu menjadi lebih baik (Nurhidayah et al., 2022).

i. Kebutuhan Seksual

Aktivitas seksual selama kehamilan umumnya aman pada kehamilan normal yang tidak disertai komplikasi. Namun, hubungan seksual sebaiknya dihindari apabila terdapat kondisi seperti perdarahan pervaginam, plasenta previa, ketuban pecah dini, ancaman persalinan preterm, insufisiensi serviks, atau terdapat kontraindikasi lain yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan (Nurhidayah et al., 2022).

j. Latihan dan Senam Hamil

Aktivitas fisik selama kehamilan dianjurkan bagi ibu dengan kehamilan tanpa komplikasi. Berdasarkan rekomendasi (Organization, 2020) dan (Gynecologists, 2020) ibu hamil disarankan melakukan aktivitas fisik intensitas sedang selama minimal 150 menit per minggu, yang dapat berupa berjalan kaki, berenang, yoga prenatal, maupun senam hamil. Sebelum memulai program latihan, ibu perlu menjalani penilaian kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk memastikan tidak terdapat kontraindikasi terhadap aktivitas fisik. Latihan dilakukan secara bertahap, disesuaikan dengan kondisi ibu, dan dihentikan apabila muncul tanda bahaya seperti perdarahan, kontraksi yang menetap, pusing, sesak napas, atau ketuban pecah.

k. Perjalanan (Traveling) Pada Ibu Hamil

Perjalanan umumnya aman dilakukan pada kehamilan tanpa komplikasi, terutama pada trimester kedua. Selama perjalanan yang berlangsung lebih dari 2–4 jam, ibu dianjurkan berhenti atau berjalan setiap 1–2 jam untuk melancarkan sirkulasi darah dan mengurangi risiko tromboemboli vena.

Sabuk pengaman harus tetap digunakan dengan posisi yang benar, yaitu sabuk bawah diletakkan di bawah perut dan melintang pada panggul, sedangkan sabuk bahu melewati dada di antara kedua payudara. Ibu perlu memenuhi kebutuhan cairan, menghindari duduk dalam posisi yang sama

terlalu lama, serta menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman selama perjalanan.

Perjalanan sebaiknya ditunda apabila terdapat tanda bahaya kehamilan, seperti perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, kontraksi teratur, preeklamsia berat, atau kondisi medis lain yang memerlukan pembatasan aktivitas (Gynecologists, 2024)

1. Persiapan Persalinan

Persiapan persalinan merupakan bagian penting dari pelayanan antenatal yang bertujuan meningkatkan kesiapan ibu hamil dan keluarganya dalam menghadapi persalinan serta mengantisipasi kemungkinan terjadinya komplikasi. Menurut World Health Organization (WHO), persiapan persalinan dilakukan melalui pendekatan Birth Preparedness and Complication Readiness (BPCR), yaitu upaya merencanakan persalinan secara matang agar ibu memperoleh pelayanan kesehatan yang tepat waktu dan aman (Organization, 2025).

Persiapan persalinan meliputi penentuan tempat persalinan dan tenaga kesehatan yang akan menolong persalinan, penyediaan transportasi dan pembiayaan, penyiapan perlengkapan ibu dan bayi, serta penentuan pendamping selama persalinan. Selain itu, ibu dan keluarga perlu memahami tanda-tanda persalinan, mengenali tanda bahaya kehamilan, serta mengetahui fasilitas rujukan yang akan digunakan apabila terjadi kegawatdaruratan. Perencanaan yang baik dapat mengurangi keterlambatan dalam memperoleh pertolongan

medis sehingga berkontribusi terhadap keselamatan ibu dan bayi.

C. Kebutuhan Psikologis pada Kehamilan

Kehamilan merupakan periode adaptasi yang melibatkan perubahan fisik, psikologis, dan sosial. Perubahan hormonal serta proses penyesuaian terhadap peran sebagai calon ibu dapat memengaruhi kondisi emosional ibu hamil. Pada trimester pertama, ibu umumnya mengalami perubahan suasana hati, kecemasan, dan ketidakpastian terhadap kehamilan. Memasuki trimester kedua, kondisi psikologis cenderung lebih stabil seiring meningkatnya penerimaan terhadap kehamilan dan mulai terbentuknya ikatan emosional dengan janin. Menjelang persalinan pada trimester ketiga, kecemasan dapat kembali meningkat, terutama terkait proses persalinan, kesehatan bayi, serta kemampuan menjalankan peran sebagai orang tua (Kathryn Lowdermilk et al., 2020), (Cunningham et al., 2022).

Pemenuhan kebutuhan psikologis merupakan bagian penting dari pelayanan antenatal yang komprehensif. Ibu hamil memerlukan dukungan emosional dari pasangan, keluarga, dan tenaga kesehatan, rasa aman terhadap kondisi kehamilan, serta informasi yang memadai mengenai perubahan selama kehamilan, persiapan persalinan, dan perawatan bayi. Selain itu, dukungan sosial dan komunikasi yang efektif dapat membantu ibu beradaptasi dengan perubahan yang dialami, mengurangi stres dan kecemasan, serta meningkatkan kepercayaan diri dalam menghadapi persalinan dan masa transisi menjadi orang tua (Organization, 2016).

Bidan berperan dalam memenuhi kebutuhan psikologis ibu melalui komunikasi terapeutik, konseling, edukasi, serta deteksi dini terhadap masalah kesehatan mental selama kehamilan. Asuhan yang berpusat pada perempuan (woman-centered care) dengan melibatkan pasangan dan keluarga diharapkan mampu meningkatkan kesejahteraan psikologis ibu, memperkuat ikatan ibu dengan janin, serta mendukung tercapainya kehamilan, persalinan, dan luaran maternal maupun neonatal yang optimal (Organization, 2016), (Cunningham et al., 2022).

D. Rangkuman

Pemenuhan kebutuhan dasar selama kehamilan merupakan bagian penting dalam asuhan antenatal yang bertujuan menjaga kesehatan ibu dan mendukung pertumbuhan serta perkembangan janin secara optimal. Kebutuhan fisik ibu hamil meliputi pemenuhan oksigen, nutrisi yang seimbang, personal hygiene, penggunaan pakaian yang nyaman, eliminasi, mobilisasi, imunisasi, istirahat yang cukup, aktivitas seksual yang aman, latihan fisik atau senam hamil, perjalanan yang aman, serta persiapan persalinan. Seluruh kebutuhan tersebut perlu disesuaikan dengan usia kehamilan, kondisi kesehatan ibu, dan rekomendasi tenaga kesehatan agar dapat mencegah komplikasi serta meningkatkan kesejahteraan ibu dan janin.

Selain kebutuhan fisik, ibu hamil juga memiliki kebutuhan psikologis yang harus dipenuhi. Kehamilan merupakan proses adaptasi yang disertai perubahan emosional pada setiap trimester, sehingga ibu memerlukan dukungan emosional, rasa aman, informasi yang memadai,

serta keterlibatan pasangan dan keluarga. Pemenuhan kebutuhan psikologis dapat membantu ibu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi, mengurangi kecemasan, meningkatkan kesiapan menghadapi persalinan, serta mendukung terbentuknya ikatan antara ibu dan janin.

Bidan memiliki peran yang sangat penting dalam memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis ibu hamil melalui pelayanan antenatal yang komprehensif, komunikasi terapeutik, edukasi kesehatan, konseling, deteksi dini faktor risiko, serta kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain apabila diperlukan. Asuhan kebidanan yang berpusat pada perempuan (*woman-centered care*) dan berbasis bukti (*evidence-based practice*) diharapkan mampu meningkatkan kualitas pelayanan maternal, mendorong pengalaman kehamilan yang positif, serta menghasilkan luaran kesehatan ibu dan bayi yang optimal.

E. EVALUASI / SOAL LATIHAN

1. Seorang wanita hamil berusia 26 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 32 minggu datang ke praktik bidan dengan keluhan sulit tidur pada malam hari karena merasa sesak saat berbaring terlentang dan nyeri pada pinggang. Hasil pemeriksaan menunjukkan tanda vital dalam batas normal, denyut jantung janin normal, dan tidak ditemukan komplikasi kehamilan. Bidan memberikan edukasi mengenai posisi tidur yang tepat untuk meningkatkan kenyamanan dan memperlancar sirkulasi darah ke janin.
Apakah anjuran yang paling tepat diberikan kepada ibu tersebut?

- a. Tidur telungkup dengan bantal di bawah perut.
 - b. Tidur terlentang dengan bantal di bawah kepala.
 - c. Tidur miring ke kiri dengan bantal menopang perut dan di antara kedua tungkai.
 - d. Tidur miring ke kanan tanpa menggunakan bantal
 - e. Duduk setengah tidur sepanjang malam
2. Seorang ibu hamil berusia 30 tahun, G2P1A0, usia kehamilan 24 minggu akan melakukan perjalanan darat selama enam jam. Hasil pemeriksaan menunjukkan kehamilan normal tanpa komplikasi. Ibu bertanya kepada bidan mengenai cara melakukan perjalanan yang aman selama kehamilan. Apakah edukasi yang paling tepat diberikan oleh bidan?
- a. Mengurangi konsumsi cairan agar tidak sering berkemih.
 - b. Duduk terus selama perjalanan agar tidak memicu kontraksi.
 - c. Berhenti setiap 1–2 jam untuk berjalan ringan dan melakukan peregangan.
 - d. Melepas sabuk pengaman agar perut tidak tertekan.
 - e. Menggunakan sepatu hak tinggi agar posisi duduk lebih nyaman
3. Seorang wanita hamil berusia 24 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 10 minggu datang ke puskesmas. Ibu mengaku sering merasa cemas, mudah menangis, dan khawatir terhadap kondisi janinnya meskipun hasil pemeriksaan kehamilan normal. Suami selalu mendampingi ibu saat pemeriksaan antenatal. Apakah intervensi bidan yang paling tepat untuk memenuhi kebutuhan psikologis ibu?

- a. Menyarankan ibu mengurangi aktivitas di luar rumah.
 - b. Memberikan komunikasi terapeutik, edukasi, dan melibatkan suami dalam konseling.
 - c. Menganjurkan ibu beristirahat total di rumah.
 - d. Memberikan obat penenang untuk mengurangi kecemasan.
 - e. Menunda konseling hingga trimester kedua.
4. Seorang ibu hamil berusia 28 tahun, G2P1A0, usia kehamilan 30 minggu datang untuk pemeriksaan antenatal. Bidan melakukan konseling mengenai persiapan persalinan menggunakan pendekatan *Birth Preparedness and Complication Readiness* (BPCR). Komponen utama yang harus dipersiapkan oleh ibu dan keluarga adalah ?
- a. Menentukan nama bayi dan membeli perlengkapan bayi saja.
 - b. Menentukan tempat persalinan, penolong persalinan, transportasi, pembiayaan, dan mengenali tanda bahaya kehamilan.
 - c. Memilih makanan favorit setelah melahirkan.
 - d. Mengurangi aktivitas fisik hingga persalinan.
 - e. Menyiapkan pakaian bayi sebanyak mungkin.
5. Seorang ibu hamil berusia 29 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 22 minggu datang untuk pemeriksaan rutin. Hasil pemeriksaan menunjukkan kondisi ibu dan janin normal. Ibu bertanya mengenai aktivitas fisik yang aman selama kehamilan.
- Berdasarkan rekomendasi WHO dan ACOG, edukasi yang paling tepat adalah ?
- a. Tidak melakukan olahraga selama kehamilan.

- b. Melakukan aktivitas fisik intensitas sedang minimal 150 menit per minggu sesuai kondisi ibu.
- c. Berolahraga berat setiap hari selama satu jam.
- d. Berjalan kaki hanya jika muncul nyeri punggung.
- e. Memulai olahraga setelah usia kehamilan 36 minggu.

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill.
- Gynecologists, A. C. of O. and. (2020). Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstetrics & Gynecology*, 135(4), e178–e188. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>
- Gynecologists, A. C. of O. and. (2024). *Travel During Pregnancy*. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/travel-during-pregnancy>
- Kathryn Lowdermilk, D. L., E. Perry, S., Cashion, K., & Alden, R. (2020). *Maternity & Women's Health Care* (12th ed.). Elsevier.
- Morse. (2012). *Hubungan Asupan Gizi Terhadap Kehamilan*.
- Nurhidayah, Yulianingsih, E., Munaf, A. Z. T., Olii, N., & Suherlin, I. (2022). Asuhan Kebidanan Kehamilan. In *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. deepublish.
- Oktavia, L. D., & Lubis, A. Y. S. (2024). *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. deepublish.
- Organization, W. H. (2016). *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912?utm_source=chatgpt.com
- Organization, W. H. (2020). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

- Organization, W. H. (2025). *WHO recommendations on maternal health: Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee (2nd ed.)*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080591>
- Pena-Rosas et al. (2014). *Konsumsi Zat Besi dengan Kejadian BBLR*.
- Zahara, E. (2022). *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. deepublish.

BAB 4

FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEHAMILAN

A. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menentukan status kesehatan dan tingkat risiko fisik pada ibu hamil berdasarkan parameter pemeriksaan klinis serta riwayat penyakit penyerta.
2. Mengimplementasikan teknik skrining psikologis awal dan asuhan suportif untuk mengatasi kecemasan serta perubahan emosional pada ibu hamil.
3. Memodifikasi rencana asuhan kebidanan dengan mengintegrasikan nilai sosial, budaya lokal yang aman, dan kondisi ekonomi keluarga pasien.
4. Memilih rekomendasi modifikasi gaya hidup dan pencegahan paparan bahaya lingkungan yang sesuai dengan aktivitas harian ibu hamil.
6. Mendemonstrasikan strategi optimalisasi dukungan keluarga dan pemanfaatan akses pelayanan kesehatan dalam asuhan kehamilan kolaboratif.

B. Pendahuluan

Kehamilan bukanlah sekadar proses biologis murni, melainkan sebuah fase transisi kehidupan yang kompleks dan dipengaruhi oleh jejaring faktor yang saling berkelindan. Di Indonesia, angka kematian ibu (AKI) yang masih fluktuatif sering kali tidak disebabkan oleh faktor medis tunggal, melainkan merupakan akumulasi dari berbagai determinan hulu yang tidak terdeteksi sejak masa antenatal. Seorang bidan tidak hanya dituntut memiliki keterampilan klinis dalam memeriksa fisik ibu hamil, tetapi juga kepekaan dalam mengidentifikasi berbagai variabel non-klinis yang dapat memicu komplikasi obstetrik. Pemahaman mendalam mengenai dinamika ini menjadi fondasi krusial bagi mahasiswa asuhan kebidanan agar mampu memberikan asuhan yang bersifat holistik, preventif, dan berpusat pada perempuan (*woman-centered care*). Tanpa kapasitas analitis dan aplikatif dalam memetakan faktor-faktor ini, intervensi kebidanan yang diberikan berisiko menjadi tidak efektif karena tidak menyentuh akar permasalahan yang sesungguhnya dihadapi oleh ibu hamil di komunitas.

Untuk menggambarkan kompleksitas ini, kita dapat meninjau bagaimana faktor sosial budaya dan nutrisi saling memengaruhi kondisi klinis ibu hamil. Sebagai konsep dasar, status gizi ibu hamil sangat menentukan luaran persalinan dan mencegah kejadian berat bayi lahir rendah (BBLR). Namun, dalam realitas di beberapa wilayah perdesaan Indonesia, masih kuat dipercaya pantangan makan makanan tertentu seperti ikan laut atau gurita karena mitos dapat menyebabkan bayi berbau amis atau mempersulit proses persalinan. Ketika seorang bidan menghadapi kasus ibu hamil

dengan anemia defisiensi besi berat akibat kepatuhan terhadap pantangan adat tersebut, tindakan medikasi berupa pemberian tablet tambah darah saja tidak akan menyelesaikan masalah secara tuntas jika perilaku pantang makan tidak diubah. Implikasinya, bidan harus mampu menerapkan pendekatan asuhan yang sensitif budaya, melakukan negosiasi budaya yang persuasif tanpa menghakimi, serta melibatkan tokoh masyarakat dan keluarga dalam mengubah pola makan ibu guna memperbaiki status kesehatannya.

Guna membekali mahasiswa dengan kemampuan aplikatif tersebut, bab ini akan mengupas tuntas lima pilar faktor yang memengaruhi kehamilan. Pembahasan akan diawali dengan pemetaan faktor fisik dan status kesehatan ibu yang menjadi dasar penilaian risiko klinis. Selanjutnya, bab ini mengeksplorasi dimensi psikologis dalam kehamilan yang sering kali terabaikan, disusul dengan analisis mendalam mengenai pengaruh faktor sosial, budaya, dan ekonomi yang membentuk perilaku kesehatan ibu. Mahasiswa juga akan dipandu untuk memahami dampak faktor lingkungan dan gaya hidup modern terhadap tumbuh kembang janin. Terakhir, bab ini akan mengulas pentingnya faktor dukungan keluarga dan aksesibilitas pelayanan kesehatan sebagai jaring pengaman utama dalam memastikan keselamatan ibu dan bayi di sepanjang masa kehamilan.

C. Faktor Fisik dan Status Kesehatan Ibu

Faktor fisik dan status kesehatan ibu merupakan determinan klinis utama yang menentukan kemampuan adaptasi tubuh terhadap perubahan fisiologis selama masa gestasi. Parameter fisik yang perlu dikaji secara komprehensif

meliputi usia ibu, paritas, status gizi (indeks massa tubuh dan lingkaran lengan atas), tinggi badan, serta riwayat penyakit sistemik yang menyertai kehamilan. Usia reproduksi sehat berada pada rentang 20 hingga 35 tahun; kehamilan di luar rentang tersebut meningkatkan risiko komplikasi akibat belum matangnya organ reproduksi atau penurunan fungsi vaskular seluler (Rosyidah, 2019). Paritas juga berkontribusi pada penurunan tonus otot uterus dan penurunan efisiensi sirkulasi uteroplasenta. Penyakit penyerta seperti hipertensi kronis, diabetes melitus, penyakit jantung, atau gangguan tiroid dapat mengganggu hemodinamika ibu-janin, yang secara klinis berisiko memicu pertumbuhan janin terhambat, preeklamsia, hingga kematian janin dalam rahim (Haslan, 2022).

DEFINISI

Status Kesehatan Maternal adalah kondisi keseimbangan fisiologis dan patologis pada sistem tubuh ibu hamil yang dinilai melalui pemeriksaan fisik, anamnesis riwayat obstetri, dan pemeriksaan penunjang untuk memetakan tingkat risiko kehamilan.

Di Indonesia, masalah kesehatan fisik yang masih mendominasi adalah tingginya prevalensi anemia defisiensi besi dan kekurangan energi kronis (KEK). Sebagai contoh kasus konkret di wilayah Puskesmas Kecamatan, seorang ibu hamil bernama Ny. T, berusia 18 tahun (kehamilan remaja), datang dengan usia kehamilan 14 minggu. Hasil pemeriksaan menunjukkan kadar hemoglobin (Hb) sebesar 8,5 g/dL dan Lingkaran Lengan Atas (LiLA) hanya 21 cm (Arnianti, 2022). Kasus ini menunjukkan tumpang tindih antara faktor fisik usia

belum matang dengan status gizi buruk, yang secara langsung menempatkan kehamilan ini dalam kategori risiko tinggi.

Implikasi klinis dari kondisi fisik di atas menuntut bidan untuk melakukan modifikasi rencana asuhan secara aktif. Bidan tidak boleh menyamakan asuhan Ny. T dengan kehamilan berisiko rendah. Intervensi yang harus diimplementasikan meliputi pemberian terapi kombinasi tablet tambah darah (TTD) dosis terapi disertai pemantauan kepatuhan konsumsi, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian makanan tambahan (PMT) lokal, serta pemantauan ketat kenaikan berat badan ibu dan tinggi fundus uteri pada setiap kunjungan ulang guna mengantisipasi gangguan pertumbuhan janin.

Tabel 4.1 Klasifikasi Parameter Risiko Fisik Ibu Hamil

Parameter Klinis	Nilai Normal (Rendah Risiko)	Risiko Tinggi	Implikasi Asuhan Kebidanan
Usia Ibu	20–35 Tahun	<20 atau >35 Tahun	Peningkatan frekuensi pemantauan tekanan darah dan rujukan USG trimester pertama.
Lingkar Lengan Atas (LiLA)	$\geq 23,5$ cm	<23,5 cm (KEK)	Pemberian makanan tambahan (PMT) dan konseling nutrisi intensif.
Kadar Hemoglobin (Hb)	≥ 11 g/dL	<11 g/dL (Anemia)	Pemberian tablet zat besi dosis terapi dan pemantauan

Parameter Klinis	Nilai Normal (Rendah Risiko)	Risiko Tinggi	Implikasi Asuhan Kebidanan
			berkala (Arnianti, 2022).
Tekanan Darah	<120/80 mmHg	$\geq 140/90$ mmHg	Skrining preeklamsia, pemantauan protein urine, kolaborasi dokter (Haslan, 2022).
Riwayat Obstetri	Persalinan aterm normal	Riwayat prematur, abortus SC,	Rujukan ke fasilitas kesehatan sekunder untuk perencanaan persalinan.

Tabel di atas menunjukkan bahwa setiap penyimpangan parameter fisik membutuhkan modifikasi asuhan yang spesifik. Bidan dapat menggunakan acuan ini pada kunjungan awal untuk menentukan apakah pasien dapat dikelola secara mandiri atau memerlukan kolaborasi dan rujukan spesialisik.

D. Faktor Psikologis dalam Kehamilan

Kehamilan memicu perubahan endokrinologi yang masif, ditandai dengan lonjakan hormon progesteron dan estrogen yang memengaruhi sistem neurotransmitter otak secara signifikan (Cholifah, 2022). Perubahan biologis ini menyebabkan ketidakstabilan emosional yang bermanifestasi sebagai kecemasan, perubahan suasana hati (*mood swings*), hingga depresi antenatal. Faktor psikologis yang memengaruhi kehamilan meliputi kesiapan emosional ibu, penerimaan terhadap kehamilan, persepsi terhadap

perubahan bentuk tubuh, hubungan dengan pasangan, serta adanya riwayat trauma masa lalu atau gangguan kesehatan mental. Jika stres psikologis selama kehamilan tidak teridentifikasi dan tidak tertangani dengan baik, peningkatan hormon kortisol maternal dapat menembus plasenta dan memengaruhi sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal janin, yang berisiko menyebabkan kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah (Ulya, 2026).

CONTOH

Ny. A, seorang ibu hamil berusia 27 tahun, G1P0A0 usia kehamilan 28 minggu, menunjukkan gejala kecemasan ekstrem menjelang persalinan. Ia kerap menangis saat pemeriksaan karena merasa tidak siap secara mental, mengalami gangguan tidur, dan merasa suaminya tidak memahami ketakutannya. Pada pengkajian menggunakan instrumen *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), didapatkan skor 13 yang mengindikasikan adanya depresi antenatal ringan hingga sedang.

Di Indonesia, skrining psikologis belum sepenuhnya menjadi bagian rutin dari setiap kunjungan antenatal di tingkat pelayanan primer, meskipun angka kecemasan ibu hamil cukup tinggi akibat tekanan sosial ekonomi atau kurangnya persiapan mental. Implikasi praktis asuhan dalam skenario kasus Ny. A mengharuskan bidan untuk tidak hanya melakukan pemeriksaan fisik rutin, melainkan juga mengimplementasikan asuhan suportif yang berfokus pada kesejahteraan emosional.

Bidan harus memodifikasi rencana asuhan dengan melatih Ny. A teknik relaksasi napas dalam (*deep breathing*), mengintegrasikan terapi komplementer seperti yoga prenatal

ringan untuk menurunkan kadar kortisol, serta memfasilitasi sesi konseling khusus yang melibatkan suami secara langsung. Melibatkan suami dalam asuhan sangat krusial agar ia dapat bertindak sebagai pendukung emosional utama di rumah (Ulya, 2026). Jika pada evaluasi kunjungan berikutnya skor kecemasan tidak menurun atau ditemukan kecenderungan membahayakan diri sendiri, bidan wajib berkolaborasi dan melakukan rujukan tepat waktu ke psikolog atau psikiater di rumah sakit rujukan.

E. Faktor Sosial, Budaya, dan Ekonomi

Kehamilan merupakan peristiwa biologis yang dibungkus oleh konstruksi sosial, nilai-nilai budaya, dan realitas ekonomi keluarga. Di Indonesia, keberagaman suku bangsa melahirkan berbagai adat istiadat, ritual kehamilan, serta pantangan makanan tradisional yang secara langsung memengaruhi asupan nutrisi dan perilaku pencarian pertolongan kesehatan oleh ibu hamil (Rinata, 2019). Tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga juga memegang peranan krusial dalam menentukan keterjangkauan akses terhadap bahan makanan bergizi tinggi, pemenuhan kebutuhan transportasi ke fasilitas pelayanan kesehatan, serta kemampuan untuk membayar biaya pelayanan antenatal berkualitas tinggi apabila tidak memiliki jaminan kesehatan nasional.

⚠ PERHATIAN

Pantangan makanan tradisional yang melarang konsumsi protein hewani tertentu (seperti ikan laut, gurita, atau telur) karena mitos adat merupakan hambatan sosiokultural serius yang berkontribusi langsung terhadap angka kejadian anemia maternal dan stunting pada balita sejak dalam kandungan.

Sebagai contoh konteks lokal di Indonesia, pada beberapa komunitas di wilayah kerja Puskesmas Astambul, Kabupaten Banjar, Kalimantan Selatan, masih kuat dipercaya pantangan makan ikan bagi ibu hamil karena dikhawatirkan bayinya akan berbau amis saat lahir atau mempersulit persalinan (Sajidah, 2025). Akibat mematuhi pantangan budaya ini, banyak ibu hamil dari kalangan ekonomi menengah ke bawah mengalami defisit protein berat. Ketika kapasitas ekonomi keluarga terbatas untuk membeli alternatif makanan sumber protein lain, ibu hamil tersebut jatuh ke dalam kondisi kekurangan energi kronis (KEK).

Implikasi dari dinamika sosial budaya ini menuntut bidan untuk memiliki kompetensi asuhan yang sensitif budaya (*culturally competent care*). Bidan tidak boleh langsung bersikap konfrontatif atau menghakimi keyakinan adat pasien. Sebaliknya, bidan harus menerapkan teknik negosiasi budaya yang persuasif.

Langkah operasional yang dilakukan meliputi edukasi gizi secara santun dengan menyandingkan bukti ilmiah dengan nilai lokal, menunjukkan alternatif protein nabati yang murah namun bernilai gizi setara (seperti tempe atau tahu), serta merangkul tokoh adat, kader kesehatan, atau tetua keluarga dalam memberikan penyuluhan kesehatan (Sajidah, 2025). Dengan memodifikasi pendekatan edukasi yang menghargai adat setempat, kepatuhan ibu hamil terhadap anjuran nutrisi yang sehat dapat dicapai tanpa menimbulkan konflik sosial dalam keluarga.

F. Faktor Lingkungan dan Gaya Hidup

Lingkungan fisik, biologis, serta gaya hidup harian ibu hamil memberikan kontribusi signifikan terhadap pembentukan mikro-lingkungan pertumbuhan janin di dalam rahim. Faktor lingkungan yang merugikan meliputi paparan asap rokok sekunder (*secondhand smoke*), polusi udara perkotaan, kontaminasi logam berat di air konsumsi, serta paparan radiasi atau zat kimia berbahaya di tempat kerja. Sementara itu, faktor gaya hidup mencakup pola konsumsi nutrisi harian, kebiasaan beraktivitas fisik, konsumsi obat-obatan tanpa resep dokter, jam istirahat, serta perilaku higienitas diri. Salah satu perilaku higienitas yang sering kali terabaikan namun berdampak besar pada kehamilan adalah kebiasaan menjaga kebersihan gigi dan mulut (Unknown, 2021). Infeksi periodontal kronis pada ibu hamil merupakan fokus infeksi bakteri yang dapat menyebar secara hematogen ke plasenta dan merangsang sintesis prostaglandin, memicu persalinan prematur.

CONTOH

Ny. P, seorang ibu hamil yang berdomisili di kawasan industri padat penduduk di Jawa Barat, bekerja sebagai buruh pabrik tekstil dan tinggal serumah dengan suaminya yang merupakan perokok aktif. Ny. P jarang memeriksakan kesehatan giginya, mengeluhkan gusi sering berdarah saat menyikat gigi, dan sering mengonsumsi jamu tradisional tanpa berkonsultasi terlebih dahulu dengan bidan (Unknown, 2021).

Keadaan lingkungan kerja yang bising, paparan asap rokok harian dari suami, infeksi gusi yang tidak terobati, serta konsumsi zat aditif herbal yang tidak terstandarisasi

merupakan kombinasi faktor lingkungan dan gaya hidup yang sangat membahayakan janin (Karlina, 2026). Paparan karbon monoksida dari asap rokok menurunkan kapasitas pengikatan oksigen dalam darah ibu, yang menghambat oksigenasi ke sirkulasi janin.

Implikasi asuhan yang harus dilaksanakan oleh bidan adalah melakukan konseling modifikasi gaya hidup dan lingkungan secara terstruktur pada kunjungan antenatal. Bidan harus merekomendasikan pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut sekurang-kurangnya sekali selama kehamilan sebagai upaya pencegahan persalinan prematur. Selanjutnya, bidan wajib melibatkan suami Ny. P untuk menciptakan kesepakatan rumah bebas asap rokok (*smoke-free home*), mengedukasi ibu agar segera menghentikan konsumsi jamu tradisional yang tidak aman, serta menyusun rencana aktivitas fisik harian yang aman sesuai dengan usia kehamilan guna meningkatkan kebugaran kardiovaskular ibu (Karlina, 2026).

G. Faktor Dukungan Keluarga dan Pelayanan Kesehatan

Dukungan keluarga—khususnya dari suami sebagai pendamping utama (*suami SIAGA*)—dan aksesibilitas pelayanan kesehatan merupakan jaring pengaman esensial bagi keselamatan ibu hamil. Dukungan keluarga mencakup dukungan emosional, dukungan instrumental (penyediaan biaya, transportasi, dan pemenuhan kebutuhan nutrisi), serta dukungan informatif dalam mendampingi pemeriksaan kehamilan. Sementara itu, faktor pelayanan kesehatan mencakup ketersediaan fasilitas pelayanan antenatal terdekat, keterjangkauan finansial melalui jaminan kesehatan

(seperti BPJS Kesehatan), keramahan sikap tenaga kesehatan, serta kualitas layanan klinis yang diberikan (Mose, 2026). Rendahnya literasi kesehatan keluarga mengenai deteksi dini tanda bahaya kehamilan sering kali menghambat pemanfaatan pelayanan kesehatan secara optimal (Rachmawati, 2026).

CONTOH

Ny. D, seorang multigravida dengan riwayat perdarahan pascapersalinan pada kehamilan sebelumnya, tinggal di daerah perdesaan yang terpencil. Suaminya menganggap pemeriksaan kehamilan tidak terlalu mendesak jika istri tidak mengeluhkan sakit berat, sehingga Ny. D melewati kunjungan antenatal pada trimester kedua dan belum melakukan pemeriksaan ultrasonografi untuk mendeteksi letak plasenta (Rachmawati, 2026).

Kurangnya dukungan instrumental dari suami serta keterbatasan sarana transportasi ke puskesmas terdekat merupakan hambatan ganda yang sangat krusial. Dalam konteks sistem rujukan maternal di Indonesia, keterlambatan keluarga dalam mengenali bahaya dan terlambat mengambil keputusan untuk mencari pertolongan merupakan kontributor terbesar terhadap kematian ibu akibat perdarahan obstetri.

Implikasi klinis dari kondisi ini mewajibkan bidan untuk melakukan strategi optimalisasi dukungan keluarga melalui pendekatan kolaboratif berbasis komunitas. Bidan harus menginisiasi kunjungan rumah (*home care*) bersama dengan kader kesehatan setempat guna menemui suami dan keluarga besar Ny. D.

Dalam kunjungan tersebut, bidan mendemonstrasikan peta risiko kehamilan masa lalu Ny. D, memandu keluarga menyusun rencana kesiapan persalinan dan kegawatdaruratan (P4K), memfasilitasi rujukan aktif untuk pemeriksaan ultrasonografi gratis menggunakan jaminan kesehatan, serta memastikan kepatuhan jadwal kunjungan antenatal minimal enam kali selama kehamilan (Mose, 2026). Di samping itu, persiapan menyusui sebagai bagian dari kontinuitas asuhan juga perlu diperkenalkan sejak masa kehamilan, salah satunya melalui edukasi mengenai manfaat pijat oksitosin untuk mendukung keberhasilan laktasi (Karuniawati, 2024). Pendekatan asuhan kolaboratif ini memperkuat jejaring sosial di sekitar ibu hamil, memastikan deteksi dini komplikasi dapat terlaksana secara efektif, dan mempercepat akses ke pelayanan rujukan jika terjadi kegawatdaruratan.

H. Rangkuman

Kehamilan merupakan fenomena bio-psiko-sosial yang sangat kompleks, di mana keberhasilannya ditentukan oleh interaksi dinamis antara kondisi fisik, status kesehatan, kematangan psikologis, serta faktor sosio-ekonomi dan budaya ibu. Secara fisik, parameter klinis seperti usia reproduksi yang aman, paritas, status gizi yang diukur melalui lingkaran lengan atas dan indeks massa tubuh, serta ada tidaknya penyakit sistemik penyerta sangat menentukan kemampuan adaptasi fisiologis maternal terhadap beban gestasi. Penyimpangan pada indikator fisik ini, seperti yang terjadi pada kasus kehamilan remaja dengan kekurangan energi kronis dan anemia berat, menuntut bidan untuk mampu melakukan penilaian risiko sejak dini dan

memodifikasi rencana asuhan melalui pemberian terapi nutrisi komplementer serta kolaborasi lintas program. Di sisi lain, perubahan hormonal yang masif selama kehamilan tidak hanya berdampak pada fisik tetapi juga memengaruhi kestabilan emosional. Kegagalan adaptasi psikologis dapat memicu kecemasan ekstrem dan depresi antenatal yang apabila tidak teridentifikasi melalui skrining terstandar akan mengaktivasi pelepasan hormon kortisol berlebih yang berisiko merugikan sirkulasi utero-plasenta dan mengganggu tumbuh kembang janin. Tantangan asuhan ini kian kompleks akibat pengaruh nilai sosio-budaya lokal, seperti pantangan konsumsi protein hewani, yang berpadu dengan keterbatasan ekonomi keluarga dalam mengakses makanan bergizi dan fasilitas kesehatan yang memadai. Oleh karena itu, bidan dituntut memiliki kompetensi klinis yang tinggi sekaligus sensitivitas budaya yang mendalam. Melalui penerapan asuhan kebidanan yang sensitif budaya, penguatan dukungan sosial keluarga khususnya peran suami, serta penerapan terapi komplementer yang terukur, bidan dapat memberikan asuhan suportif yang komprehensif guna memastikan transisi kehamilan berjalan dengan aman bagi ibu dan janin.

I. Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana tumpang tindih antara usia kehamilan remaja (di bawah 20 tahun) dan kondisi kekurangan energi kronis yang ditandai dengan lingkaran lengan atas di bawah 23,5 cm dapat melipatgandakan risiko patologis selama masa kehamilan. Hubungkan analisis Anda dengan kapasitas adaptasi organ reproduksi serta sirkulasi uteroplacenta ibu.

2. Telaah mekanisme biologis bagaimana stres psikologis dan kecemasan ekstrem pada ibu hamil yang tidak ditangani dengan baik dapat memengaruhi kondisi fisik janin di dalam kandungan. Hubungkan peran hormon kortisol maternal terhadap risiko terjadinya kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah.
3. Evaluasi dampak penerapan pantangan makanan tradisional, seperti larangan mengonsumsi ikan laut di beberapa daerah Indonesia, terhadap status gizi ibu hamil dari kelompok ekonomi menengah ke bawah. Rumuskan bagaimana bidan harus bersikap dalam menjembatani konflik antara nilai budaya tersebut dengan kebutuhan nutrisi klinis ibu.
4. Bandingkan efektivitas asuhan antenatal konvensional yang hanya berfokus pada pemeriksaan fisik dengan asuhan suportif yang mengintegrasikan skrining psikologis menggunakan instrumen seperti *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Argumentasikan mengapa deteksi dini masalah kesehatan mental sangat krusial bagi keselamatan ibu dan janin.
5. Analisis mengapa riwayat paritas yang tinggi dan adanya penyakit penyerta seperti hipertensi kronis atau diabetes melitus memerlukan modifikasi asuhan kebidanan yang spesifik sejak trimester pertama. Kemukakan rencana kolaborasi dan rujukan yang harus dipersiapkan bidan untuk mengantisipasi risiko klinis terburuk pada pasien tersebut.

b. Pilihan Berganda

1. Seorang ibu hamil berusia 17 tahun datang ke klinik untuk memeriksakan kehamilan pertamanya. Ditinjau dari parameter risiko fisik, kelompok usia ini dikategorikan berisiko tinggi karena belum matangnya organ reproduksi. Berdasarkan standar klinis, berapakah rentang usia reproduksi sehat yang memiliki risiko komplikasi paling rendah?
 - a. 15–30 tahun
 - b. 18–35 tahun
 - c. 20–30 tahun
 - d. 20–35 tahun
 - e. 22–38 tahun
2. Dalam pemeriksaan antenatal, bidan melakukan pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) untuk mendeteksi dini risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK). Berapakah nilai batas minimal LiLA normal pada ibu hamil yang menunjukkan bahwa ibu tidak mengalami KEK?
 - a. 21,0 cm
 - b. 22,5 cm
 - c. 23,0 cm
 - d. 23,5 cm
 - e. 24,0 cm
3. Seorang ibu hamil trimester kedua terdeteksi memiliki kadar hemoglobin sebesar 10,2 g/dL. Berdasarkan klasifikasi parameter risiko fisik ibu hamil, kondisi ini dikategorikan sebagai anemia karena berada di bawah

nilai normal. Berapakah kadar hemoglobin minimal yang dikategorikan normal (rendah risiko) pada ibu hamil?

- a. 10,0 g/dL
- b. 10,5 g/dL
- c. 11,0 g/dL
- d. 11,5 g/dL
- e. 12,0 g/dL

4. Stres psikologis yang tidak terkelola dengan baik pada ibu hamil dapat memicu pelepasan hormon kortisol secara berlebihan. Mekanisme biokimia manakah yang menjelaskan bagaimana peningkatan kortisol maternal ini dapat mengganggu perkembangan janin di dalam rahim?

- a. Kortisol merangsang penurunan tekanan darah ibu sehingga janin kekurangan oksigen
- b. Kortisol menembus plasenta dan memengaruhi sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal janin
- c. Kortisol memicu peningkatan penyerapan zat besi yang beracun bagi plasenta
- d. Kortisol menurunkan produksi hormon progesteron secara drastis sejak awal kehamilan
- e. Kortisol menghalangi masuknya glukosa darah ibu ke dalam sirkulasi plasenta janin

5. Seorang ibu hamil G1P0A0 usia kehamilan 28 minggu menunjukkan tanda-tanda kecemasan ekstrem dan sering menangis. Bidan melakukan penilaian menggunakan instrumen *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) dan mendapatkan skor 13. Apakah interpretasi klinis dari hasil skor EPDS tersebut?

- a. Kondisi psikologis normal tanpa risiko depresi
 - b. Mengalami gangguan kepribadian ambang
 - c. Mengindikasikan depresi antenatal ringan hingga sedang
 - d. Menunjukkan kecenderungan psikosis masa kehamilan yang berat
 - e. Mengalami kecemasan situasional yang tidak memerlukan intervensi
6. Berdasarkan asuhan kebidanan yang berfokus pada kesejahteraan emosional, intervensi non-farmakologis apa yang paling tepat diberikan bidan untuk membantu ibu hamil yang mengalami kecemasan ringan hingga sedang menghadapi persalinan?
- a. Memberikan obat penenang dosis rendah setelah berkonsultasi dengan dokter
 - b. Menyarankan ibu untuk membatasi aktivitas fisik dan melakukan tirah baring total
 - c. Melatih teknik relaksasi napas dalam dan memfasilitasi yoga prenatal ringan
 - d. Merujuk langsung ke rumah sakit jiwa untuk penanganan psikoterapi intensif
 - e. Menganjurkan ibu untuk menghindari interaksi sosial termasuk dengan pasangan
7. Di sebuah wilayah, terdapat kepercayaan lokal bahwa ibu hamil dilarang makan ikan laut karena bayinya akan berbau amis dan persalinan akan menjadi sulit. Ditinjau dari sudut pandang gizi maternal, dampak negatif langsung yang ditimbulkan dari kepatuhan terhadap pantangan ini adalah...

- a. Ibu hamil berisiko tinggi mengalami kenaikan tekanan darah secara mendadak
 - b. Ibu hamil berisiko mengalami defisit protein hewani yang memicu anemia dan stunting janin
 - c. Terjadinya penumpukan cairan pada jaringan ekstremitas bawah ibu hamil
 - d. Menurunnya produksi hormon estrogen yang memicu keguguran spontan
 - e. Meningkatnya risiko diabetes gestasional akibat konsumsi karbohidrat berlebih
8. Ketika bidan menghadapi ibu hamil yang bersikeras mematuhi pantangan budaya yang merugikan kesehatannya, tindakan pertama yang paling mencerminkan kompetensi asuhan sensitif budaya (*culturally competent care*) adalah...
- a. Melarang keras ibu mengikuti adat tersebut dan mengancam tidak akan menolong persalinannya
 - b. Melaporkan kepercayaan adat tersebut kepada dinas kesehatan agar segera dilarang secara hukum
 - c. Melakukan negosiasi asuhan dengan memberikan pemahaman ilmiah tanpa menyinggung adat, serta mencari alternatif makanan pengganti
 - d. Mengabaikan kepercayaan tersebut karena menganggap fisik ibu masih tampak sehat dan normal
 - e. Meminta keluarga ibu untuk menghentikan segala bentuk upacara adat selama masa kehamilan
9. Seorang ibu hamil terdeteksi memiliki tekanan darah sebesar 145/95 mmHg saat kunjungan awal trimester kedua. Berdasarkan klasifikasi parameter risiko fisik,

tindakan asuhan kebidanan kolaboratif yang paling mendesak dilakukan adalah...

- a. Menganjurkan ibu untuk mengurangi konsumsi garam tanpa pemeriksaan lanjutan
 - b. Melakukan skrining preeklamsia, memeriksa protein urine, dan berkolaborasi dengan dokter
 - c. Memberikan suplemen zat besi dosis tinggi untuk meningkatkan daya tahan tubuh
 - d. Merujuk ibu untuk melakukan persalinan sesar segera pada hari yang sama
 - e. Menyarankan ibu untuk berolahraga berat guna menurunkan tekanan darah secara alami
10. Rendahnya tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga secara signifikan memengaruhi luaran kehamilan. Faktor ekonomi ini secara tidak langsung berkontribusi terhadap tingginya angka kematian ibu karena membatasi kemampuan keluarga dalam...
- a. Memilih jenis kelamin bayi yang diinginkan sejak masa konsepsi
 - b. Mengakses bahan makanan bergizi tinggi dan membiayai transportasi ke fasilitas kesehatan
 - c. Menentukan metode persalinan modern tanpa rasa sakit di klinik swasta
 - d. Membeli suplemen kehamilan impor yang tidak tersedia di puskesmas
 - e. Menghindari pemeriksaan ultrasonografi (USG) yang dianggap berbahaya bagi janin

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Ny. S, berusia 19 tahun, datang ke Puskesmas untuk kunjungan kehamilan pertamanya pada usia kehamilan 16 minggu. Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik, diketahui Ny. S menikah muda karena faktor ekonomi keluarga. Pemeriksaan fisik menunjukkan tinggi badan 145 cm, berat badan sebelum hamil 40 kg, Lingkar Lengan Atas (LiLA) 21 cm, tekanan darah 100/60 mmHg, dan kadar hemoglobin (Hb) 9,0 g/dL. Ny. S mengeluh sering pusing dan cepat lelah saat melakukan aktivitas rumah tangga sehari-hari. Sebagai bidan di puskesmas tersebut, lakukan analisis mendalam terhadap faktor-faktor risiko fisik dan sosial ekonomi yang saling berkaitan pada kasus Ny. S, serta rumuskan rencana asuhan kebidanan komprehensif dan kolaboratif yang harus diimplementasikan untuk mencegah komplikasi pada ibu dan janin.
2. Ny. R, berusia 32 minggu, G2P1A0, datang ke klinik bidan mandiri di sebuah daerah pedesaan dengan keluhan sering merasa cemas, susah tidur, dan merasa tidak sanggup menghadapi persalinan nanti karena trauma persalinan pertamanya yang berakhir dengan rujukan akibat persalinan lama. Di sisi lain, mertua Ny. R melarangnya makan telur dan ikan laut karena dipercaya membuat bayinya lengket di dalam rahim dan memperlama proses persalinan. Hasil pemeriksaan EPDS menunjukkan skor 14. Tekanan darah Ny. R naik menjadi 130/80 mmHg (sebelumnya selalu 110/70 mmHg). Analisis situasi psikologis dan sosiokultural yang dihadapi oleh Ny. R. Susunlah

sebuah strategi asuhan kebidanan yang sensitif budaya dan suportif psikologis, termasuk bagaimana melibatkan keluarga untuk mengatasi masalah kecemasan serta pemenuhan gizi Ny. R.

BAB 5

ASUHAN PADA KEHAMILAN

KUNJUNGAN AWAL DAN ULANG

A. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menentukan langkah-langkah pelayanan antenatal sesuai dengan prinsip asuhan kebidanan yang berpusat pada perempuan.
2. Mengimplementasikan teknik pengkajian data subjektif dan objektif secara komprehensif pada kunjungan awal kehamilan.
3. Mendemonstrasikan prosedur pemeriksaan fisik obstetrik serta pemilihan pemeriksaan penunjang yang tepat sesuai usia kehamilan.
4. Memodifikasi rencana asuhan kebidanan pada pelaksanaan kunjungan ulang kehamilan berdasarkan hasil pemantauan kesejahteraan ibu dan janin.
5. Menentukan tindak lanjut asuhan dan rujukan yang tepat berdasarkan hasil evaluasi temuan klinis selama kunjungan kehamilan.

B. Pendahuluan

Kematian ibu di Indonesia masih menjadi tantangan sosiomedis yang membutuhkan perhatian serius dari para calon bidan profesional. Deteksi dini faktor risiko komplikasi kehamilan sangat bergantung pada kualitas asuhan yang diberikan sejak kontak pertama antara ibu hamil dan tenaga kesehatan. Kunjungan awal dan kunjungan ulang bukan sekadar rutinitas administratif klinis, melainkan sebuah proses skrining dinamis untuk memetakan status kesehatan ibu dan janin secara holistik. Sebagai contoh, di sebuah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di wilayah sub-urban Jawa Barat, seorang ibu hamil bernama Ny. Sarah datang pada usia kehamilan 12 minggu tanpa keluhan berarti. Namun, melalui pengkajian awal yang terstruktur dan anamnesis riwayat keluarga yang mendalam, bidan berhasil mengidentifikasi adanya riwayat hipertensi esensial pada ibu kandung Ny. Sarah dan pola konsumsi tinggi natrium. Implikasi dari temuan ini adalah bidan dapat segera menyusun rencana asuhan preventif yang dipersonalisasi, melakukan pemantauan tekanan darah yang lebih ketat pada kunjungan ulang, serta memberikan edukasi nutrisi spesifik untuk mencegah terjadinya preeklamsia onset dini yang fatal bagi ibu maupun janin. Tanpa kecakapan dalam melakukan pengkajian awal yang tajam, peluang emas untuk mengintervensi risiko klinis seperti yang dialami Ny. Sarah akan terlewatkan begitu saja.

Buku ajar ini dirancang untuk membekali mahasiswa S1 Kebidanan dengan kemampuan klinis dan analitis yang kuat dalam mengelola kunjungan antenatal. Mahasiswa tidak hanya dituntut untuk menghafal prosedur, melainkan harus

mampu menerapkan pemikiran kritis dalam setiap tahapan asuhan, mulai dari anamnesis hingga pengambilan keputusan klinis. Untuk mencapai kompetensi tersebut, bab ini akan mengupas secara mendalam lima pilar utama asuhan kehamilan. Pembahasan akan diawali dengan pemahaman mengenai Tujuan dan Prinsip Pelayanan Antenatal yang berorientasi pada keselamatan pasien. Selanjutnya, mahasiswa akan mempelajari panduan praktis Pengkajian pada Kunjungan Awal Kehamilan untuk mengumpulkan data dasar yang akurat. Langkah berikutnya adalah pelaksanaan Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan Penunjang yang presisi guna menegakkan diagnosis kebidanan. Bab ini juga menuntun mahasiswa dalam merancang Pelaksanaan Kunjungan Ulang Kehamilan yang adaptif terhadap perkembangan klinis ibu. Akhirnya, bab ini akan ditutup dengan materi Evaluasi dan Tindak Lanjut Asuhan Kehamilan, yang mengajarkan cara menentukan langkah rujukan atau intervensi lanjutan secara cepat dan tepat.

C. Tujuan dan Prinsip Pelayanan Antenatal

Pelayanan Antenatal merupakan pilar utama dalam pemantauan kesehatan ibu hamil untuk memastikan kesejahteraan ibu dan Janin secara komprehensif. Sebagai bidan, penerapan asuhan ini tidak hanya berfokus pada pemeriksaan klinis semata, melainkan mengintegrasikan prinsip asuhan yang berpusat pada perempuan (*woman-centered care*). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021, standar Pelayanan Antenatal di Indonesia telah ditetapkan minimal enam kali kunjungan (ANC Terpadu) guna mendeteksi secara

dini komplikasi kehamilan yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayi.

Tujuan utama dari Pelayanan Antenatal adalah memantau kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang Janin, mendeteksi secara dini adanya komplikasi atau penyakit yang menyertai kehamilan, serta mempersiapkan persalinan yang aman dan trauma-minim. Selain itu, pelayanan ini bertujuan untuk mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal pada masa nifas (Cholifah & Rinata, 2022). Dengan demikian, bidan dituntut untuk memiliki kemampuan klinis yang mumpuni sekaligus keterampilan komunikasi terapeutik guna membangun kemitraan yang setara dengan ibu hamil.

DEFINISI

Pelayanan Antenatal Terpadu: Pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil oleh tenaga kesehatan terampil, terintegrasi dengan program pencegahan penyakit, guna menjamin kehamilan yang sehat dan persalinan yang aman.

Prinsip dasar dalam Pelayanan Antenatal modern mengedepankan pendekatan holistik dan promotif-preventif. Bidan harus menempatkan ibu hamil sebagai subjek aktif yang memiliki hak otonomi penuh atas tubuhnya, bukan sekadar objek medis. Dalam pelaksanaannya, bidan juga berkolaborasi dengan pendamping persalinan profesional atau keluarga dekat untuk memberikan dukungan emosional yang konstan selama masa transisi ini (Ulya dkk., 2026). Layanan yang berkualitas tinggi harus diberikan secara konsisten di seluruh

fasilitas kesehatan, baik di klinik swasta maupun Puskesmas pemerintah. Sebagai contoh, sebuah studi komparatif di Bandung dan Jakarta menunjukkan bahwa persepsi ibu hamil terhadap kualitas pelayanan yang ramah dan informatif berkorelasi kuat dengan kepatuhan mereka dalam melakukan kunjungan antenatal secara teratur (Mose dkk., 2026).

CONTOH

Di Puskesmas Kecamatan Jatinegara, Jakarta Timur, bidan menerapkan prinsip asuhan sayang ibu dengan menyediakan kelas ibu hamil yang interaktif. Selain memeriksa fisik, bidan memfasilitasi diskusi antardiskus mengenai perubahan psikologis dan persiapan persalinan. Pendekatan ini berhasil menurunkan tingkat kecemasan ibu hamil hingga 40% dan meningkatkan angka kehadiran kunjungan antenatal ulang secara signifikan karena ibu merasa didengarkan dan dihormati hak-haknya.

Implikasi klinis dari penerapan prinsip ini adalah penurunan angka komplikasi persalinan. Ketika bidan menerapkan standar asuhan dengan penuh rasa hormat, ibu hamil akan merasa aman untuk menyampaikan keluhan-keluhan kecil yang mungkin menjadi indikator awal patologi kehamilan. Kepercayaan yang terbangun ini memudahkan bidan dalam memberikan edukasi Nutrisi, menyusun rencana persalinan, serta merancang kesiapan menghadapi kegawatdaruratan bersama keluarga.

D. Pengkajian pada Kunjungan Awal Kehamilan

Pengkajian pada kunjungan awal kehamilan merupakan langkah krusial untuk menegaskan diagnosis kebidanan, memetakan faktor risiko maternal, dan menyusun rencana asuhan yang dipersonalisasi. Langkah ini melibatkan

pengumpulan data subjektif melalui anamnesis yang mendalam serta pengumpulan data objektif melalui pemeriksaan fisik terstruktur. Bidan harus mampu melakukan investigasi klinis yang tajam untuk mengidentifikasi riwayat kesehatan masa lalu, riwayat obstetri terdahulu, serta kondisi psikososial yang dapat memengaruhi jalannya kehamilan saat ini (Rinata, 2019).

Prosedur anamnesis pada kunjungan awal wajib menggali hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menentukan Usia Kehamilan secara akurat, mendata riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya, serta mengkaji gaya hidup ibu. Di Indonesia, kesadaran wanita usia subur mengenai pentingnya deteksi dini risiko kehamilan masih perlu dioptimalkan melalui pendekatan edukasi yang terstruktur di tingkat komunitas (Rachmawati dkk., 2026). Oleh karena itu, bidan harus memanfaatkan momentum kunjungan awal ini untuk mengeksplorasi seluruh aspek kesehatan ibu secara teliti. Kegagalan dalam melakukan anamnesis yang mendalam pada kunjungan pertama dapat menyebabkan terlewatkannya faktor risiko penting, seperti riwayat hipertensi gestasional atau diabetes melitus pada kehamilan terdahulu.

Sebagai panduan sistematis bagi mahasiswa dalam mengimplementasikan langkah ini di lahan praktik, struktur pengkajian awal beserta implikasi klinisnya disajikan dalam tabel berikut.

Bidan dapat menggunakan tabel berikut sebagai acuan cepat saat melakukan anamnesis dan pemeriksaan awal untuk memetakan kondisi ibu hamil secara sistematis.

Tabel 5. 1. Komponen Pengkajian Kunjungan Awal dan Tindakan Klinis

Kategori Pengkajian	Komponen Data yang Dikumpulkan	Metode Pengumpulan	Implikasi Klinis / Tindakan Bidan
Identitas & Sosial	Usia ibu, pekerjaan, dukungan suami, tingkat pendidikan	Wawancara langsung	Menilai kesiapan psikologis dan dukungan finansial keluarga
Riwayat Obstetri	Paritas, jarak kehamilan, riwayat abortus, jenis persalinan lalu	Anamnesis terstruktur	Skrining risiko persalinan prematur atau perdarahan pascapersalinan
Riwayat Medis	Penyakit jantung, diabetes, hipertensi, asma, penyakit menular	Tanya-jawab medis	Menentukan kebutuhan kolaborasi dengan dokter spesialis
Gaya Hidup	Pola Nutrisi, aktivitas fisik, paparan asap rokok, jam istirahat	Konseling laktasi & gizi	Intervensi dini perbaikan gizi dan pencegahan stunting pada Janin
Keluhan Utama	Mual muntah berat, pusing, nyeri perut, perdarahan pervaginam	Wawancara klinis	Membedakan ketidaknyamanan fisiologis dengan tanda bahaya

Tabel di atas mengklasifikasikan komponen pengkajian ke dalam lima domain utama yang saling terkait. Dari data tersebut, terlihat bahwa setiap informasi yang dikumpulkan

melalui metode wawancara langsung memiliki implikasi klinis yang spesifik. Misalnya, penemuan riwayat medis penyakit sistemik mengharuskan bidan segera melakukan rujukan horizontal maupun vertikal guna mencegah perburukan kondisi selama kehamilan.

⚠ PERHATIAN

Selalu lakukan validasi silang antara data HPHT yang disampaikan ibu dengan hasil pemeriksaan fisik tinggi fundus uteri. Jika terdapat perbedaan signifikan (lebih dari 2 cm atau selisih lebih dari 2 minggu), pertimbangkan pemeriksaan ultrasonografi (USG) segera untuk menepis kemungkinan adanya kesalahan penanggalan, pertumbuhan janin terhambat (PJT), atau kehamilan ganda (Munawarah dkk., 2024).

With mendokumentasikan hasil Pengkajian kunjungan awal ke dalam Buku KIA dan sistem rekam medis elektronik secara presisi, bidan tidak hanya mengamankan legalitas praktiknya, tetapi juga memberikan fondasi yang kuat bagi kelangsungan asuhan kebidanan yang berkesinambungan (*continuity of care*).

E. Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan Penunjang pada kehamilan merupakan rangkaian tindakan objektif untuk memvalidasi data subjektif yang telah diperoleh dari anamnesis. Melalui pemeriksaan yang presisi, bidan dapat mendeteksi penyimpangan dari Perubahan Fisiologis normal ke arah patologis. Prosedur Pemeriksaan Fisik meliputi penilaian keadaan umum, pengukuran tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan), pengukuran berat badan dan tinggi badan, pengukuran Lingkar Lengan Atas

(LILA) untuk skrining Kurang Energi Kronis (KEK), serta pemeriksaan obstetrik yang meliputi palpasi abdomen (Leopold I-IV), auskultasi denyut jantung Janin (DJJ), dan pemeriksaan ekstremitas untuk melihat adanya edema (Rosyidah, 2019).

Dalam konteks pelayanan kesehatan di Indonesia, pengukuran LILA menjadi sangat krusial karena status gizi ibu sebelum dan selama kehamilan berdampak langsung pada kejadian stunting pada balita kelak (Karlina, 2026). Ibu hamil dengan LILA kurang dari 23,5 cm diklasifikasikan mengalami KEK dan harus mendapatkan penanganan nutrisi yang intensif.

f FORMULA

Indeks Massa Tubuh (IMT):

$IMT = \text{Berat Badan (kg)} / (\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)})$

Gunakan formula ini pada kunjungan awal untuk menentukan target kenaikan berat badan yang direkomendasikan selama kehamilan.

Selain Pemeriksaan Fisik, Pemeriksaan Penunjang (laboratorium) wajib dilaksanakan sesuai standar minimal pelayanan antenatal terpadu. Pemeriksaan laboratorium dasar meliputi tes hemoglobin (Hb) untuk mendeteksi anemia, pemeriksaan protein urine untuk penapisan preeklamsia, glukosa urine untuk penapisan diabetes gestasional, serta pemeriksaan golongan darah dan rhesus. Pemeriksaan penunjang penapisan penyakit infeksi menular seksual dan sistemik, seperti HIV, Sifilis, dan Hepatitis B (Triple Elimination), juga harus ditawarkan secara rutin

kepada seluruh ibu hamil guna mencegah transmisi vertikal dari ibu ke Janin.

CONTOH

Di sebuah Puskesmas di Surakarta, Jawa Tengah, seorang ibu hamil trimester pertama terdeteksi memiliki kadar Hb sebesar 9,5 g/dL melalui pemeriksaan darah rutin. Bidan segera mengklasifikasikan kondisi ini sebagai anemia ringan (Arnianti dkk., 2022). Implikasi tindakannya adalah bidan memberikan suplementasi tablet tambah darah (TTD) disertai edukasi mengenai konsumsi makanan tinggi zat besi dan vitamin C, serta menjadwalkan pemeriksaan Hb ulang satu bulan kemudian untuk memantau efektivitas terapi.

Melalui integrasi pemeriksaan fisik obstetrik yang akurat dan hasil laboratorium penunjang yang valid, bidan dapat menegaskan diagnosis kebidanan dengan tingkat kepastian yang tinggi. Langkah ini memungkinkan dilakukannya intervensi terapeutik atau rujukan dini sebelum muncul gejala klinis yang mengancam jiwa ibu maupun Janin.

F. Pelaksanaan Kunjungan Ulang Kehamilan

Pelaksanaan kunjungan ulang kehamilan dirancang untuk terus memantau kesejahteraan ibu dan Janin, mendeteksi masalah baru yang timbul setelah kunjungan awal, serta mengadaptasi rencana asuhan sesuai dengan perkembangan usia gestasi. Frekuensi kunjungan ulang diatur secara berkala sepanjang kehamilan: minimal satu kali pada trimester kedua, dan minimal tiga kali pada trimester ketiga. Fokus pengkajian pada kunjungan ulang bergeser dari pengumpulan data dasar ke arah pemantauan parameter dinamis, seperti penambahan

berat badan ibu, fluktuasi tekanan darah, pertumbuhan tinggi fundus uteri, dan aktivitas gerakan Janin.

Bidan dituntut untuk jeli dalam mengevaluasi setiap perubahan yang dialami ibu. Sebagai contoh, peningkatan tekanan darah sistolik sebesar 15 mmHg atau diastolik sebesar 10 mmHg dari tekanan darah dasar pada kunjungan awal, meskipun masih berada di bawah 140/90 mmHg, harus dicurigai sebagai tanda awal preeklamsia yang memerlukan pemantauan ketat (Haslan & Trisutrisno, 2022). Deteksi dini ini sangat menentukan prognosis kehamilan, mengingat preeklamsia masih menjadi salah satu penyebab utama mortalitas maternal di Indonesia.

i CATATAN

Setiap kunjungan ulang adalah kesempatan emas bagi bidan untuk memperkuat ikatan emosional (*bonding*) dengan ibu. Dengarkan keluhan ketidaknyamanan fisik ringan seperti nyeri punggung bawah atau gangguan tidur, lalu berikan solusi berbasis bukti yang aman, seperti latihan peregangan ringan, yoga prenatal, ataupun pemberian kompres hangat untuk mengurangi sakit pinggang (Unknown, 2025).

Dalam melaksanakan kunjungan ulang di komunitas, bidan juga harus memberdayakan kader kesehatan setempat dan keluarga dekat. Keterlibatan aktif keluarga dalam mengenali tanda bahaya kehamilan secara dini sangat krusial untuk mencegah keterlambatan dalam pengambilan keputusan di tingkat rumah tangga (Sajidah dkk., 2025). Melalui edukasi yang konsisten pada setiap kunjungan ulang, ibu dan suaminya diharapkan mampu mengidentifikasi gejala-gejala abnormal seperti sakit kepala hebat, pandangan kabur, atau

berkurangnya gerakan Janin secara drastis, sehingga dapat segera mencari pertolongan medis tanpa menunda.

CONTOH

Ny. Dian, G2P1A0 usia kehamilan 32 minggu, datang ke Praktik Mandiri Bidan (PMB) di Sleman untuk kunjungan ulang rutin. Pada pemeriksaan Leopold, bidan menemukan tinggi fundus uteri tidak mengalami kenaikan yang adekuat selama 4 minggu terakhir. Bidan segera melakukan konseling mengenai pola istirahat, mengevaluasi asupan Nutrisi harian, dan merujuk Ny. Dian ke dokter spesialis obstetri dan ginekologi untuk pemeriksaan USG guna menilai kecukupan cairan ketuban dan aliran darah plasenta. Langkah preventif ini berhasil mendeteksi dini kondisi PJT sebelum terjadi gawat janin.

Melalui kunjungan ulang yang terencana dan sistematis, asuhan kebidanan dapat disesuaikan secara dinamis. Bidan tidak hanya memantau parameter klinis, tetapi juga secara aktif merevisi rencana persalinan (*birth plan*) bersama ibu untuk memastikan persalinan nantinya berlangsung secara aman, nyaman, dan selamat.

G. Evaluasi dan Tindak Lanjut Asuhan Kehamilan

Tahapan evaluasi dan tindak lanjut merupakan puncak dari proses pengambilan keputusan klinis dalam asuhan kebidanan. Setelah mengumpulkan seluruh data subjektif dan objektif, serta melakukan analisis mendalam, bidan harus mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah diberikan sebelumnya dan menentukan langkah strategis berikutnya. Tindak lanjut asuhan dapat bervariasi mulai dari melanjutkan rencana asuhan kebidanan rutin, memberikan konseling khusus, melakukan kolaborasi interprofesional, hingga

melaksanakan rujukan segera ke fasilitas kesehatan sekunder atau tersier bila ditemukan tanda-tanda bahaya.

Pengambilan keputusan klinis ini harus didukung oleh sistem peringatan dini yang andal. Penggunaan metode atau aplikasi pendukung keputusan berbasis teknologi saat ini sangat direkomendasikan untuk membantu bidan di lapangan dalam memetakan tingkat risiko preeklamsia secara cepat dan akurat (Fitrilina dkk., 2021). Ketika hasil evaluasi menunjukkan adanya parameter abnormal yang tidak dapat dikelola di tingkat pelayanan primer, bidan wajib segera mempersiapkan rujukan dengan prinsip stabilisasi kondisi pasien terlebih dahulu guna mencegah terjadinya komplikasi yang lebih fatal selama perjalanan menuju rumah sakit.

⚠ PERHATIAN

Selalu terapkan prinsip rujukan tepat waktu (*early referral*) dan hindari penundaan akibat birokrasi medis. Pastikan prinsip stabilisasi kondisi ibu (airway, breathing, circulation) telah dilakukan dengan optimal sebelum merujuk kasus kegawatdaruratan obstetri seperti eklamsia atau perdarahan hebat (Adhelia & Hendroko, 2025).

Dalam kasus kehamilan dengan risiko tinggi yang teridentifikasi sejak awal atau selama kunjungan ulang, bidan harus merancang rencana tindak lanjut yang komprehensif. Sebagai contoh, penanganan ibu hamil dengan penyulit kehamilan kembar (*gemelli*) memerlukan koordinasi yang sangat ketat antara bidan di fasilitas primer dan dokter spesialis di rumah sakit rujukan karena tingginya risiko persalinan prematur dan perdarahan postpartum (Nazilah, 2026).

Tindak lanjut asuhan juga mencakup pendokumentasian seluruh rangkaian evaluasi ke dalam catatan perkembangan dengan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Penatalaksanaan). Dokumentasi yang akurat dan legal ini penting untuk menjamin kesinambungan asuhan serta sebagai alat komunikasi yang sah antar anggota tim kesehatan. Dengan melaksanakan evaluasi yang objektif dan menentukan tindak lanjut asuhan yang tepat sasaran, bidan berperan aktif dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia, sekaligus memberikan pengalaman kehamilan yang aman, bermartabat, dan memberdayakan bagi setiap perempuan.

H. Rangkuman

Pelayanan antenatal terpadu yang berpusat pada perempuan (*woman-centered care*) berfungsi sebagai pilar utama dalam pemantauan komprehensif kesehatan maternal dan fetal guna mendeteksi komplikasi secara dini serta meminimalkan risiko kematian ibu dan bayi. Berdasarkan standar regulasi kesehatan nasional, pemantauan ini membutuhkan minimal enam kali kunjungan terstruktur guna memastikan transisi kehamilan berjalan aman, mempersiapkan peran keluarga, serta merencanakan persalinan yang minim trauma. Dalam praktiknya, pengkajian awal kehamilan menjadi fase paling krusial bagi bidan untuk mengumpulkan data subjektif melalui anamnesis mendalam dan data objektif melalui pemeriksaan fisik yang sistematis. Proses pengumpulan informasi ini mencakup analisis riwayat obstetri terdahulu, skrining penyakit sistemik penyerta, evaluasi gaya hidup, serta pemetaan faktor risiko sosial ekonomi guna merumuskan rencana asuhan kebidanan yang dipersonalisasi. Bidan dituntut melakukan validasi silang

yang sangat teliti antara data hari pertama haid terakhir dengan pemeriksaan fisik tinggi fundus uteri guna mengantisipasi kesalahan penanggalan, mendeteksi pertumbuhan janin terhambat, atau mendeteksi kehamilan ganda secara dini. Lebih lanjut, pemeriksaan fisik dan penunjang, termasuk pengukuran lingkaran lengan atas untuk skrining kurang energi kronis serta pemeriksaan palpasi abdomen, berfungsi memvalidasi keluhan subjektif ibu dan mendeteksi pergeseran kondisi dari fisiologis ke arah patologis. Dengan mengintegrasikan komunikasi terapeutik yang ramah, menghormati otonomi tubuh ibu, serta mendokumentasikan setiap temuan klinis secara disiplin, bidan mampu membangun kepercayaan pasien yang berkorelasi langsung dengan kepatuhan kunjungan ulang, sehingga menjamin keberlanjutan asuhan kebidanan yang aman, holistik, serta promotif-preventif di tingkat komunitas maupun fasilitas kesehatan rujukan. Pada akhirnya, keberhasilan pelayanan ini tidak hanya ditentukan oleh aspek klinis semata, melainkan oleh kolaborasi aktif antara bidan, ibu hamil, dan keluarga dalam menciptakan lingkungan emosional yang mendukung selama masa transisi kehamilan.

I. Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana penerapan prinsip asuhan yang berpusat pada perempuan (*woman-centered care*) oleh seorang bidan dapat secara signifikan memengaruhi tingkat kepatuhan ibu hamil dalam melakukan kunjungan ulang antenatal secara teratur.
2. Bandingkan implikasi klinis antara kesalahan penentuan hari pertama haid terakhir (HPHT) yang

tidak divalidasi dengan kondisi klinis aktual pertumbuhan janin terhambat (*intrauterine growth restriction*) pada kunjungan awal kehamilan.

3. Evaluasi signifikansi pengkajian riwayat obstetri masa lalu pada kunjungan awal kehamilan dalam meminimalkan risiko kematian ibu akibat perdarahan pascapersalinan atau preeklamsia pada kehamilan saat ini.
4. Rumuskan strategi komunikasi terapeutik dan tindakan klinis yang harus diambil bidan ketika menemukan perbedaan pengukuran tinggi fundus uteri sebesar lebih dari tiga sentimeter dibandingkan dengan usia kehamilan berdasarkan data HPHT ibu.
5. Telaah mengapa pengukuran lingkaran lengan atas (LLA) dan validasi gaya hidup pada kunjungan awal kehamilan merupakan komponen promotif-preventif yang sangat krusial dalam memutus rantai kejadian stunting pada janin secara nasional.

b. Pilihan Berganda

1. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021, berapakah jumlah minimal kunjungan antenatal yang harus dilakukan oleh ibu hamil selama masa kehamilannya?
 - a. Tiga kali kunjungan
 - b. Empat kali kunjungan
 - c. Lima kali kunjungan
 - d. Enam kali kunjungan
 - e. Tujuh kali kunjungan

2. Manakah dari prinsip berikut yang mencerminkan penerapan *woman-centered care* dalam pelayanan antenatal?
 - a. Memperlakukan ibu hamil sebagai objek medis pasif selama pemeriksaan fisik
 - b. Menempatkan ibu hamil sebagai subjek aktif yang memiliki hak otonomi penuh atas tubuhnya
 - c. Mengambil seluruh keputusan medis kebidanan tanpa perlu melibatkan diskusi dengan keluarga
 - d. Memprioritaskan pemeriksaan penunjang laboratorium di atas komunikasi terapeutik
 - e. Membatasi peran pendamping persalinan atau keluarga selama kunjungan antenatal
3. Seorang bidan menemukan selisih lebih dari 2 minggu antara data HPHT ibu dengan tinggi fundus uteri saat pemeriksaan fisik. Tindakan klinis awal apakah yang paling tepat direkomendasikan?
 - a. Melakukan rujukan vertikal untuk pemeriksaan ultrasonografi segera
 - b. Mengabaikan perbedaan tersebut karena dianggap variasi fisiologis biasa
 - c. Langsung memberikan terapi obat pemacu pertumbuhan janin
 - d. Meminta ibu datang kembali satu bulan lagi untuk evaluasi ulang
 - e. Mengubah data HPHT ibu secara sepihak agar sesuai dengan tinggi fundus
4. Pemeriksaan fisik objektif yang paling tepat digunakan untuk melakukan skrining awal risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil pada kunjungan pertama adalah...

- a. Pengukuran berat badan secara periodik
 - b. Pengukuran tinggi badan pada awal kehamilan
 - c. Pengukuran lingkar lengan atas
 - d. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang menyeluruh
 - e. Pemeriksaan kadar hemoglobin dalam darah
5. Tujuan klinis utama dari pengkajian riwayat paritas, jarak kehamilan, dan jenis persalinan terdahulu pada kunjungan awal adalah untuk...
- a. Menentukan jenis kelamin janin yang sedang dikandung saat ini
 - b. Menyusun anggaran biaya persalinan yang dibutuhkan oleh keluarga
 - c. Melakukan skrining risiko persalinan prematur dan perdarahan pascapersalinan
 - d. Memilih metode kontrasepsi yang langsung digunakan setelah melahirkan
 - e. Mengurangi durasi pemeriksaan fisik pada kunjungan antenatal berikutnya
6. Berdasarkan contoh studi kasus di Puskesmas Jatinegara, pendekatan asuhan sayang ibu melalui penyediaan kelas ibu hamil yang interaktif terbukti mampu...
- a. Mempercepat durasi persalinan kala satu secara drastis
 - b. Menurunkan kecemasan ibu hamil dan meningkatkan kunjungan ulang
 - c. Menggantikan seluruh peran dokter spesialis kebidanan dalam rujukan
 - d. Menghilangkan kebutuhan pemeriksaan fisik palpasi Leopold

- e. Memastikan semua ibu hamil melahirkan secara sectio caesarea
- 7. Manakah di antara komponen berikut yang diklasifikasikan sebagai data subjektif yang diperoleh melalui anamnesis pada kunjungan awal?
 - a. Tinggi fundus uteri dan denyut jantung janin
 - b. Riwayat penyakit jantung, gaya hidup, dan keluhan utama
 - c. Hasil pemeriksaan kadar hemoglobin darah
 - d. Pengukuran lingkaran lengan atas dan berat badan
 - e. Hasil palpasi abdomen menggunakan metode Leopold
- 8. Apabila pada kunjungan awal ditemukan riwayat medis penyakit sistemik seperti hipertensi gestasional pada kehamilan terdahulu, tindakan kolaboratif yang harus segera direncanakan bidan adalah...
 - a. Memberikan dosis tinggi obat antihipertensi tanpa konsultasi
 - b. Merujuk ibu untuk kolaborasi dengan dokter spesialis terkait
 - c. Menyarankan ibu untuk menghentikan kunjungan antenatal
 - d. Melakukan pemeriksaan penunjang urine setiap minggu secara mandiri
 - e. Meminta ibu melakukan diet ketat tanpa garam selama kehamilan
- 9. Fungsi utama dari pelaksanaan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pada kunjungan antenatal adalah untuk...
 - a. Memvalidasi data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis

- b. Menentukan status sosial ekonomi dan dukungan finansial keluarga
 - c. Menggantikan peran anamnesis dalam menegakkan diagnosis kebidanan
 - d. Mempersingkat waktu pelayanan antenatal di fasilitas kesehatan
 - e. Menghindari tuntutan hukum malpraktik tanpa menilai kondisi klinis
10. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021, tujuan utama diterapkannya standar pelayanan antenatal minimal enam kali kunjungan adalah untuk...
- a. Menurunkan biaya operasional fasilitas pelayanan kesehatan primer
 - b. Mendeteksi secara dini komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa ibu dan bayi
 - c. Memastikan semua ibu hamil melahirkan di rumah sakit tipe A
 - d. Mempercepat proses administrasi jaminan kesehatan nasional
 - e. Menghilangkan peran dukun bayi dalam seluruh proses persalinan.

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Ny. A, G2P1A0, usia kehamilan 10 minggu berdasarkan HPHT, datang ke Puskesmas untuk kunjungan awal. Hasil anamnesis menunjukkan riwayat persalinan lalu mengalami perdarahan postpartum akibat atonia uteri. Pada pemeriksaan fisik saat ini, TD 110/70 mmHg, nadi 82 x/menit, LILA 22 cm (menunjukkan risiko Kurang Energi Kronis). Ny. A mengaku cemas karena

jarak kehamilannya yang cukup dekat (14 bulan) dan belum mendapatkan dukungan penuh dari suami yang bekerja di luar kota. Analisis faktor risiko maternal yang dihadapi oleh Ny. A berdasarkan hasil pengkajian awal tersebut, dan rumuskan rencana tindakan asuhan kebidanan promotif-preventif serta kolaboratif yang harus dilakukan oleh bidan untuk meminimalkan komplikasi.

2. Ny. B, G1P0A0, datang ke klinik bidan mandiri menyatakan terlambat haid 3 bulan. Hasil anamnesis menunjukkan HPHT yang meragukan karena siklus haid tidak teratur. Bidan melakukan pemeriksaan fisik dan mendapati tinggi fundus uteri berada 3 jari di atas simfisis (sesuai usia kehamilan sekitar 12 minggu), namun ibu bersikeras bahwa ia baru hamil sekitar 6 minggu berdasarkan alat tes kehamilan mandiri yang ia gunakan di rumah. Ibu menolak untuk dirujuk melakukan USG karena kendala biaya. Evaluasi konflik penentuan usia kehamilan pada kasus Ny. B. Argumentasikan bagaimana bidan harus bersikap dalam mengedepankan hak otonomi ibu sekaligus menjaga keselamatan klinis janin melalui manajemen rujukan atau validasi data yang tepat.

BAB 6

KIE PADA KEHAMILAN SESUAI TAHAP PERKEMBANGAN

A. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan konsep komunikasi terapeutik dan teknik KIE yang efektif dalam asuhan kehamilan.
2. Menentukan materi dan media KIE yang relevan untuk mengatasi perubahan fisiologis serta psikologis pada trimester pertama.
3. Mengimplementasikan strategi KIE yang sesuai untuk mendukung optimalisasi tumbuh kembang janin dan persiapan laktasi pada trimester kedua.
4. Memilih metode KIE persiapan persalinan dan deteksi dini tanda bahaya kehamilan pada trimester ketiga berdasarkan kondisi spesifik ibu hamil.
5. Mendemonstrasikan teknik evaluasi pemahaman dan perubahan perilaku kesehatan ibu hamil setelah pemberian edukasi.

B. Pendahuluan

Keberhasilan asuhan kebidanan pada kehamilan tidak hanya diukur dari ketepatan diagnosis klinis, melainkan juga dari sejauh mana ibu hamil mampu memahami kondisi dirinya dan mengambil keputusan kesehatan yang tepat. Di Indonesia, tingginya angka kematian ibu masih sering dikaitkan dengan kasus keterlambatan dalam mengenali tanda bahaya kehamilan dan mengambil keputusan di tingkat keluarga. Fenomena ini kerap kali berakar pada lemahnya kualitas Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) yang diberikan oleh praktisi kesehatan selama kunjungan antenatal. Sering kali, bidan terjebak dalam rutinitas pemeriksaan fisik yang mekanis—seperti mengukur tekanan darah, menimbang berat badan, dan mengukur tinggi fundus uteri—tanpa mengalokasikan waktu yang cukup untuk berdialog secara terapeutik. Akibatnya, pesan-pesan penting mengenai gizi, tanda bahaya, dan persiapan persalinan tidak tersampaikan dengan efektif, menyisakan jurang pemahaman yang lebar pada diri ibu hamil. Bagi mahasiswa asuhan kebidanan, menguasai seni dan ilmu KIE yang berpusat pada perempuan adalah kompetensi mutlak yang akan menentukan efektivitas asuhan di lapangan.

Pemberian KIE kehamilan tidak dapat disamaratakan; edukasi ini bersifat dinamis dan harus disesuaikan dengan tahap perkembangan gestasi serta kondisi psikososial ibu. Setiap trimester membawa perubahan fisiologis dan kecemasan psikologis yang unik. Sebagai contoh, memberikan informasi detail tentang mekanisme persalinan pada kunjungan trimester pertama tidak hanya tidak relevan, tetapi juga berpotensi memicu kecemasan berlebih pada ibu yang

sedang berjuang melawan mual muntah hebat. Sebaliknya, menunda edukasi mengenai tanda bahaya preeklampsia hingga trimester ketiga dapat berakibat fatal jika gejala tersebut sebenarnya sudah mulai tampak sejak pertengahan trimester kedua. Oleh karena itu, bidan dituntut untuk mampu menganalisis kebutuhan spesifik ibu hamil pada setiap fase perkembangannya, memodifikasi pesan agar mudah dipahami, dan menggunakan media edukasi yang interaktif serta kontekstual agar pesan tersebut benar-benar berdampak pada perilaku kesehatan ibu sehari-hari.

Guna membekali mahasiswa dengan kemampuan aplikatif tersebut, bab ini akan mengupas tuntas seluruh aspek KIE kehamilan secara sistematis dan komprehensif. Pembahasan akan diawali dengan konsep komunikasi, informasi, dan edukasi kehamilan sebagai landasan teoretis interaksi bidan dan pasien. Selanjutnya, materi akan diarahkan pada penerapan KIE yang spesifik pada kehamilan trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga, lengkap dengan panduan praktis dan studi kasus riil di komunitas. Bab ini akan diakhiri dengan pembahasan mengenai metode evaluasi pemahaman dan perubahan perilaku ibu hamil, yang menjadi indikator utama keberhasilan dari seluruh proses edukasi yang telah diberikan.

C. Konsep Komunikasi, Informasi, dan Edukasi Kehamilan

Pelaksanaan asuhan antenatal yang berkualitas tidak hanya berfokus pada pemeriksaan fisik klinis, melainkan juga pada bagaimana bidan mentransfer pengetahuan secara efektif kepada ibu hamil. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dalam pelayanan kebidanan merupakan pilar utama

untuk menjembatani kesenjangan pengetahuan kesehatan yang sering kali memicu keterlambatan pengambilan keputusan di tingkat keluarga. Secara konseptual, KIE bukan sekadar proses penyampaian pesan searah (edukasi instruktif), melainkan sebuah interaksi terapeutik dua arah yang bertujuan untuk membangun kesadaran kritis, kemandirian, dan perubahan perilaku kesehatan yang berkelanjutan pada diri ibu hamil (Cholifah & Rinata, 2022). Bidan yang kompeten harus mampu menggeser paradigma asuhan dari yang bersifat mekanis menjadi dialogis-humanis.

Dalam menerapkan KIE kehamilan, penggunaan media pembelajaran yang interaktif dan aplikatif sangat menentukan tingkat penerimaan informasi oleh ibu hamil. Komunikasi interpersonal yang didukung oleh media visual terbukti lebih efektif dibandingkan dengan konseling verbal tanpa alat bantu. Sebagai contoh nyata di Indonesia, bidan di Praktik Mandiri Bidan (PMB) Kusni Sri Mawarti, Bantul, Yogyakarta, menerapkan metode konseling menggunakan media lembar balik (flipchart) untuk membantu ibu hamil memahami materi kesehatan secara visual dan berurutan (Zubaidah dkk., 2025). Implikasi dari penggunaan media lembar balik ini adalah terciptanya suasana diskusi yang lebih interaktif, di mana ibu tidak hanya menjadi pendengar pasif, melainkan aktif bertanya dan mencocokkan ilustrasi gambar dengan pengalaman fisik yang dirasakannya sehari-hari.

I CATATAN

Penggunaan media visual seperti lembar balik dan Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) sangat direkomendasikan karena struktur kognitif ibu hamil di Indonesia sangat terbantu oleh representasi visual konkret dibandingkan dengan penjelasan teoretis yang abstrak.

Untuk memetakan pendekatan edukasi yang tepat sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan ibu hamil di lapangan, bidan dapat menggunakan panduan pemilihan metode komunikasi dan media yang sistematis.

Tabel 6. 1. Metode dan Media KIE Berdasarkan Kebutuhan Pembelajaran Ibu Hamil

Metode KIE	Media Utama	Sasaran Utama	Fokus Kompetensi Ibu	Penerapan Praktis di Lapangan
Konseling Individu	Lembar Balik (Flipchart), Buku KIA	Ibu hamil dengan masalah spesifik	Memodifikasi perilaku harian secara personal	Konseling gizi ibu hamil dengan anemia di Puskesmas
Diskusi Kelompok	Buku KIA, Video Interaktif	Kelompok Kelas Ibu Hamil	Berbagi pengalaman dan dukungan sosial	Kelas Ibu Hamil bulanan di Posyandu
Demonstrasi Praktis	Alat peraga (model panggul, boneka bayi)	Ibu hamil trimester III dan suami	Menguasai keterampilan fisik persalinan & laktasi	Simulasi teknik menyusui dan posisi persalinan
Edukasi Digital	Aplikasi kesehatan (Android), Infografis	Wanita Usia Subur (WUS) & Ibu hamil muda	Deteksi dini mandiri dan kesiapan kehamilan	Skrining risiko preeklampsia berbasis aplikasi mobile

Tabel 6.1 menunjukkan bahwa setiap metode KIE memiliki karakteristik unik yang harus dipilih secara cermat oleh bidan untuk mencapai Capaian Pembelajaran tertentu. Keberhasilan KIE di tingkat komunitas sangat bergantung pada ketepatan bidan dalam mengombinasikan metode interpersonal (seperti

konseling individu) dengan media taktil-visual yang mudah dijangkau dan dipahami oleh ibu hamil serta keluarganya.

D. KIE pada Kehamilan Trimester Pertama

Kehamilan trimester pertama merupakan fase transisi krusial yang ditandai dengan adaptasi fisiologis dan psikologis yang intensif. Pada fase ini, ibu sering kali mengalami ketidaknyamanan seperti mual muntah (*emesis gravidarum*), kelelahan ekstrem, dan kecemasan akan keselamatan janinnya. Fokus KIE pada trimester pertama adalah membantu ibu dan keluarga memahami perubahan fisiologis normal, mengoptimalkan asupan nutrisi awal, serta mendeteksi secara dini tanda-tanda bahaya yang mengancam kelangsungan kehamilan, seperti abortus iminen (Rosyidah, 2019). Bidan dituntut untuk menerapkan teknik komunikasi terapeutik yang menenangkan agar dapat menurunkan kecemasan ibu hamil yang baru pertama kali mengalami kehamilan.

Materi edukasi utama pada trimester pertama meliputi pencegahan anemia defisiensi besi dan pemenuhan kebutuhan mikronutrien penting seperti asam folat. Anemia pada awal kehamilan merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan, berat badan lahir rendah, dan hambatan tumbuh kembang janin (Arnianti dkk., 2022). Oleh karena itu, bidan harus mampu memberikan KIE yang aplikatif mengenai cara mengonsumsi tablet tambah darah (TTD) yang benar—misalnya diminum pada malam hari sebelum tidur menggunakan air putih atau jus buah yang kaya vitamin C, serta menghindari konsumsi bersama teh, kopi, atau susu yang dapat menghambat penyerapan zat besi. Pemahaman mengenai reaksi kimia dan metabolisme zat gizi

ini juga didasarkan pada konsep-konsep dasar sains (Kartika, 2017).

PERHATIAN

Kegagalan ibu dalam mengonsumsi zat besi secara konsisten pada trimester pertama sering kali disebabkan oleh kurangnya edukasi mengenai efek samping mual, sehingga bidan harus mengantisipasi hal ini dengan memberikan edukasi strategi mitigasi efek samping tersebut sejak dini.

Selain aspek nutrisi, edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan muda harus disampaikan dengan sangat hati-hati agar tidak menimbulkan kepanikan, namun tetap membangun kewaspadaan yang tinggi.

CONTOH

Di wilayah kerja Puskesmas Astambul, Kalimantan Selatan, bidan menginisiasi program pemberdayaan keluarga dan kader untuk mengenali tanda bahaya abortus, seperti flek perdarahan pervaginam dan kram perut bagian bawah (Sajidah dkk., 2025). Melalui KIE yang terstruktur, suami dan keluarga diajarkan untuk segera membawa ibu ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila tanda-tanda tersebut muncul, tanpa menunda waktu untuk berdiskusi terlalu lama di rumah.

Implikasi dari asuhan KIE yang terfokus pada trimester pertama ini tidak hanya berdampak pada keselamatan obstetrik jangka pendek. Penanganan masalah kesehatan non-obstetrik yang muncul di awal kehamilan, seperti appendisitis akut atau infeksi akut lainnya, juga memerlukan pemahaman ibu mengenai pentingnya rujukan dan kolaborasi medis (Yulianti Bisri & Bisri, 2026). Dengan KIE yang adekuat, ibu

hamil trimester pertama akan memiliki kesiapan mental dan pengetahuan untuk menghadapi proses kehamilan selanjutnya dengan percaya diri dan aman.

E. KIE pada Kehamilan Trimester Kedua

Trimester kedua sering kali disebut sebagai "periode keemasan" (golden period) kehamilan, di mana sebagian besar ketidaknyamanan fisik awal seperti mual dan muntah mulai mereda. Pada fase ini, fokus KIE bergeser ke arah pemantauan pertumbuhan janin, pengenalan gerakan janin pertama (quickening), persiapan laktasi dini, serta pencegahan komplikasi jangka panjang seperti stunting dan preeklampsia. Ibu hamil pada trimester kedua biasanya lebih stabil secara emosional, sehingga menjadi waktu yang paling ideal bagi bidan untuk memberikan edukasi yang lebih mendalam mengenai pola hidup sehat dan pemantauan mandiri (Cholifah & Rinata, 2022).

Edukasi mengenai pencegahan stunting harus dimulai secara intensif sejak janin berada di dalam kandungan. Bidan perlu mengimplementasikan strategi KIE yang berfokus pada keragaman pangan dan asupan gizi makro maupun mikro yang adekuat. Sebagai contoh, dalam kegiatan kebidanan komunitas di Kelurahan Husein Sastranegara, Kota Bandung, bidan memberikan edukasi mengenai pola makan "Isi Piringku" yang disesuaikan dengan ketersediaan pangan lokal guna memastikan ibu mendapatkan asupan protein hewani dan zat besi yang cukup (Karlina, 2026). Implikasi dari edukasi gizi yang tepat sasaran pada pertengahan kehamilan ini adalah optimalisasi berat badan lahir janin dan pencegahan hambatan pertumbuhan intrauterin.

i CATATAN

Trimester kedua adalah momen terbaik bagi bidan untuk mengajak suami atau pendamping persalinan terlibat aktif dalam sesi KIE, karena tingkat penerimaan informasi pada fase ini berada pada titik tertinggi sebelum ibu mulai terdistraksi oleh beban fisik trimester ketiga.

Selain pemenuhan gizi, peningkatan literasi ibu mengenai deteksi dini faktor risiko kehamilan juga sangat krusial pada trimester ini. Wanita usia subur dan ibu hamil harus dibekali dengan kemampuan untuk mengenali faktor risiko obstetri secara mandiri. Di Dusun Nayan, Yogyakarta, bidan melakukan optimalisasi pengetahuan ibu hamil mengenai skrining mandiri risiko tinggi menggunakan instrumen sederhana seperti skor Poedji Rochjati (Rachmawati dkk., 2026). Melalui edukasi ini, ibu yang teridentifikasi memiliki risiko tinggi—seperti riwayat hipertensi, jarak kehamilan terlalu dekat, atau usia terlalu tua—dapat dipersiapkan untuk menjalani persalinan di fasilitas kesehatan sekunder yang memiliki fasilitas penanganan komplikasi lengkap.

Kualitas pelayanan antenatal (ANC) yang dirasakan langsung oleh ibu hamil di klinik akan menentukan tingkat kepatuhan mereka dalam melakukan kunjungan ulang secara berkala (Mose dkk., 2026). Oleh karena itu, bidan harus memanfaatkan setiap kunjungan trimester kedua untuk memberikan KIE yang personal, suportif, dan berbasis bukti, sehingga ibu merasa didengar dan dihargai sepanjang proses kehamilannya.

F. KIE pada Kehamilan Trimester Ketiga

Memasuki trimester ketiga, ibu hamil kembali menghadapi tantangan fisik dan psikologis yang berbeda dari trimester sebelumnya. Beban mekanis akibat pembesaran rahim yang signifikan sering kali menimbulkan ketidaknyamanan muskuloskeletal, seperti nyeri punggung bawah, sulit tidur, dan kecemasan menjelang persalinan. Pada tahap perkembangan ini, KIE difokuskan pada manajemen ketidaknyamanan akhir kehamilan, persiapan persalinan yang aman (Pencegahan Persalinan dan Penanganan Komplikasi/P4K), inisiasi menyusui dini, serta pengenalan tanda-tanda persalinan riil (K, 2019).

Nyeri punggung bawah merupakan keluhan yang paling sering dilaporkan oleh ibu hamil trimester ketiga akibat perubahan postur tubuh dan tarikan gravitasi ke depan. Bidan dapat menerapkan KIE mengenai terapi non-farmakologis untuk mengatasi masalah ini. Salah satu pendekatan yang efektif adalah mengajarkan teknik yoga prenatal untuk meregangkan otot-otot panggul dan punggung (Unknown, 2025). Selain yoga, penggunaan *elastic therapeutic taping* (ETT) pada area punggung bawah juga dapat direkomendasikan sebagai salah satu alternatif teknologi fisioterapi yang terbukti mengurangi skala nyeri secara signifikan (Vanielatama dkk., 2024).

CONTOH

Ibu hamil G1P0A0 di Puskesmas Batujajar yang mengeluhkan gangguan tidur akibat nyeri punggung diajarkan gerakan yoga sederhana di rumah seperti *cat-cow pose* dan teknik pernapasan relaksasi. Pendekatan edukasi ini terbukti membantu ibu

mengelola rasa nyerinya secara mandiri tanpa ketergantungan obat kimia (Unknown, 2025).

Selain kenyamanan fisik, persiapan psikologis menghadapi persalinan juga memerlukan perhatian khusus dari bidan. Edukasi mengenai peran pendamping persalinan atau doula sangat penting diberikan pada trimester ini. Kehadiran doula atau pendamping persalinan yang terlatih secara psikologis terbukti mampu mengurangi kecemasan ibu, memberikan kenyamanan emosional, dan menurunkan intensitas nyeri persalinan yang dirasakan (Ulya dkk., 2026). Bidan harus mengedukasi suami mengenai perannya sebagai pelindung dan pemberi dukungan emosional utama saat proses persalinan berlangsung nanti.

KIE trimester ketiga harus ditutup dengan pemantapan rencana persalinan yang matang, termasuk penentuan tempat persalinan, penolong persalinan, calon pendonor darah, dan sarana transportasi darurat (Rinata, 2019). Dengan perencanaan yang komprehensif ini, keterlambatan penanganan kegawatdaruratan di tingkat komunitas dapat dicegah secara sistematis.

G. Evaluasi Pemahaman dan Perubahan Perilaku Ibu Hamil

Keberhasilan seluruh rangkaian kegiatan KIE yang telah diberikan sejak trimester pertama tidak diukur dari seberapa banyak informasi yang disampaikan oleh bidan, melainkan dari seberapa besar perubahan perilaku kesehatan yang ditunjukkan oleh ibu hamil dalam kehidupan sehari-hari (Indayani, 2019). Oleh karena itu, langkah evaluasi

pemahaman merupakan tahapan kritis dalam asuhan kebidanan yang tidak boleh diabaikan. Bidan harus terampil menggunakan metode evaluasi interaktif seperti metode *teach-back* (meminta ibu menjelaskan kembali dengan bahasanya sendiri) dan demonstrasi balik untuk memastikan tidak ada miskonsepsi dalam menerima pesan kesehatan.

Salah satu wadah evaluasi kelompok yang sangat efektif di Indonesia adalah Kelas Ibu Hamil. Melalui program ini, bidan tidak hanya memaparkan materi Buku KIA, tetapi juga mengevaluasi tingkat pengetahuan dan keterampilan ibu secara berkala melalui diskusi interaktif dan pembagian pengalaman antarsesama ibu hamil (Kasmiati, 2024). Evaluasi pemahaman dalam forum ini dapat memicu motivasi sosial di antara para ibu untuk saling mengingatkan mengenai pentingnya menjaga kebersihan gigi (Unknown, 2021) atau kepatuhan minum tablet zat besi secara teratur untuk mencegah kelahiran prematur.

⚠ PERHATIAN

Bidan sering kali melakukan kesalahan evaluasi dengan hanya menanyakan "Apakah Ibu sudah paham?", yang biasanya dijawab "Ya" secara otomatis oleh ibu karena sungkan. Gantilah dengan pertanyaan terbuka seperti "Bisa tolong Ibu jelaskan kembali bagaimana cara minum tablet tambah darah yang benar di rumah?"

Dalam konteks kebidanan komunitas, proses evaluasi ini juga harus melibatkan pemberdayaan kader kesehatan dan anggota keluarga terdekat. Dukungan dari suami dan keterlibatan aktif kader posyandu sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku ibu hamil di rumah (Sajidah dkk., 2025). Kader dapat membantu bidan memantau

kepatuhan konsumsi gizi seimbang, kebersihan diri, serta kesiapan darurat di lingkungan tempat tinggal ibu.

CONTOH

Di Kabupaten Banjar, bidan berkolaborasi dengan kader posyandu untuk melakukan kunjungan rumah secara berkala. Tugas kader adalah mengevaluasi secara langsung apakah ibu hamil telah menempelkan stiker P4K di depan rumahnya dan apakah kartu pemantauan minum tablet tambah darah diisi secara jujur oleh suami selaku pendamping minum obat (Sajidah dkk., 2025).

Melalui mekanisme evaluasi yang komprehensif, berkesinambungan, dan berpusat pada pasien ini, bidan dapat mendeteksi secara dini apabila terdapat hambatan dalam penerapan edukasi yang diberikan. Hasil evaluasi ini selanjutnya digunakan sebagai dasar untuk memodifikasi strategi KIE pada kunjungan berikutnya, demi terwujudnya persalinan yang aman, ibu yang sehat, dan bayi yang berkualitas.

H. Rangkuman

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dalam asuhan kebidanan kehamilan merupakan pilar transformatif yang menggeser paradigma edukasi instruktif satu arah menjadi interaksi terapeutik dialogis-humanis untuk membangun kesadaran kritis serta kemandirian ibu hamil. Keberhasilan KIE di tingkat pelayanan dasar sangat ditentukan oleh ketepatan bidan dalam menyelaraskan metode komunikasi interpersonal dengan penggunaan media taktil-visual konkret, seperti lembar balik dan Buku KIA, yang terbukti efektif menstimulasi diskusi aktif dua arah. Pada trimester pertama, asuhan KIE difokuskan pada penguatan adaptasi

fisiologis dan psikologis ibu, khususnya dalam mengatasi mual muntah, mengoptimalkan asupan mikronutrien seperti asam folat, serta meningkatkan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah melalui strategi mitigasi efek samping demi mencegah anemia defisiensi besi. Bidan juga dituntut membangun kewaspadaan keluarga melalui pengenalan dini tanda bahaya kehamilan muda seperti perdarahan pervaginam untuk mempercepat pengambilan keputusan rujukan obstetrik secara kolaboratif. Memasuki trimester kedua yang merupakan periode keemasan dengan stabilitas emosional yang lebih baik, fokus KIE bergeser secara dinamis pada pemantauan tumbuh kembang janin, pengenalan gerakan janin pertama, persiapan laktasi, serta pencegahan komplikasi jangka panjang seperti preeklampsia. Edukasi gizi seimbang menggunakan pendekatan kreatif seperti konsep piring makanku berbasis pangan lokal menjadi strategi krusial pada pertengahan kehamilan ini untuk mengoptimalkan berat badan lahir janin sekaligus mengantisipasi stunting sejak dalam kandungan. Melalui integrasi KIE yang sistematis dan disesuaikan dengan karakteristik setiap tahap perkembangan kehamilan, bidan tidak sekadar melakukan transfer pengetahuan klinis, melainkan membentuk ekosistem pendukung di tingkat keluarga yang menjamin keselamatan ibu serta mengoptimalkan tumbuh kembang janin secara holistik.

I. Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana perubahan paradigma KIE dari yang bersifat instruktif searah menjadi dialogis-humanis dapat memengaruhi kepatuhan ibu hamil dalam

mengonsumsi tablet tambah darah. Hubungkan analisis Anda dengan penggunaan media visual konkret seperti lembar balik di tingkat pelayanan mandiri bidan.

2. Evaluasi hambatan psikologis dan fisiologis yang sering dihadapi ibu hamil trimester pertama dalam mengonsumsi tablet tambah darah secara konsisten. Rancang sebuah strategi komunikasi terapeutik yang dapat diterapkan bidan untuk memitigasi efek samping mual tanpa menurunkan efektivitas penyerapan zat besi tersebut.
3. Berdasarkan keberhasilan program pemberdayaan di Puskesmas Astambul, rumuskan sebuah model KIE berbasis komunitas yang melibatkan suami dan kader dalam mendeteksi dini tanda bahaya abortus imminens. Jelaskan bagaimana model ini dapat memangkas keterlambatan pengambilan keputusan darurat di tingkat keluarga.
4. Bandingkan kebutuhan psikososial dan fokus klinis KIE antara trimester pertama dan trimester kedua kehamilan. Analisis mengapa trimester kedua dianggap sebagai waktu terbaik bagi bidan untuk menanamkan pemahaman mendalam tentang pola hidup sehat dan pencegahan stunting.
5. Telaah bagaimana implementasi edukasi gizi dengan metode "Isi Piringku" berbasis pangan lokal dapat mencegah hambatan pertumbuhan janin intrauterin pada trimester kedua. Rancang argumen yang mendukung pentingnya kolaborasi antara bidan dan keluarga dalam memastikan keragaman pangan di rumah tangga.

b. Pilihan Berganda

1. Konsep KIE dalam asuhan kebidanan kehamilan harus digeser dari pola instruktif menjadi dialogis-humanis. Tujuan utama dari perubahan paradigma ini adalah...
 - a. Mempercepat waktu pelayanan antenatal di fasilitas kesehatan
 - b. Mengurangi beban kerja bidan dalam melakukan pemeriksaan fisik
 - c. Membangun kesadaran kritis dan kemandirian perilaku kesehatan ibu
 - d. Menggantikan peran dokter spesialis dalam memberikan konseling medis
 - e. Meminimalkan biaya operasional promosi kesehatan di komunitas
2. Penggunaan media lembar balik (flipchart) di Praktik Mandiri Bidan terbukti efektif meningkatkan kualitas KIE karena...
 - a. Membatasi ruang tanya jawab sehingga konseling lebih terarah
 - b. Menstimulasi diskusi interaktif dua arah berbasis visualisasi konkret
 - c. Mengurangi kebutuhan bidan untuk menjelaskan materi secara verbal
 - d. Menjamin ibu hamil langsung menghafal seluruh istilah medis kehamilan
 - e. Menggantikan peran Buku KIA sebagai media pencatatan kesehatan utama
3. Seorang bidan memberikan KIE tentang cara mengonsumsi tablet tambah darah (TTD) yang benar pada trimester

pertama. Petunjuk konsumsi yang paling tepat untuk mengoptimalkan penyerapan zat besi adalah...

- a. Diminum pada pagi hari bersama segelas susu hangat
- b. Diminum segera setelah makan siang bersama secangkir teh
- c. Diminum bersama kopi untuk mengurangi efek samping pusing
- d. Diminum sebelum tidur menggunakan air putih atau jus kaya vitamin C
- e. Diminum bersamaan dengan antasida untuk mencegah mual muntah

4. Salah satu fokus KIE pada kehamilan trimester pertama adalah memitigasi dampak mual muntah. Alasan utama bidan harus memberikan strategi mengatasi efek samping mual akibat konsumsi TTD sejak dini adalah...

- a. Menghindari ketidakpatuhan konsumsi yang memicu anemia defisiensi besi
- b. Mencegah terjadinya kenaikan berat badan yang berlebihan pada ibu
- c. Mengurangi frekuensi kunjungan antenatal yang tidak terjadwal
- d. Memastikan janin segera mengalami percepatan tumbuh kembang fisik
- e. Menurunkan risiko terjadinya diabetes gestasional sejak awal kehamilan

5. Berdasarkan panduan pemilihan metode KIE, metode dan media yang paling tepat digunakan untuk membantu ibu hamil trimester III beserta suaminya menguasai keterampilan teknik menyusui adalah...

- a. Konseling individu menggunakan aplikasi kesehatan Android
 - b. Diskusi kelompok terfokus menggunakan Buku KIA saja
 - c. Demonstrasi praktis menggunakan alat peraga model panggul dan boneka
 - d. Edukasi digital melalui penyebaran infografis di media sosial
 - e. Ceramah umum satu arah di ruang tunggu Puskesmas
6. Untuk melakukan deteksi dini mandiri risiko preeklampsia pada Wanita Usia Subur (WUS) atau ibu hamil muda, metode dan media KIE yang paling efisien diterapkan di era modern adalah...
- a. Demonstrasi praktis menggunakan boneka peraga
 - b. Diskusi kelompok di Posyandu menggunakan lembar balik
 - c. Konseling individu secara luring di ruang bersalin
 - d. Edukasi digital menggunakan aplikasi kesehatan berbasis mobile
 - e. Ceramah massal menggunakan poster di aula desa
7. Di wilayah Puskesmas Astambul, dikembangkan program pemberdayaan untuk mengenali tanda bahaya kehamilan muda. Gejala spesifik yang harus diwaspadai sebagai indikasi abortus imminens adalah...
- a. Mual muntah di pagi hari disertai rasa lemas
 - b. Pembesaran perut yang tidak sesuai dengan usia kehamilan
 - c. Flek perdarahan pervaginam disertai kram perut bagian bawah

- d. Sakit kepala ringan yang hilang dengan istirahat cukup
 - e. Sering buang air kecil karena penekanan kandung kemih
8. Trimester kedua sering disebut sebagai "periode keemasan" (golden period) dalam kehamilan. Karakteristik psikologis dan fisiologis yang mendukung efektivitas KIE pada fase ini adalah...
- a. Ibu mulai merasakan kecemasan hebat menjelang persalinan
 - b. Menurunnya nafsu makan akibat fluktuasi hormon yang ekstrem
 - c. Kondisi emosional ibu cenderung lebih stabil dan mual muntah mereda
 - d. Janin belum melakukan pergerakan sehingga ibu bisa fokus belajar
 - e. Ibu mengalami kelelahan fisik ekstrem akibat beban rahim yang berat
9. Edukasi pencegahan stunting yang paling efektif dilakukan bidan pada masa trimester kedua kehamilan berfokus pada...
- a. Pengenalan teknik pernapasan untuk persiapan persalinan normal
 - b. Penerapan pola makan "Isi Piringku" dengan protein hewani berbasis pangan lokal
 - c. Pembatasan asupan cairan untuk mencegah pembengkakan kaki
 - d. Rujukan segera ke dokter spesialis untuk USG tiga dimensi setiap minggu

- e. Penggunaan suplemen herbal tanpa konsultasi medis untuk menambah nafsu makan
10. Penanganan masalah kesehatan non-obstetrik akut pada trimester pertama (seperti appendisitis akut) memerlukan KIE yang memadai karena...
- a. Ibu hamil dilarang keras mengonsumsi obat-obatan medis selama hamil
 - b. Masalah tersebut selalu dapat disembuhkan hanya dengan istirahat total
 - c. Pentingnya membangun pemahaman ibu akan urgensi rujukan dan kolaborasi medis
 - d. Operasi bedah tidak boleh dilakukan sama sekali pada masa kehamilan
 - e. Penyakit non-obstetrik pasti akan hilang dengan sendirinya di trimester kedua

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Ny. A, berusia 23 tahun, G1P0A0, hamil 8 minggu, datang ke Praktik Mandiri Bidan dengan keluhan mual muntah hebat, terutama di pagi hari, serta merasa sangat lelah. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 10,2 g/dL. Bidan memberikan Tablet Tambah Darah (TTD) dan asam folat, namun Ny. A menyatakan enggan meminumnya karena khawatir mualnya akan semakin parah. Suami Ny. A yang mendampingi tampak pasif dan menyerahkan semua keputusan kepada istrinya tanpa memahami risiko anemia pada trimester pertama.
- Analisislah masalah psikofisiologis yang dialami Ny. A dan rumuskan strategi KIE interpersonal yang taktis serta interaktif untuk meyakinkan Ny. A dan suaminya

agar patuh mengonsumsi TTD, termasuk strategi memitigasi efek mualnya.

2. Ny. B, berusia 28 tahun, G2P1A0, hamil 20 minggu, melakukan kunjungan antenatal ke Puskesmas. Hasil anamnesis menunjukkan pola makan Ny. B didominasi oleh karbohidrat dengan sedikit variasi protein, karena ia beranggapan makanan bergizi haruslah mahal. Wilayah tempat tinggal Ny. B sebenarnya kaya akan sumber protein hewani lokal seperti ikan air tawar dan telur dengan harga terjangkau. Ny. B juga belum mengetahui pentingnya memantau gerakan janin pertama yang mulai dirasakannya.

Rancanglah sebuah rencana asuhan KIE yang komprehensif untuk Ny. B menggunakan media visual "Isi Piringku" berbasis pangan lokal untuk mencegah stunting, serta susun panduan edukasi mandiri bagi Ny. B untuk memantau gerakan janin pertamanya.

BAB 7

DETEKSI DINI RISIKO TINGGI PADA KEHAMILAN

A. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan konsep kehamilan risiko tinggi dalam mengklasifikasikan tingkat risiko ibu hamil secara tepat di fasilitas pelayanan kesehatan primer.
2. Menentukan faktor risiko maternal dan obstetri melalui anamnesis terstruktur dan pemeriksaan fisik komprehensif pada ibu hamil.
3. Menggunakan daftar tanda bahaya kehamilan untuk mengidentifikasi kegawatdaruratan obstetri secara cepat dan akurat.
4. Mendemonstrasikan skrining dan penilaian risiko kehamilan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) dan instrumen skrining terstandar lainnya.
5. Mengimplementasikan prosedur rujukan yang aman, cepat, dan sesuai standar pada kasus kehamilan risiko tinggi menuju fasilitas kesehatan sekunder atau tersier.

B. Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih menjadi salah satu tantangan terbesar dalam pembangunan sektor kesehatan reproduksi dan kebidanan. Sebagian besar kematian ibu sesungguhnya dapat dicegah apabila kondisi risiko tinggi terdeteksi sejak dini pada masa antenatal. Konsep deteksi dini risiko tinggi bukan sekadar prosedur klinis rutin, melainkan jembatan penyelamat jiwa yang menentukan arah asuhan kebidanan selanjutnya. Ketidakmampuan mengenali tanda bahaya secara cepat sering kali memicu rantai keterlambatan, yang dikenal dengan istilah "tiga terlambat", yaitu terlambat mengambil keputusan di tingkat keluarga, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapatkan penanganan medis di fasilitas rujukan. Oleh karena itu, penguasaan kompetensi deteksi dini bagi calon bidan menjadi fondasi krusial dalam memutus rantai tersebut dan menurunkan morbiditas serta mortalitas maternal di tanah air.

Sebagai gambaran nyata di lapangan, mari kita tinjau kasus Ny. S, seorang primigravida berusia 41 tahun di sebuah wilayah kerja Puskesmas di Jawa Barat, yang datang memeriksakan kehamilannya pada usia gestasi 28 minggu. Ny. S mengeluhkan bengkak pada kedua tungkai kaki dan sakit kepala ringan, namun ia dan keluarganya menganggap hal tersebut sebagai bawaan hamil yang lazim terjadi. Bidan yang bertugas saat itu melakukan skrining komprehensif, mengukur tekanan darah yang menunjukkan angka 150/90 mmHg, dan mendeteksi adanya proteinuria positif satu (+1). Melalui analisis faktor risiko maternal berupa usia ekstrem di atas 35 tahun digabungkan dengan temuan klinis objektif

tersebut, bidan segera mengidentifikasi risiko preeklamsia. Implikasi klinis dari deteksi dini ini adalah bidan mampu merumuskan penatalaksanaan pencegahan yang cepat, memberikan edukasi mengenai tanda bahaya preeklamsia berat kepada keluarga, serta menginisiasi rujukan terencana ke rumah sakit kabupaten sebelum kondisi tersebut berkembang menjadi eklamsia yang mengancam nyawa ibu dan janin.

Buku ajar bab ini disusun secara sistematis untuk membekali mahasiswa dengan kemampuan praktis dan klinis dalam mengidentifikasi, menilai, serta mengambil tindakan yang tepat pada ibu hamil berisiko. Pembahasan dalam bab ini akan dimulai dari pemahaman mendasar mengenai konsep kehamilan risiko tinggi, disusul dengan pemetaan faktor risiko maternal dan obstetri yang sering dijumpai di masyarakat. Selanjutnya, pembahasan akan diarahkan pada pengenalan tanda bahaya pada kehamilan serta metode skrining dan penilaian risiko menggunakan instrumen standar yang berlaku di Indonesia. Bab ini akan diakhiri dengan pembahasan taktis mengenai tata laksana rujukan pada kehamilan risiko tinggi guna memastikan kesinambungan asuhan kebidanan yang aman dan berpusat pada keselamatan pasien.

C. Konsep Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan secara alamiah merupakan proses fisiologis yang sehat, namun dalam perjalanannya dapat berkembang menjadi kondisi patologis yang mengancam keselamatan ibu dan janin. Konsep kehamilan risiko tinggi (KRT) mengacu pada suatu kondisi di mana ibu hamil memiliki probabilitas yang lebih besar untuk mengalami kesakitan (morbiditas)

atau kematian (mortalitas) dibandingkan dengan populasi umum. Bidan sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan reproduksi dituntut memiliki ketajaman klinis untuk mendeteksi deviasi dari kondisi normal ini sejak awal asuhan antenatal, sebagaimana telah ditekankan pada pentingnya pengkajian komprehensif di Bab 5 terdahulu (Cholifah, 2022). Pemahaman konsep ini krusial agar asuhan tidak hanya bersifat kuratif, melainkan mengutamakan upaya preventif dan promotif yang terstruktur.

DEFINISI

Kehamilan Risiko Tinggi: Suatu kehamilan yang disertai oleh satu atau lebih faktor penyulit (baik medis, obstetri, maupun sosial-demografis) yang dapat secara signifikan meningkatkan risiko komplikasi persalinan, gangguan pertumbuhan janin intrauterin, hingga kematian ibu dan anak (Rinata, 2019).

Dalam perspektif patologi kebidanan, batasan antara kehamilan normal dan risiko tinggi sering kali tipis dan dinamis. Perubahan fisiologis kardiovaskular yang dibahas di Bab 2, jika berinteraksi dengan penyakit penyerta atau disfungsi plasenta, dapat memicu kegagalan organ secara progresif. Oleh karena itu, klasifikasi risiko tidak boleh dipandang sebagai status yang statis. Seorang ibu hamil yang dikategorikan berisiko rendah pada trimester pertama bisa saja bergeser menjadi risiko tinggi pada trimester ketiga akibat timbulnya komplikasi baru seperti preeklamsia atau hambatan pertumbuhan janin.

CONTOH

Ny. A, seorang ibu berusia 39 tahun (multigravida) di wilayah kerja Puskesmas Cigombong, Kabupaten Bogor, Jawa Barat. Pada kunjungan trimester pertama, ia dinilai sehat tanpa keluhan berarti. Namun, memasuki usia kehamilan 32 minggu, bidan mendeteksi adanya kenaikan berat badan yang tidak wajar disertai edema wajah yang persisten. Pengukuran tekanan darah menunjukkan angka 145/95 mmHg. Melalui konsep kehamilan risiko tinggi, status Ny. A segera dinaikkan dari risiko rendah menjadi risiko tinggi demi mencegah terjadinya eklamsia.

Implikasi klinis dari penapisan risiko yang dinamis ini mengharuskan bidan di Indonesia untuk tidak mengabaikan setiap detail perubahan klinis pasien. Sesuai dengan program Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), pengenalan konsep risiko tinggi ini menjadi basis operasional dalam menyusun rencana asuhan individu yang komprehensif, menentukan frekuensi kunjungan ulang, serta memproyeksikan tempat persalinan yang aman di fasilitas kesehatan yang memadai. Mahasiswa kebidanan harus mampu membedakan deviasi fisiologis dan patologis ini melalui pendekatan berpikir kritis sistematis, termasuk dalam memahami manajemen asuhan kenyamanan reproduksi non-farmakologis seperti metode peregangan perut untuk mengatasi nyeri haid (Ningsih, 2025).

D. Faktor Risiko Maternal dan Obstetri

Faktor risiko yang memengaruhi luaran kehamilan secara garis besar dapat diklasifikasikan menjadi dua pilar utama, yaitu faktor maternal (karakteristik dasar ibu) dan faktor obstetri (riwayat reproduksi dan kondisi kehamilan saat ini).

Memahami kedua pilar ini secara integratif memungkinkan bidan memetakan potensi bahaya secara personal bagi setiap ibu hamil. Faktor maternal mencakup usia ibu saat hamil (terlalu muda <20 tahun atau terlalu tua >35 tahun), paritas yang ekstrem (primigravida atau grandemultipara), tinggi badan <145 cm, serta adanya penyakit penyerta non-kebidanan seperti hipertensi kronis, diabetes melitus, dan penyakit tiroid (Rosyidah, 2019).

⚠ PERHATIAN

Usia ekstrem dan paritas tinggi adalah kombinasi penyulit yang sering kali diabaikan oleh keluarga. Rahim yang telah mengalami peregangan berulang pada paritas tinggi rentan terhadap atonia uteri pascapersalinan, sementara pembuluh darah pada usia di atas 35 tahun telah mengalami penurunan elastisitas, meningkatkan risiko preeklamsia secara eksponensial.

Faktor obstetri mencakup riwayat persalinan buruk sebelumnya (seperti seksio sesarea, perdarahan pascapersalinan, lahir mati, atau preeklamsia) serta komplikasi yang timbul pada kehamilan saat ini. Salah satu penyulit obstetri yang lazim dan berdampak masif di Indonesia adalah anemia dalam kehamilan. Menurut Arnianti dkk. (2022), kadar hemoglobin kurang dari 11,0 g/dL pada trimester pertama dan ketiga merupakan indikator anemia yang secara langsung menurunkan kapasitas transpor oksigen ke jaringan ibu dan janin, memicu kelahiran prematur dan perdarahan obstetri. Komplikasi obstetri lainnya seperti kehamilan ganda (gemeli) juga melipatgandakan beban fisiologis maternal (Nazilah, 2026).

CONTOH

Di RSUD Kota Bekasi, fenomena kehamilan remaja (usia <20 tahun) menyumbang angka kejadian komplikasi yang signifikan (Rosanti, 2026). Banyak di antara mereka yang belum matang secara fisik dan organ reproduksi, mengalami anemia berat, dan tidak mendapatkan dukungan nutrisi yang optimal (Jufri, 2025). Akibatnya, luaran kehamilan sering kali berakhir dengan persalinan prematur atau melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) yang berkontribusi pada lingkaran setan stunting di tingkat komunitas (Karlina, 2026).

Implikasi dari pengenalan faktor risiko maternal dan obstetri ini mengharuskan bidan untuk melakukan anamnesis secara saksama dan terperinci pada setiap kunjungan pelayanan antenatal. Bidan harus mampu menghubungkan riwayat medis masa lalu dengan kondisi klinis saat ini. Hal ini penting untuk menyusun intervensi spesifik, misalnya pemberian suplementasi zat besi dan asam folat yang terpantau ketat pada ibu dengan anemia, guna mencegah luaran buruk bagi ibu maupun janin.

E. Tanda Bahaya pada Kehamilan

Tanda bahaya pada kehamilan merupakan gejala klinis atau petunjuk objektif yang menandakan adanya ancaman serius terhadap jiwa ibu dan janin. Pengenalan dini terhadap tanda bahaya ini tidak hanya dituntut dari sisi penolong persalinan, melainkan juga dari sisi ibu dan keluarganya guna menghindari keterlambatan dalam mencari pertolongan medis. Beberapa tanda bahaya utama yang bersifat universal meliputi perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat disertai gangguan penglihatan, bengkak pada wajah dan tangan,

penurunan gerakan janin secara drastis, ketuban pecah sebelum waktunya, serta demam tinggi (Sajidah, 2025).

Perdarahan pervaginam pada trimester pertama sering kali dikaitkan dengan abortus atau kehamilan ektopik terganggu, sementara pada trimester ketiga dapat menjadi indikasi plasenta previa atau solusio plasenta yang membutuhkan tindakan bedah darurat. Sementara itu, nyeri kepala hebat dan pandangan kabur merupakan manifestasi klinis vasospasme sistemik pada preeklamsia berat, yang apabila tidak ditangani dengan cepat dapat menghambat aliran darah utero-plasenta dan merusak pertumbuhan janin (Haslan, 2022). Bidan harus mengedukasi ibu agar segera mengenali berkurangnya gerakan janin (kurang dari 10 kali dalam 12 jam) sebagai alarm adanya gawat janin akut di dalam rahim.

Untuk mempermudah pemetaan klinis tanda bahaya ini bagi mahasiswa kebidanan, klasifikasi tanda bahaya berdasarkan waktu kejadian beserta potensi komplikasinya disajikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 7. 1. Klasifikasi Tanda Bahaya Kehamilan dan Potensi Komplikasinya

Trimester	Tanda Bahaya	Potensi Komplikasi Obstetrik	Tindakan Segera Bidan
Trimester I	Perdarahan pervaginam bercak hingga mengalir	Abortus iminens/komplet, kehamilan ektopik	Pasang jalur intravena, rujuk segera ke RS
Trimester I	Mual muntah berlebihan, tidak masuk makanan	Hiperemesis gravidarum tingkat II/III	Rehidrasi cairan, cek keton urine

Trimester	Tanda Bahaya	Potensi Komplikasi Obstetrik	Tindakan Segera Bidan
Trimester II	Demam tinggi dan menggigil	Infeksi sistemik, korioamnionitis, sepsis	Berikan antipiretik, cari fokus infeksi, rujuk
Trimester III	Sakit kepala hebat, pandangan kabur, edema wajah	Preeklamsia berat, eklamsia	Pemberian MgSO4 dosis awal, rujuk segera
Trimester III	Pengeluaran cairan ketuban sebelum ada mules	Ketuban pecah dini (KPD), infeksi janin	Pasang pembalut steril, rujuk posisi telentang
Trimester III	Gerakan janin berkurang atau tidak terasa	Gawat janin, kematian janin intrauterin (IUFD)	Auskultasi denyut jantung janin, rujuk segera

Tabel di atas mengklasifikasikan tanda bahaya kehamilan secara sistematis agar bidan dapat mengambil keputusan klinis yang tepat dalam hitungan menit untuk menyelamatkan dua nyawa sekaligus. Ketepatan dalam bertindak pada fase kritis ini sangat menentukan keberhasilan rujukan obstetri.

 CONTOH

Di Kabupaten Banjar, Kalimantan Selatan, kader kesehatan diberdayakan untuk membantu ibu hamil mengenali tanda-tanda bahaya ini guna menekan angka kejadian abortus dan kematian maternal yang tinggi di daerah aliran sungai (Sajidah, 2025). Bidan di Puskesmas Astambul secara rutin melakukan penyuluhan kelompok menggunakan media lembar balik untuk mempercepat

pemahaman ibu (Zubaidah, 2025). Ketika seorang ibu menyadari gerakan janinnya melemah atau melihat flek darah, ia tidak lagi menunggu jadwal pemeriksaan bulan depan, melainkan langsung datang ke Puskesmas hari itu juga.

Implikasi dari pemahaman tanda bahaya ini adalah pentingnya promosi kesehatan yang agresif di komunitas menggunakan berbagai metode inovatif. Bidan tidak boleh berasumsi bahwa ibu hamil memahami bahaya di balik kaki bengkok atau pusing kepala. Melalui edukasi yang konsisten, keterlambatan pertama ("terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan di tingkat keluarga") dapat dipangkas secara signifikan.

F. Skrining dan Penilaian Risiko Kehamilan

Skrining dan penilaian risiko merupakan pilar operasional dalam mendeteksi penyimpangan kesehatan selama kehamilan secara objektif. Di Indonesia, instrumen skrining yang paling luas digunakan di tingkat pelayanan kesehatan primer adalah Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR). KSPR membagi tingkat risiko menjadi tiga kategori utama berdasarkan jumlah skor yang diperoleh dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik: Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10, dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor ≥ 12 .

Sistem penilaian KSPR didesain sangat praktis untuk digunakan oleh bidan maupun kader kesehatan terlatih. Penghitungan dimulai dengan memberikan skor awal 2 untuk setiap ibu hamil (sebagai pengakuan bahwa semua kehamilan memiliki risiko dasar), yang kemudian ditambah dengan skor

penalti berdasarkan faktor risiko spesifik yang ditemukan pada ibu.

f FORMULA

Penentuan Skor KSPR:

Skor Total = Skor Awal (2) + Jumlah Skor Faktor Risiko I (Fisiologis/Ekstrem) + Jumlah Skor Faktor Risiko II (Riwayat Obstetri Buruk) + Jumlah Skor Faktor Risiko III (Penyakit/Komplikasi Berat)

Faktor risiko I meliputi usia ekstrem, paritas tinggi, dan tinggi badan rendah (masing-masing bernilai +4). Faktor risiko II meliputi riwayat persalinan sesarea sebelumnya atau perdarahan pascapersalinan (bernilai +8). Faktor risiko III mencakup penyakit akut atau komplikasi kehamilan aktif seperti eklamsia atau perdarahan hebat saat ini (bernilai +8). Seiring perkembangan teknologi, skrining konvensional ini kini diintegrasikan dengan teknologi digital. Fitrilina dkk. (2021) mengembangkan sistem peringatan dini preeklamsia berbasis Android menggunakan metode *certainty factor* guna mempermudah bidan melakukan diagnosis cepat di lapangan.

CONTOH

Ny. B, seorang primigravida berusia 42 tahun di wilayah Puskesmas Jatinangor, Sumedang, Jawa Barat, datang untuk pemeriksaan antenatal pertama. Dari hasil anamnesis, bidan mencatat tinggi badannya 140 cm. Bidan menghitung skor KSPR Ny. B sebagai berikut: Skor awal (2) + Usia >35 tahun (+4) + Tinggi badan <145 cm (+4) = Total Skor 10. Berdasarkan skor ini, kehamilan Ny. B diklasifikasikan sebagai Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), yang menuntut rujukan dini terencana ke dokter spesialis obstetri dan ginekologi (Sp.OG) untuk kolaborasi asuhan.

Implikasi dari pelaksanaan skrining terstandar ini adalah tersedianya data objektif yang memandu bidan dalam mengambil keputusan rujukan secara rasional. Melalui integrasi KSPR dan sistem informasi digital, bidan di puskesmas mampu mengelompokkan sasaran ibu hamil di wilayah kerjanya secara presisi, memprioritaskan pemantauan ketat pada kasus-kasus KRT/KRST, serta memastikan kesiapan logistik dan transportasi rujukan jauh sebelum persalinan berlangsung.

G. Rujukan pada Kehamilan Risiko Tinggi

Sistem rujukan dalam asuhan kebidanan merupakan elemen vital yang menghubungkan pelayanan kesehatan primer di puskesmas atau Praktik Mandiri Bidan (PMB) dengan pelayanan sekunder dan tersier di rumah sakit. Keberhasilan rujukan pada kasus kehamilan risiko tinggi tidak hanya ditentukan oleh ketepatan diagnosis bidan, melainkan oleh kecepatan, ketepatan waktu, dan stabilitas kondisi pasien selama proses transportasi. Rujukan dapat dibedakan menjadi rujukan dini terencana (pada kasus risiko tinggi tanpa kegawatdaruratan akut) dan rujukan darurat (pada kasus kegawatdaruratan obstetri yang mengancam jiwa) yang memerlukan penanganan stabilisasi awal sebelum pasien dikirim (Adhelia, 2025).

In mempersiapkan rujukan yang aman, bidan di Indonesia wajib menerapkan formula baku yang dikenal dengan akronim BAKSOKU (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang). Kesiapan bidan sebagai pendamping medis yang kompeten dalam resusitasi sangat krusial, mengingat insiden henti jantung atau gangguan napas dapat terjadi sewaktu-waktu selama transportasi (Adhelia, 2025).

i CATATAN

Formula BAKSOKU:

1. **Bidan:** Pastikan pasien didampingi oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kegawatdaruratan obstetri.
2. **Alat:** Bawa peralatan resusitasi darurat, set infus, dan alat pantau tanda-tanda vital yang berfungsi baik.
3. **Keluarga:** Pastikan suami atau keluarga terdekat mendampingi dan siap mendonorkan darah jika diperlukan.
4. **Surat:** Sertakan lembar rujukan yang memuat identitas, anamnesis, temuan klinis, terapi sementara yang telah diberikan, dan alasan rujukan.
5. **Obat:** Siapkan obat-obatan darurat seperti $MgSO_4$, uterotonika, dan cairan infus selama perjalanan.
6. **Kendaraan:** Sediakan ambulans atau sarana transportasi yang stabil dan cepat untuk mencapai rumah sakit rujukan.
7. **Uang:** Pastikan kesiapan administrasi finansial pasien, baik mandiri maupun jaminan kesehatan nasional (BPJS).

Selain komplikasi obstetri murni, rujukan juga sering kali dipicu oleh kondisi bedah non-obstetrik seperti apendisitis akut pada kehamilan trimester pertama yang memerlukan manajemen multidisiplin di fasilitas kesehatan sekunder (Yulianti Bisri, 2026), serta gangguan pernapasan berat yang membutuhkan ventilasi mekanis protektif paru di ruang intensif demi menjaga keseimbangan asam-basa ibu dan janin (Harjana, 2026). Dalam konteks pelayanan yang berpusat pada pasien, kolaborasi erat dengan pendamping persalinan profesional (doula) juga dapat dilibatkan untuk memelihara stabilitas psikologis ibu yang mengalami kecemasan tinggi saat menjalani proses rujukan tersebut (Ulya, 2026).

CONTOH

Di wilayah kepulauan terpencil seperti Kabupaten Kepulauan Siau Tagulandang Biaro (Sitaro), Sulawesi Utara, pelaksanaan rujukan darurat menghadapi tantangan geografis yang berat. Bidan setempat menggunakan sistem rujukan terintegrasi berbasis aplikasi nasional (SISRUTE) untuk berkoordinasi dengan dokter spesialis di RSUD Manado sebelum merujuk pasien menggunakan ambulans laut. Proses stabilisasi awal, seperti pemasangan jalur infus ganda dan pemberian $MgSO_4$ dosis awal pada kasus preeklamsia berat, dilakukan dengan ketat di puskesmas pulau sebelum kapal bertolak.

Implikasi klinis dari rujukan yang terencana dan aman ini adalah meminimalkan angka mortalitas sekunder yang diakibatkan oleh keterlambatan kedua ("terlambat mencapai fasilitas kesehatan") dan keterlambatan ketiga ("terlambat mendapatkan penanganan adekuat di fasilitas rujukan"). Dengan mempraktikkan manajemen rujukan sesuai standar BAKSOKU dan bersinergi dengan sistem rujukan digital nasional, bidan berperan aktif sebagai jembatan penyelamat yang mengantarkan ibu hamil risiko tinggi mendapatkan penanganan definitif yang aman dan berkualitas.

H. Rangkuman

Deteksi dini kehamilan risiko tinggi merupakan pilar krusial dalam asuhan kebidanan antenatal yang secara langsung berkontribusi pada penurunan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi. Kehamilan pada hakikatnya adalah proses fisiologis yang sehat, namun status risiko pasien bersifat sangat dinamis sehingga klasifikasi risiko rendah dapat bergeser menjadi risiko tinggi kapan saja akibat munculnya komplikasi baru sepanjang masa gestasi.

Pemetaan risiko harus dilakukan secara integratif dengan mengevaluasi faktor maternal yang melekat pada karakteristik dasar ibu—seperti usia ekstrem, paritas tinggi, tinggi badan kurang dari seratus empat puluh lima sentimeter, dan penyakit sistemik—serta faktor obstetri yang mencakup riwayat reproduksi buruk maupun penyulit kehamilan saat ini seperti anemia dalam kehamilan dan kehamilan ganda. Penapisan yang komprehensif menuntut bidan memiliki ketajaman klinis tinggi dalam mendeteksi dan mengedukasi pasien mengenai tanda bahaya kehamilan universal, mulai dari perdarahan pervaginam, gejala preeklamsia berupa nyeri kepala hebat dan edema persisten, hingga penurunan gerakan janin yang mengindikasikan kondisi gawat janin. Melalui pendekatan berpikir kritis yang terstruktur, bidan dapat mengubah paradigma asuhan dari sekadar kuratif menjadi preventif-promotif yang sistematis. Implikasi klinis dari kompetensi ini adalah kemampuan bidan dalam menyusun rencana asuhan individual, menentukan frekuensi kunjungan ulang yang tepat, serta memproyeksikan persalinan aman di fasilitas kesehatan yang memadai maupun jejaring rujukan yang efektif guna meminimalkan keterlambatan penanganan di tingkat komunitas.

I. Latihan

a. Essay

1. Analisis mengapa status risiko kehamilan bersifat dinamis dan tidak boleh dikategorikan sebagai status yang statis sejak trimester pertama, serta kemukakan implikasinya terhadap frekuensi pemantauan antenatal oleh bidan.

2. Bandingkan dampak fisiologis dari kombinasi faktor risiko usia ekstrem (di atas 35 tahun) dan paritas tinggi terhadap risiko komplikasi persalinan, khususnya terkait gangguan pembuluh darah dan kontraktilitas uterus pascapersalinan.
3. Telaah secara kritis bagaimana kondisi anemia dalam kehamilan dengan kadar hemoglobin di bawah 11 g/dL dapat melipatgandakan risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan, serta hubungkan hal ini dengan kinerja suplai oksigen pada otot-otot uterus.
4. Evaluasi bagaimana manifestasi klinis nyeri kepala hebat, pandangan kabur, dan edema pada wajah dapat mengindikasikan adanya vasospasme sistemik pada preeklamsia, dan rumuskan tindakan segera yang harus diambil bidan untuk mencegah eklamsia.
5. Argumentasikan relevansi klinis dari edukasi pemantauan gerakan janin mandiri oleh ibu hamil sebagai metode deteksi dini gawat janin, serta tentukan batasan kuantitatif gerakan janin yang mengharuskan ibu segera mencari pertolongan medis.

b. Pilihan Berganda

1. Seorang perempuan hamil trimester pertama dikategorikan berisiko rendah. Namun, pada trimester ketiga ia didiagnosis mengalami preeklamsia. Konsep dasar kehamilan risiko tinggi yang menggambarkan fenomena ini adalah...
 - a. Risiko kehamilan bersifat statis dan mutlak sejak awal.
 - b. Penapisan risiko kehamilan bersifat dinamis dan fluktuatif.

- c. Komplikasi kehamilan hanya terjadi pada ibu usia ekstrem.
 - d. Deteksi dini hanya efektif dilakukan pada trimester pertama.
 - e. Perubahan fisiologis kehamilan selalu berakhir dengan patologis.
2. Ny. S, G5P4A0, usia 38 tahun, hamil 28 minggu, datang ke PMB. Riwayat persalinan sebelumnya normal. Faktor risiko maternal dominan pada kasus ini yang dapat memicu atonia uteri pascapersalinan adalah...
- a. Usia ekstrem dan paritas tinggi
 - b. Multigravida dengan jarak kehamilan dekat
 - c. Riwayat persalinan fisiologis sebelumnya
 - d. Penurunan elastisitas pembuluh darah saja
 - e. Usia reproduksi sehat dengan paritas tinggi
3. Menurut standar pelayanan kesehatan, seorang ibu hamil trimester ketiga dikatakan mengalami anemia jika kadar hemoglobinnya berada di bawah...
- a. 12,0 g/dL
 - b. 11,5 g/dL
 - c. 11,0 g/dL
 - d. 10,5 g/dL
 - e. 10,0 g/dL
4. Pengukuran tinggi badan pada ibu hamil merupakan bagian dari penapisan faktor risiko maternal. Ibu hamil dikategorikan berisiko tinggi panggul sempit jika tinggi badannya kurang dari...
- a. 150 cm
 - b. 148 cm

- c. 145 cm
 - d. 142 cm
 - e. 140 cm
5. Seorang perempuan usia 22 tahun hamil 10 minggu mengeluh mual muntah berlebihan, tidak dapat masuk makanan dan minuman, serta tampak lemas. Pemeriksaan menunjukkan keton urine positif. Potensi komplikasi obstetri terdekat pada kasus ini adalah...
- a. Abortus iminens
 - b. Hiperemesis gravidarum tingkat II/III
 - c. Kehamilan ektopik terganggu
 - d. Korioamnionitis akut
 - e. Molahidatidosa berat
6. Seorang ibu hamil trimester ketiga datang dengan keluhan sakit kepala hebat dan pandangan kabur. Pada pemeriksaan fisik ditemukan edema pada wajah dan tangan, serta tekanan darah 160/110 mmHg. Tindakan segera yang harus dipersiapkan bidan sebelum merujuk adalah...
- a. Memberikan antipiretik dosis tinggi
 - b. Melakukan rehidrasi cairan dengan keton urine
 - c. Memasang jalur intravena dan memberikan $MgSO_4$
 - d. Menganjurkan tirah baring total di rumah
 - e. Memberikan suplemen zat besi dosis ganda
7. Seorang bidan memberikan edukasi tentang pemantauan gerakan janin kepada ibu hamil trimester ketiga. Gerakan janin yang dianggap sebagai tanda bahaya dan menandakan gawat janin adalah...
- a. Kurang dari 20 kali dalam 24 jam

- b. Kurang dari 15 kali dalam 18 jam
 - c. Kurang dari 10 kali dalam 12 jam
 - d. Kurang dari 8 kali dalam 10 jam
 - e. Kurang dari 5 kali dalam 6 jam
8. Seorang ibu hamil 8 minggu datang ke klinik dengan keluhan pengeluaran bercak darah dari jalan lahir disertai nyeri perut bagian bawah. Potensi komplikasi obstetri yang harus dicurigai bidan sejak awal adalah...
- a. Solusio plasenta atau plasenta previa
 - b. Preeklamsia atau eklamsia berat
 - c. Abortus iminens atau kehamilan ektopik
 - d. Hiperemesis gravidarum derajat satu
 - e. Korioamnionitis akibat infeksi sistemik
9. Kehamilan remaja (usia kurang dari 20 tahun) secara klinis berisiko tinggi karena ketidakmatangan fisik dan organ reproduksi. Dampak luaran kehamilan yang sering terjadi pada bayi dari kehamilan remaja adalah...
- a. Makrosomia dan obesitas anak
 - b. Kelahiran lewat waktu (post-term)
 - c. Berat Lahir Rendah (BBLR) dan prematuritas
 - d. Penyakit jantung bawaan akibat usia ibu
 - e. Hiperbilirubinemia fisiologis berat
10. Manakah dari tindakan berikut yang mencerminkan asuhan preventif-promotif bidan dalam penatalaksanaan ibu hamil dengan faktor risiko anemia ringan pada trimester pertama?
- a. Langsung merujuk ke rumah sakit tanpa intervensi dasar

- b. Memberikan suplementasi zat besi dan asam folat yang terpantau ketat
- c. Menyarankan persalinan di rumah sakit tanpa pemantauan kunjungan ulang
- d. Melakukan pemeriksaan kadar hemoglobin harian di puskesmas
- e. Menghentikan semua aktivitas fisik ibu secara total selama kehamilan

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Ny. B, usia 41 tahun, G6P5A0, usia kehamilan 34 minggu, datang ke Puskesmas untuk kunjungan ulang. Ia menyatakan tidak ada keluhan berarti dan merasa sehat karena lima persalinan sebelumnya selalu berjalan lancar secara normal di rumah dibantu dukun bayi. Namun, hasil pemeriksaan bidan menunjukkan tekanan darah 140/90 mmHg, tinggi badan 143 cm, terdapat edema derajat satu pada tungkai kaki, dan kadar hemoglobin 10,2 g/dL. Keluarga menolak usul rujukan ke rumah sakit karena meyakini riwayat persalinan lancar sebelumnya adalah jaminan keselamatan. Analisislah faktor risiko maternal dan obstetri yang saling berinteraksi pada kasus Ny. B. Susunlah strategi komunikasi edukatif dan rencana asuhan komprehensif yang harus dilakukan bidan untuk mengatasi penolakan keluarga terhadap rencana rujukan persalinan.
2. Ny. K, usia 19 tahun, primigravida, usia kehamilan 36 minggu, datang ke klinik bidan dengan keluhan gerakan bayinya terasa berkurang sejak kemarin sore

(diperkirakan hanya 5 kali dalam 12 jam terakhir). Ibu juga mengeluh sering mengalami sakit kepala sedang yang tidak hilang dengan istirahat. Pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 135/85 mmHg, edema ringan pada wajah, dan tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan usia kehamilan (tampak lebih kecil dari usia kehamilan sebenarnya). Lakukan telaah klinis terhadap tanda bahaya yang dialami oleh Ny. K. Hubungkan gejala fisik ibu dengan kondisi janin di dalam rahim, serta rumuskan langkah-langkah pengambilan keputusan klinis darurat yang harus segera diambil oleh bidan.

BAB 8

PENANGANAN AWAL KEGAWATDARURATAN

A. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menentukan status kegawatdaruratan obstetri pada masa kehamilan berdasarkan penilaian klinis awal yang cepat dan tepat.
2. Mengimplementasikan langkah-langkah penanganan awal pada kasus perdarahan kehamilan muda dan kehamilan lanjut secara prosedural.
3. Mendemonstrasikan pemberian dosis awal Magnesium Sulfat ($MgSO_4$) dan antihipertensi secara aman sesuai protokol penanganan preeklamsia berat dan eklamsia.
4. Menggunakan algoritma resusitasi cairan dan penanganan syok obstetri pada ibu hamil dengan gangguan kesadaran.
5. Memilih tindakan stabilisasi yang tepat dan merancang alur rujukan terencana (BAKSOKU) untuk keselamatan ibu hamil dalam kondisi gawat darurat.

B. Pendahuluan

Kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh trias klasik, yaitu perdarahan, preeklamsia/eklamsia, dan infeksi. Sebagai calon bidan yang berdiri di garis terdepan pelayanan kesehatan ibu dan anak, kemampuan untuk melakukan deteksi dini serta penanganan awal kegawatdaruratan bukan lagi sekadar kompetensi tambahan, melainkan sebuah keterampilan vital yang menentukan batas antara hidup dan mati seorang ibu. Fase kehamilan sering kali dipandang sebagai proses fisiologis yang alamiah, namun dinamika klinis dapat berubah secara drastis menjadi patologis dalam hitungan menit. Mahasiswa S1 Kebidanan harus memiliki ketajaman klinis dalam mengidentifikasi tanda bahaya sebelum kondisi tersebut berkembang menjadi syok ireversibel atau kegagalan multi-organ. Ketepatan dalam mengambil keputusan klinis pada menit-menit pertama kegawatdaruratan (the golden hour) sangat menentukan prognosis keselamatan ibu dan janin yang dikandungnya.

Di dalam konteks pelayanan kesehatan di Indonesia, tantangan geografis, keterbatasan fasilitas di tingkat pelayanan primer, dan hambatan rujukan sering kali memperparah kondisi pasien gawat darurat. Banyak kasus fatal terjadi bukan karena ketidaktersediaan rumah sakit rujukan, melainkan akibat kegagalan atau keterlambatan stabilisasi awal di tingkat fasilitas kesehatan primer seperti Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau Praktik Mandiri Bidan (PMB). Oleh karena itu, penguasaan terhadap protokol penanganan kegawatdaruratan yang terstandar menjadi perisai utama bidan dalam menekan angka kematian ibu. Melalui pemahaman teoritis yang kuat dan keterampilan

praktis yang terlatih, mahasiswa diharapkan mampu bertindak secara tenang, sistematis, dan cekatan tanpa kepanikan saat berhadapan dengan situasi krisis di lapangan.

Untuk membekali mahasiswa dengan kesiapan taktis tersebut, bab ini akan mengupas tuntas lima pilar utama penanganan awal kegawatdaruratan pada kehamilan. Pembahasan akan diawali dengan konsep kegawatdaruratan pada kehamilan untuk membangun kerangka berpikir yang responsif. Selanjutnya, bab ini secara berturut-turut akan membahas penanganan awal perdarahan dalam kehamilan, penanganan awal hipertensi dan kejang pada kehamilan, serta penanganan awal gangguan kesadaran dan syok. Bab ini akan ditutup dengan prinsip stabilisasi dan rujukan kegawatdaruratan kehamilan, guna memastikan bahwa setiap tindakan rujukan yang dilakukan memenuhi standar keselamatan pasien yang optimal.

C. Konsep Kegawatdaruratan pada Kehamilan

Kegawatdaruratan obstetri merupakan kondisi klinik yang apabila tidak segera ditangani secara cepat dan tepat akan berujung pada kematian atau kecacatan fisik, baik pada ibu hamil maupun janin yang dikandungnya. Di dalam pelayanan asuhan kebidanan, bidan dituntut untuk memiliki kemampuan berpikir kritis dan taktis guna melakukan penilaian klinis awal secara cepat (triage) sebelum kondisi pasien memburuk. Pemahaman mengenai patofisiologi transisi dari kondisi fisiologis menuju patologis menjadi landasan penting dalam mengidentifikasi tanda-tanda bahaya kehamilan secara akurat, sejalan dengan pentingnya penguasaan asuhan kebidanan komprehensif dalam

mengelola keluhan fisiologis sebelum berkembang menjadi kondisi darurat (Unknown, 2024).

DEFINISI

Kegawatdaruratan Obstetri: Kondisi mengancam jiwa yang terjadi secara akut selama masa kehamilan, persalinan, atau nifas yang membutuhkan intervensi medis segera untuk menyelamatkan jiwa ibu dan janin.

Penyebab utama mortalitas maternal di Indonesia masih didominasi oleh trias klasik: perdarahan, preeklamsia/eklamsia, dan infeksi (Sajidah, 2025). Secara sistemik, keterlambatan penanganan kegawatdaruratan sering kali dianalisis menggunakan konsep "Tiga Terlambat" (Three Delays). Terlambat pertama terjadi di tingkat keluarga, yaitu terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan untuk mencari pertolongan (Rachmawati, 2026). Kasus ini sering kali dipicu oleh rendahnya literasi kesehatan dan faktor sosial budaya. Terlambat kedua adalah terlambat mencapai fasilitas kesehatan yang memadai akibat kendala geografis, transportasi, atau finansial. Terlambat ketiga adalah terlambat mendapatkan penanganan medis yang adekuat di fasilitas rujukan karena keterbatasan alat, obat, atau kompetensi tenaga kesehatan (Rosyidah, 2019).

CONTOH

Ny. S, seorang G1P0A0 berusia 24 tahun di wilayah kerja Puskesmas Astambul, Kabupaten Banjar, Kalimantan Selatan, mengalami nyeri perut bagian bawah yang hebat disertai bercak darah pada usia kehamilan 10 minggu. Karena menganggap keluhan tersebut merupakan hal biasa pada kehamilan muda, pihak keluarga memutuskan untuk menunda pemeriksaan ke

fasilitas kesehatan selama 12 jam (Terlambat Pertama). Saat kondisi Ny. S melemah dengan tanda-tanda klinis syok, keluarga baru membawanya ke Puskesmas. Setibanya di Puskesmas, bidan segera melakukan penilaian cepat (Airway, Breathing, Circulation) dan mendiagnosis adanya kehamilan ektopik terganggu (KET) yang mengalami ruptur, ditandai dengan tekanan darah 80/50 mmHg dan nadi 112 kali per menit.

Implikasi klinis dari studi kasus di atas menegaskan bahwa bidan harus mampu menerapkan penilaian awal yang sistematis tanpa menunda waktu. Setiap menit dalam kegawatdaruratan kehamilan sangat berharga. Bidan harus menepis keraguan klinis dengan segera melakukan stabilisasi awal berupa pemasangan akses intravena jalur ganda dengan jarum berukuran besar (ukuran 16G atau 18G) untuk resusitasi cairan sebelum merujuk pasien ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Kesiapan mental, kecepatan berpikir, dan keterampilan teknis bidan dalam mengurai mata rantai "Tiga Terlambat" ini menjadi kunci utama dalam menurunkan angka kematian ibu di tingkat pelayanan primer.

D. Penanganan Awal Perdarahan dalam Kehamilan

Perdarahan dalam kehamilan diklasifikasikan menjadi dua kelompok besar berdasarkan usia kehamilan, yaitu perdarahan kehamilan muda (usia kehamilan kurang dari 22 minggu) dan perdarahan kehamilan lanjut atau antepartum (usia kehamilan 22 minggu hingga menjelang persalinan). Perdarahan kehamilan muda didominasi oleh abortus, kehamilan ektopik terganggu (KET), dan mola hidatidosa (Rosyidah, 2019). Sementara itu, perdarahan kehamilan

lanjut umumnya disebabkan oleh plasenta previa (plasenta yang menutupi jalan lahir) dan solusio plasenta (lepasnya plasenta sebelum waktunya) (Cholifah, 2022). Kehilangan darah yang masif secara cepat dalam kehamilan dapat memicu syok hemoragik yang mengancam nyawa.

Langkah pertama dalam penanganan awal perdarahan kehamilan adalah menilai kondisi umum pasien secara cepat untuk menentukan adanya tanda-tanda syok. Bidan harus segera memastikan kepatenan jalan napas (Airway), keadekuatan pernapasan (Breathing), dan kestabilan sirkulasi (Circulation). Akses intravena (IV line) harus segera dipasang menggunakan abocath nomor 16G atau 18G. Resusitasi cairan dilakukan dengan memberikan cairan kristaloid (Ringer Laktat atau Normal Saline) dengan tetesan cepat (grojok) jika terdapat tanda-tanda syok, diikuti dengan pemantauan ketat terhadap produksi urin melalui pemasangan kateter urin menetap (Foley catheter) (Rinata, 2019).

PERHATIAN

Jangan sekali-kali melakukan pemeriksaan dalam (vaginal toucher/VT) pada kasus perdarahan kehamilan lanjut (antepartum) sebelum menyingkirkan diagnosis plasenta previa melalui pemeriksaan ultrasonografi (USG). Tindakan pemeriksaan dalam pada plasenta previa dapat merobek jaringan plasenta dan memicu perdarahan hebat yang fatal.

CONTOH

Ny. M, berumur 32 tahun, G3P2A0 dengan usia kehamilan 34 minggu, datang ke Puskesmas Tanjung Karang, Ampenan, Lombok, dengan keluhan mengeluarkan darah segar dari jalan lahir secara tiba-tiba tanpa disertai rasa nyeri (Munawarah, 2024). Bidan

Puskesmas segera melakukan anamnesis singkat, memeriksa tanda vital, dan melakukan palpasi abdomen (didapatkan uterus tidak tegang dan bagian janin mudah diraba). Bidan menerapkan langkah penanganan awal dengan tidak melakukan vaginal toucher, melainkan memasang infus Ringer Laktat dengan jarum 18G, memberikan oksigenasi 4 liter per menit melalui nasal kanula, memosisikan pasien miring ke kiri untuk mencegah sindrom aortocaval compression, serta memantau denyut jantung janin (DJJ).

Penanganan awal yang terstandar ini terbukti dapat mempertahankan stabilitas hemodinamik ibu sebelum dirujuk ke rumah sakit. Implikasi dari tindakan bidan tersebut adalah tercegahnya robekan plasenta lebih lanjut yang dapat memicu perdarahan masif tak terkendali. Setelah kondisi ibu stabil dengan tekanan darah berkisar 110/70 mmHg and nadi 88 kali per menit, bidan segera mendampingi pasien dalam proses rujukan ke RSUD Kota Mataram untuk penanganan definitif berupa persalinan seksio sesarea darurat demi menyelamatkan ibu dan janin.

E. Penanganan Awal Hipertensi dan Kejang pada Kehamilan

Hipertensi dalam kehamilan, khususnya preeklamsia berat (PEB) dan eklamsia, menempati urutan atas sebagai penyebab morbiditas dan mortalitas maternal-neonatal di berbagai daerah di Indonesia (Haslan, 2022). Preeklamsia ditandai dengan tekanan darah sistolik minimal 140 mmHg atau diastolik minimal 90 mmHg pada usia kehamilan di atas 20 minggu yang disertai proteinuria atau gangguan organ multisistem. Kondisi ini dikategorikan berat (PEB) apabila tekanan darah mencapai sekurang-kurangnya 160/110

mmHg, disertai gejala subjektif (impending eclampsia) seperti nyeri kepala hebat, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium, atau edema paru (Fitrilina, 2021). Eklamsia ditegakkan apabila preeklamsia disertai dengan kejang grand mal yang bukan disebabkan oleh kelainan neurologis lainnya.

Langkah taktis yang wajib diterapkan oleh bidan dalam menghadapi PEB dan eklamsia adalah mencegah atau mengendalikan kejang menggunakan Magnesium Sulfat (MgSO₄). Obat ini merupakan agen antikejang pilihan pertama (gold standard) yang terbukti lebih unggul dibandingkan diazepam. Sebelum memberikan MgSO₄, bidan harus memastikan syarat keamanan pemberian terpenuhi, yaitu: frekuensi pernapasan minimal 16 kali per menit, refleks patela positif, dan produksi urin minimal 0,5 mL/kg berat badan/jam dalam 4 jam terakhir, serta tersedianya antidotum Kalsium Glukonas 10% (Rinata, 2019).

Bidan harus terampil dalam mengomunikasikan dan menerapkan protokol pemberian MgSO₄ baik dosis awal (loading dose) maupun dosis pemeliharaan (maintenance dose) secara aman dan prosedural demi keselamatan pasien.

Tabel 8. 1. Protokol Pemberian Magnesium Sulfat (MgSO₄) pada Preeklamsia Berat

Jenis Dosis	Sediaan dan Cara Pengenceran	Cara Pemberian dan Durasi	Parameter Pemantauan	Tindakan Jika Terjadi Intoksikasi
Dosis Awal (Loading Dose)	4 gram MgSO ₄ 40% (10 mL) diencerkan dengan 10 mL Akuades	Intravena (IV) perlahan selama 15–20 menit	Frekuensi pernapasan, refleks patela, produksi urin	Hentikan pemberian MgSO ₄ segera

Jenis Dosis	Sediaan dan Cara Pengenceran	Cara Pemberian dan Durasi	Parameter Pemantauan	Tindakan Jika Terjadi Intoksikasi
	(menjadi konsentrasi 20%)			
Dosis Pemeliharaan (Maintenance Dose)	6 gram MgSO ₄ 40% (15 mL) dimasukkan ke dalam 500 mL cairan Ringer Laktat	Intravena (IV) tetesan infus dengan kecepatan 28 tetes/menit (1 gram/jam) selama 24 jam	Frekuensi pernapasan, refleks patela, produksi urin	Berikan Kalsium Glukonas 10% sebanyak 10 mL (1 gram) IV perlahan dalam 10 menit

Tabel 8.1 menyajikan panduan taktis bagi bidan dalam mengimplementasikan terapi MgSO₄ secara aman dan terstandar, mulai dari pembagian dosis, rute pemberian, hingga penanganan komplikasi intoksikasi obat.

CONTOH

Ny. A, 28 tahun, G2P1A0, usia kehamilan 36 minggu, diantar ke Puskesmas PONED di Kota Padang dengan keluhan sakit kepala hebat dan pandangan kabur. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 175/115 mmHg dan proteinuria +3 (Fitrilina, 2021). Bidan segera mengidentifikasi kondisi ini sebagai PEB dengan gejala impending eclampsia. Bidan memeriksa syarat pemberian MgSO₄: pernapasan 20 kali per menit, refleks patela kanan-kiri positif, dan urin tertampung 150 mL dalam 2 jam terakhir melalui kateter menetap. Bidan kemudian memberikan dosis awal MgSO₄ 4 gram IV (larutan 20%) perlahan selama 20

menit, dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan melalui infus RL, serta memberikan antihipertensi Nifedipine 10 mg per oral untuk menurunkan tekanan darah secara bertahap.

Implikasi penanganan awal yang tepat ini adalah stabilisasi tekanan darah tanpa menginduksi hipotensi mendadak, serta pencegahan terjadinya kejang eklamsia. Pemberian MgSO₄ dosis awal di tingkat Puskesmas PONED terbukti krusial dalam melindungi fungsi otak ibu dari edema serebral selama perjalanan rujukan menuju fasilitas kesehatan sekunder yang memiliki fasilitas perawatan intensif (ICU).

F. Penanganan Awal Gangguan Kesadaran dan Syok

Gangguan kesadaran dan syok dalam kehamilan merupakan manifestasi stadium lanjut dari kegagalan sistem sirkulasi dan oksigenasi jaringan tubuh. Syok yang paling sering dijumpai pada kasus obstetri adalah syok hipovolemik (akibat perdarahan hebat) dan syok septik (akibat infeksi berat seperti abortus septik atau korioamnionitis) (Rosyidah, 2019). Deteksi dini tanda-tanda syok memerlukan kecermatan bidan dalam menilai parameter klinis secara simultan, bukan hanya bergantung pada nilai tekanan darah yang sering kali baru turun setelah kehilangan darah mencapai 30-40% akibat mekanisme kompensasi fisiologis kehamilan (Harjana, 2026).

f FORMULA

Shock Index (SI):

$$SI = \frac{\text{Heart Rate (HR)}}{\text{Systolic Blood Pressure (SBP)}}$$

Nilai normal Shock Index pada kehamilan adalah 0,5–0,7. Nilai SI lebih besar dari 0,9 mengindikasikan adanya kehilangan volume darah yang signifikan dan membutuhkan resusitasi cairan agresif segera.

Penanganan awal pasien dengan gangguan kesadaran dan syok berfokus pada resusitasi kardiopulmonal yang cepat. Langkah awal adalah memosisikan pasien dalam posisi tidur telentang dengan tubuh miring ke kiri (left lateral tilt) sebesar 15–30 derajat, atau secara manual menggeser uterus ke arah kiri apabila usia kehamilan di atas 20 minggu (Adhelia, 2025). Hal ini bertujuan untuk membebaskan kompresi uterus gravidus pada vena cava inferior dan aorta abdominalis, yang jika dibiarkan akan menurunkan curah jantung hingga 30%. Oksigenasi konsentrasi tinggi (10–12 liter/menit menggunakan non-rebreathing mask) wajib diberikan untuk memastikan suplai oksigen ke jaringan maternal dan uteroplasenta tetap terjaga.

🔪 CONTOH

Ny. K, seorang G2P1A0 dengan usia kehamilan 32 minggu, ditemukan tidak sadarkan diri di rumahnya di Jakarta dan segera dibawa ke unit darurat terdekat. Berdasarkan pemeriksaan fisik awal, denyut nadi Ny. K teraba cepat dan lemah sebesar 125 kali per menit, dengan tekanan darah sistolik 80 mmHg. Bidan menghitung Shock Index pasien: 125 dibagi 80 didapatkan hasil 1,56 (mengindikasikan syok berat). Bidan segera menerapkan resusitasi cairan agresif melalui dua jalur intravena dengan jarum

nomor 16G, memberikan cairan Ringer Laktat hangat sebanyak 1 liter dalam waktu 15–20 menit pertama (grojok), melakukan reposisi uterus secara manual ke arah kiri, serta memantau saturasi oksigen yang dipertahankan di atas 95% (Adhelia, 2025).

Implikasi dari ketepatan penanganan ini adalah pemulihan volume intravaskular secara cepat, yang ditandai dengan penurunan denyut nadi di bawah 100 kali per menit dan peningkatan tekanan darah sistolik di atas 90 mmHg. Melalui tindakan resusitasi yang adekuat dan koreksi hipoksia di tingkat dasar, risiko terjadinya Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) pada ibu hamil dapat ditekan seminimal mungkin (Harjana, 2026). Hal ini juga menjaga perfusi plasenta tetap optimal sehingga meminimalkan risiko gawat janin sebelum dilakukan penanganan definitif di rumah sakit rujukan.

G. Stabilisasi dan Rujukan Kegawatdaruratan Kehamilan

Stabilisasi merupakan rangkaian tindakan medis dan kebidanan yang bertujuan untuk mempertahankan kondisi hemodinamik pasien agar tetap konisten dan aman selama proses transportasi menuju fasilitas kesehatan rujukan. Merujuk pasien gawat darurat tanpa melakukan stabilisasi awal merupakan pelanggaran standar keselamatan pasien yang dapat berakibat fatal. Sebelum pasien dipindahkan ke dalam ambulans, bidan harus memastikan bahwa jalan napas bebas, pernapasan adekuat, akses intravena berfungsi dengan baik, perdarahan terkendali, dan kejang telah teratasi (Sajidah, 2025).

Di dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya dalam kerangka Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), proses rujukan harus dikelola secara sistematis dengan menggunakan formula taktis **BAKSOKU** (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang). Komponen ini dirancang untuk memastikan kesiapan komprehensif sebelum dan selama proses rujukan berlangsung (Rosyidah, 2019).

i CATATAN

Komponen BAKSOKU:

Bidan: Rujukan harus didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten melakukan resusitasi.

Alat: Membawa peralatan resusitasi portabel dan darurat.

Keluarga: Kehadiran pengambil keputusan dan calon pendonor darah mutlak diperlukan.

Surat: Surat rujukan yang berisi riwayat klinis lengkap dan tindakan yang telah diberikan.

Obat: Membawa persediaan obat emergensi selama perjalanan (misal: $MgSO_4$, Oksitosin).

Kendaraan: Ambulans atau transportasi yang layak dan cepat.

Uang: Kesiapan finansial keluarga atau jaminan kesehatan aktif (BPJS Kesehatan).

Komunikasi pra-rujukan juga memegang peranan krusial. Bidan wajib menghubungi rumah sakit rujukan (melalui Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi atau SISROUTE) untuk memberikan informasi mengenai kondisi pasien menggunakan metode komunikasi efektif SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation). Hal ini memastikan bahwa tim medis di rumah sakit tujuan telah bersiap menyambut pasien dengan fasilitas dan ruang perawatan yang sesuai (Sajidah, 2025).

CONTOH

Ny. P, 35 tahun, G4P3A0 dengan usia kehamilan 38 minggu di sebuah desa terpencil di wilayah Jawa Timur, mengalami perdarahan antepartum hebat disertai nyeri perut konstan (dicurigai solusio plasenta). Bidan desa segera melakukan stabilisasi awal dengan memasang infus RL jalur ganda, memberikan oksigen 6 liter/menit, dan memasang kateter urin untuk memantau sirkulasi ginjal. Bidan menerapkan formula BAKSOKU secara ketat: bidan mendampingi langsung di dalam ambulans Puskesmas, membawa emergency kit, menyertakan suami sebagai pengambil keputusan medis sekaligus calon pendonor darah bergolongan darah O, menulis surat rujukan SBAR secara rinci, menyiapkan obat cadangan, serta memastikan kartu JKN pasien aktif.

Implikasi dari penerapan sistem stabilisasi dan rujukan terencana ini adalah keselamatan pasien tetap terjaga selama perjalanan darat yang memakan waktu 1,5 jam. Setibanya di RSUD rujukan, tim obstetri rumah sakit langsung melakukan tindakan seksio sesarea darurat karena telah mendapatkan laporan SBAR sebelumnya dan telah menyiapkan persediaan darah yang cocok. Kolaborasi interprofesional yang diawali dengan penanganan awal dan stabilisasi yang prima oleh bidan di fasilitas primer merupakan kunci utama penyelamatan jiwa ibu dan bayi dalam kegawatdaruratan obstetri.

H. Rangkuman

Penanganan awal kegawatdaruratan obstetri menuntut bidan memiliki ketajaman klinis dalam melakukan penilaian cepat melalui triase guna mencegah mortalitas dan morbiditas maternal serta neonatal yang ireversibel. Kegawatdaruratan

ini sering kali diperparah oleh fenomena tiga terlambat, yang mencakup keterlambatan pengambilan keputusan di tingkat keluarga akibat rendahnya literasi kesehatan, kendala geografis dalam mencapai fasilitas rujukan, hingga keterbatasan penanganan medis adekuat di fasilitas kesehatan penentu. Guna memutus mata rantai keterlambatan ini, bidan harus menguasai patofisiologi transisi dari kondisi fisiologis ke patologis untuk mengidentifikasi tanda bahaya kehamilan secara akurat. Pada kasus perdarahan kehamilan, bidan dituntut mampu mengklasifikasikan etiologi berdasarkan usia gestasi, baik perdarahan kehamilan muda seperti kehamilan ektopik terganggu dan mola hidatidosa, maupun perdarahan antepartum seperti plasenta previa dan solusio plasenta. Langkah stabilisasi hemodinamik dengan resusitasi cairan kristaloid melalui akses intravena jalur ganda menggunakan jarum berukuran besar menjadi tindakan penyelamatan utama yang harus segera dilakukan. Bidan juga harus mematuhi larangan keras melakukan pemeriksaan dalam pada perdarahan kehamilan lanjut sebelum menyingkirkan kemungkinan plasenta previa guna mencegah robekan plasenta yang fatal. Sementara itu, dalam menghadapi preeklamsia berat dan eklamsia, fokus taktis bidan adalah mencegah serta mengendalikan kejang menggunakan magnesium sulfat sebagai standar emas terapi. Keberhasilan tindakan ini mensyaratkan pemantauan ketat terhadap parameter klinis keselamatan seperti frekuensi pernapasan, refleks patela, produksi urin, dan ketersediaan kalsium glukonas sebagai antidotum aktif. Melalui penggabungan kesiapan mental, kecepatan berpikir taktis, serta keterampilan teknis resusitasi yang terstandar, bidan

memainkan peran vital dalam mengurai hambatan rujukan serta menyelamatkan nyawa ibu dan janin di tingkat pelayanan primer.

I. Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana keterkaitan antara kegagalan mendeteksi tanda bahaya kehamilan pada tingkat keluarga dengan risiko terjadinya syok hipovolemik ireversibel pada kasus kehamilan ektopik terganggu, serta rumuskan peran taktis bidan untuk memutus rantai keterlambatan tersebut di tingkat pelayanan primer.
2. Bandingkan patofisiologi dan implikasi tindakan klinis antara penanganan awal perdarahan kehamilan muda akibat kehamilan ektopik terganggu dengan perdarahan kehamilan lanjut akibat plasenta previa, khususnya terkait rasionalisasi larangan melakukan pemeriksaan dalam.
3. Evaluasi efektivitas tindakan stabilisasi hemodinamik berupa pemasangan akses intravena jalur ganda dengan jarum ukuran besar (16G atau 18G) dibandingkan jalur tunggal pada pasien hamil yang mengalami perdarahan antepartum masif disertai tanda-tanda syok.
4. Kemukakan argumentasi klinis Anda mengenai pentingnya pemantauan ketat terhadap refleks patela, frekuensi pernapasan, dan produksi urin sebelum serta selama pemberian Magnesium Sulfat pada pasien preeklamsia berat, dan proyeksikan dampak fatal yang terjadi jika parameter tersebut diabaikan.

5. Telaah bagaimana posisi miring ke kiri pada ibu hamil dengan perdarahan antepartum dapat mempertahankan curah jantung dan stabilitas hemodinamik janin, serta hubungkan hal ini dengan pencegahan sindrom kompresi aortocaval selama proses rujukan darurat dilakukan.

b. Pilihan Berganda

1. Seorang perempuan hamil datang ke Puskesmas dengan riwayat terlambat dirujuk karena keluarga sempat berdiskusi selama beberapa jam sebelum memutuskan mencari pertolongan medis. Berdasarkan konsep penanganan kegawatdaruratan, keterlambatan pada tingkat keluarga ini dikategorikan sebagai...
 - a. Terlambat pertama
 - b. Terlambat kedua
 - c. Terlambat ketiga
 - d. Terlambat keempat
 - e. Terlambat rujukan
2. Bidan di Puskesmas menerima pasien hamil trimester pertama dengan tanda syok hemoragik akibat robekan kehamilan ektopik. Tindakan stabilisasi sirkulasi awal yang paling tepat adalah memasang infus menggunakan jarum berukuran...
 - a. 24G
 - b. 22G
 - c. 20G
 - d. 18G
 - e. 14G

3. Seorang ibu hamil usia gestasi 35 minggu datang dengan keluhan keluar darah merah segar dari jalan lahir tanpa rasa nyeri. Tindakan pemeriksaan fisik yang dilarang keras dilakukan oleh bidan sebelum melakukan USG adalah...
 - a. Pemeriksaan palpasi abdomen
 - b. Pemeriksaan inspeksi vulva
 - c. Pemeriksaan dalam (vaginal toucher)
 - d. Pemeriksaan denyut jantung janin
 - e. Pengukuran tekanan darah
4. Kejadian perdarahan pada usia kehamilan kurang dari 22 minggu yang disebabkan oleh penempelan sel telur yang dibuahi di luar kavum uteri dan mengalami ruptur disebut...
 - a. Abortus imminens
 - b. Solusio plasenta
 - c. Mola hidatidosa
 - d. Plasenta previa
 - e. Kehamilan ektopik terganggu
5. Seorang ibu hamil trimester ketiga mengalami perdarahan mendadak tanpa nyeri, uterus teraba lemas/tidak tegang, dan bagian janin mudah dipalpasi. Gejala klinis ini mengarah pada diagnosis awal...
 - a. Solusio plasenta
 - b. Plasenta previa
 - c. Ruptur uteri
 - d. Abortus insipien
 - e. Kehamilan ektopik

6. Kondisi hipertensi dalam kehamilan dikategorikan sebagai Preeklamsia Berat (PEB) apabila tekanan darah sistolik dan diastolik pasien mencapai sekurang-kurangnya...
 - a. 130/80 mmHg
 - b. 140/90 mmHg
 - c. 150/100 mmHg
 - d. 160/110 mmHg
 - e. 170/120 mmHg
7. Sebelum memberikan terapi Magnesium Sulfat ($MgSO_4$) pada pasien preeklamsia berat, bidan wajib memeriksa syarat keamanan. Berapakah batas minimum frekuensi pernapasan yang harus dipenuhi?
 - a. 12 kali per menit
 - b. 14 kali per menit
 - c. 16 kali per menit
 - d. 18 kali per menit
 - e. 20 kali per menit
8. Apabila terjadi intoksikasi atau keracunan akibat pemberian Magnesium Sulfat ($MgSO_4$) yang ditandai dengan hilangnya refleks patela atau depresi pernapasan, obat penawar (antidotum) yang harus segera diberikan adalah...
 - a. Diazepam 10 mg
 - b. Kalsium Glukonas 10%
 - c. Natrium Bikarbonat
 - d. Atropin Sulfat
 - e. Nifedipin 10 mg

9. Pada saat melakukan resusitasi cairan pada kasus syok akibat perdarahan obstetri, jenis cairan infus pilihan utama yang harus diberikan secara cepat (grojok) adalah...
- a. Dekstrosa 5%
 - b. Ringer Laktat
 - c. Dekstrosa 10%
 - d. Gelatin
 - e. Aquabidest
10. Mengapa bidan perlu memosisikan pasien hamil trimester ketiga dengan perdarahan antepartum pada posisi miring ke kiri selama proses transportasi rujukan?
- a. Mempercepat pembukaan jalan lahir
 - b. Memudahkan pemeriksaan dalam selama perjalanan
 - c. Mengurangi rasa nyeri abdomen akibat kontraksi
 - d. Mencegah terjadinya sindrom aortocaval compression
 - e. Meminimalkan risiko aspirasi lambung jika muntah

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Ny. A, G2P1A0, usia kehamilan 32 minggu, diantar ke Puskesmas dalam kondisi tidak sadar setelah mengalami kejang di rumah sebanyak satu kali dengan durasi sekitar 1 menit. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah mencapai 170/115 mmHg, nadi 100 kali per menit, pernapasan 18 kali per menit, refleks patela positif kuat, dan kateterisasi urin menunjukkan produksi urin sebanyak 40 mL dalam 2

jam terakhir (berat badan pasien diperkirakan 60 kg). Bidan segera menyiapkan pemberian dosis awal $MgSO_4$, namun timbul keraguan karena volume urin yang terbatas. Analisis kelayakan pemberian dosis awal $MgSO_4$ pada Ny. A berdasarkan parameter keselamatan yang ada, hitung apakah produksi urin pasien memenuhi syarat berat badan, dan formulasikan tindakan prioritas apa saja yang harus diambil bidan jika syarat urin tersebut tidak memenuhi batas minimal sedangkan pasien dalam kondisi eklamsia.

2. Ny. B, G3P2A0, usia kehamilan 36 minggu, datang ke klinik bidan mandiri dengan keluhan keluar darah merah kehitaman dari jalan lahir disertai nyeri perut hebat yang terus-menerus. Pada pemeriksaan palpasi abdomen, ditemukan uterus teraba sangat keras dan tegang seperti papan (wooden uterus), bagian janin sulit diraba, dan denyut jantung janin terdengar lambat dan tidak teratur (bradikardi janin 90 kali per menit). Tekanan darah Ny. B adalah 90/60 mmHg dengan nadi 110 kali per menit. Evaluasi diagnosis klinis yang paling mungkin dialami oleh Ny. B serta analisis perbedaan patofisiologinya dengan kasus plasenta previa. Susun langkah-langkah penanganan awal dan stabilisasi sirkulasi secara taktis yang harus dilakukan bidan sebelum merujuk pasien ke rumah sakit dengan fasilitas bedah.

BAB 9

DOKUMENTASI ASUHAN KEHAMILAN

A. Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembahasan pada bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menerapkan konsep dan tujuan dokumentasi kebidanan dalam menyusun sistem pencatatan asuhan kehamilan yang terstruktur di berbagai tatanan pelayanan kesehatan.
2. Menggunakan prinsip-prinsip dokumentasi asuhan kehamilan secara konsisten untuk memastikan akurasi, legalitas, dan keterbacaan data klinis ibu hamil.
3. Mengimplementasikan metode pendokumentasian asuhan kebidanan dengan format SOAP secara tepat berdasarkan hasil pengkajian klinis.
4. Mendemonstrasikan pencatatan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan perkembangan kehamilan secara runut pada kartu ibu serta Buku KIA.
5. Menentukan tindakan klinis dan keputusan pencatatan yang selaras dengan aspek etik serta regulasi legal dokumentasi kebidanan di Indonesia.

B. Pendahuluan

Dokumentasi dalam asuhan kehamilan sering kali disalahpahami oleh sebagian praktisi sebagai sekadar tugas administratif sekunder di tengah padatnya aktivitas klinis. Padahal, pencatatan yang sistematis, akurat, dan tepat waktu merupakan komponen krusial yang menentukan keselamatan ibu dan janin serta kualitas pelayanan kebidanan. Di Indonesia, di mana angka kematian ibu masih menjadi tantangan besar, deteksi dini komplikasi kehamilan seperti preeklamsia atau hambatan pertumbuhan janin sangat bergantung pada kesinambungan data pemantauan antenatal. Sebagai konsep teoretis, dokumentasi adalah rekaman klinis yang mencerminkan proses berpikir kritis bidan, keputusan klinis yang diambil, serta tindakan yang diimplementasikan. Sebagai contoh konkret, pada sebuah kasus di salah satu Puskesmas di Jawa Barat, seorang ibu hamil trimester ketiga dengan riwayat peningkatan tekanan darah datang untuk kontrol rutin; namun, karena bidan sebelumnya tidak mencatat tren tekanan darah dan pemeriksaan protein urine secara jelas di Buku KIA, bidan yang bertugas hari itu gagal mengenali tanda-tanda awal preeklamsia berat yang sedang berkembang. Implikasinya, rujukan ke fasilitas kesehatan sekunder terlambat dilakukan, yang akhirnya memicu kejang eklamsia sesampainya pasien di rumah sakit—sebuah tragedi yang sebetulnya dapat dicegah apabila kontinuitas informasi melalui dokumentasi terjaga dengan baik.

Selain berfungsi sebagai instrumen komunikasi antaranggota tim kesehatan, dokumentasi asuhan kebidanan merupakan dokumen legal formal yang memiliki kekuatan hukum tinggi. Dalam lanskap hukum kesehatan di Indonesia

saat ini, tuntutan hukum terhadap tenaga kesehatan, termasuk bidan, terus mengalami peningkatan. Di sinilah berlaku prinsip hukum kesehatan yang menyatakan bahwa tindakan klinis yang tidak didokumentasikan dianggap tidak pernah dilakukan secara hukum. Sebagai ilustrasi nyata, dalam sebuah persidangan kasus dugaan kelalaian penanganan rujukan darurat di Jawa Timur, seorang bidan berhasil terbebas dari jerat hukum karena mampu menyajikan catatan SOAP yang sangat mendetail, runut, dan mencantumkan waktu pelayanan secara presisi pada lembar dokumentasinya. Implikasi dari kasus ini menegaskan bahwa dokumentasi yang disiplin bukan sekadar formalitas akademik, melainkan perisai hukum yang melindungi profesionalisme bidan sekaligus menjamin hak-hak pasien untuk menerima asuhan yang aman dan akuntabel. Guna membekali mahasiswa dengan kompetensi vital ini, Bab 9 akan mengupas secara mendalam beberapa materi esensial meliputi konsep dan tujuan dokumentasi kebidanan, prinsip dokumentasi asuhan kehamilan, metode pendokumentasian asuhan kebidanan, tata cara pencatatan hasil pemeriksaan dan perkembangan kehamilan, hingga aspek etik dan legal yang melingkupi dokumentasi kebidanan.

C. Konsep dan Tujuan Dokumentasi Kebidanan

Dokumentasi kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang mengabadikan seluruh proses asuhan secara sistematis, runut, dan dapat dipertanggungjawabkan. Secara teoretis, dokumentasi kebidanan bukan sekadar aktivitas mencatat di atas kertas atau memasukkan data ke dalam sistem komputer, melainkan bentuk pertanggungjawaban profesional dan cerminan dari

proses berpikir kritis bidan dalam mengambil keputusan klinis (Cholifah & Rinata, 2022). Dokumentasi ini mencatat perkembangan kondisi fisiologis maupun patologis ibu hamil secara berkelanjutan. Melalui pencatatan yang terstruktur, bidan dapat melacak status kesehatan ibu dan janin dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya, yang pada akhirnya meminimalkan risiko keterlambatan penanganan komplikasi obstetri.

Dalam konteks pelayanan kebidanan di Indonesia, konsep dokumentasi ini diwujudkan salah satunya melalui pengisian Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) serta Kartu Ibu (Cohort Ibu) yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Sebagai contoh konkret, pada sebuah Puskesmas di wilayah Surabaya, seorang bidan mengidentifikasi adanya fluktuasi tekanan darah pada seorang ibu hamil trimester kedua. Bidan tersebut mendokumentasikan hasil pemeriksaan tersebut secara mendetail, termasuk rekomendasi nutrisi dan pemantauan mandiri di rumah. Ketika ibu tersebut melakukan kunjungan ulang di fasilitas kesehatan yang berbeda, bidan di fasilitas baru dapat langsung membaca riwayat klinis tersebut pada Buku KIA tanpa harus melakukan penelusuran ulang dari awal. Hal ini menunjukkan bahwa dokumentasi berfungsi sebagai alat komunikasi multidisiplin yang sangat efektif guna menjaga kontinuitas asuhan (Rinata, 2019).

Implikasi dari diterapkannya konsep dokumentasi yang sistematis ini sangat signifikan terhadap keselamatan pasien (*patient safety*). Tujuan utama dari dokumentasi kebidanan meliputi aspek klinis, administratif, hukum, pendidikan, penelitian, dan ekonomi. Secara klinis, dokumentasi

memberikan panduan bagi tim kesehatan untuk menentukan intervensi lanjutan yang presisi. Secara administratif, catatan yang lengkap memudahkan proses pelaporan kesehatan nasional guna memetakan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Kegagalan dalam melakukan pendokumentasian yang baik tidak hanya menurunkan mutu pelayanan klinis, tetapi juga menghambat proses rujukan darurat, mengingat informasi mengenai kondisi awal pasien tidak tersampaikan dengan adekuat kepada fasilitas pelayanan kesehatan sekunder maupun tersier.

D. Prinsip Dokumentasi Asuhan Kehamilan

Penyusunan dokumentasi asuhan kehamilan harus berpegang teguh pada prinsip-prinsip universal yang menjamin bahwa data yang tercatat memiliki validitas tinggi dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Prinsip-prinsip utama tersebut meliputi akurasi (*accuracy*), kelengkapan (*completeness*), keringkasan (*conciseness*), objektivitas (*objectivity*), ketepatan waktu (*timeliness*), dan keterbacaan (*legibility*). Dalam mempraktikkan prinsip akurasi, bidan wajib mencatat hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium secara eksak, tanpa melakukan interpretasi subjektif yang tidak didukung oleh data klinis. Begitu pula dengan prinsip ketepatan waktu; setiap tindakan, pemberian terapi, atau konseling harus segera dicatat sesaat setelah aktivitas tersebut selesai dilakukan guna menghindari bias memori yang dapat mendistorsi data asli.

⚠ PERHATIAN

Penundaan pencatatan perkembangan klinis ibu hamil, khususnya pada kasus dengan risiko tinggi seperti preeklamsia atau anemia berat, dapat mengakibatkan kesalahan fatal dalam penentuan dosis

terapi obat atau keterlambatan dalam pengambilan keputusan rujukan darurat.

Penerapan prinsip-prinsip ini sangat krusial dalam mendeteksi dini penyulit kehamilan. Sebagai contoh, dalam penanganan kasus ibu hamil dengan anemia di sebuah klinik bersalin di Makassar, bidan harus menerapkan prinsip objektivitas dan kelengkapan dengan mencatat kadar hemoglobin secara berkala, kepatuhan konsumsi tablet besi (Fe), serta adanya tanda-tanda klinis seperti konjungtiva pucat atau kelelahan ekstrem (Arnianti dkk., 2022). Jika bidan hanya menuliskan "ibu tampak sehat" tanpa menyertakan data kuantitatif hasil pemeriksaan laboratorium, maka catatan tersebut dinilai tidak memenuhi prinsip kelengkapan dan objektivitas. Informasi yang bias ini dapat membahayakan keselamatan ibu, mengingat anemia yang tidak terdokumentasi dengan baik berisiko memicu terjadinya perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri (Rosyidah, 2019).

Implikasi klinis dari kepatuhan terhadap prinsip dokumentasi ini adalah terciptanya rekam medis yang andal (*reliable*) yang mampu menjadi dasar rujukan cepat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan mengenai rekam medis, seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia diwajibkan untuk menyelenggarakan pencatatan yang memenuhi standar baku, baik dalam bentuk fisik maupun rekam medis elektronik. Ketika seorang bidan mendokumentasikan perkembangan taksiran berat janin (TBJ) dan tekanan darah ibu secara runut dan objektif, tim medis di rumah sakit rujukan dapat menganalisis tren

perkembangan kehamilan tersebut dengan cepat untuk segera mengantisipasi kemungkinan terjadinya pertumbuhan janin terhambat (*intrauterine growth restriction*) akibat preeklamsia (Haslan & Trisutrisno, 2022).

E. Metode Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Metode pendokumentasian yang paling luas digunakan dan diakui secara ilmiah dalam praktik kebidanan adalah format SOAP, yang merupakan akronim dari Subjektif, Objektif, Assessment (Analisis/Diagnosis), dan Plan (Penatalaksanaan). Metode ini dirancang secara sistematis untuk mencerminkan alur berpikir logis dan klinis bidan dalam memecahkan masalah kesehatan klien. Bagian Subjektif (S) berisi data yang diperoleh langsung dari keluhan atau pernyataan ibu hamil. Bagian Objektif (O) memuat hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan kebidanan, serta hasil laboratorium atau penunjang lainnya. Bagian Assessment (A) merupakan kesimpulan klinis atau diagnosis yang dirumuskan berdasarkan integrasi data subjektif dan objektif. Sementara itu, bagian Plan (P) menjabarkan seluruh rencana asuhan, tindakan mandiri, kolaborasi, rujukan, serta evaluasi yang akan atau telah dilaksanakan (Zubaidah dkk., 2025).

Aplikasi praktis metode SOAP ini dapat dipelajari secara sistematis untuk meningkatkan keterampilan klinis mahasiswa kebidanan di tatanan pelayanan kesehatan. Tabel berikut menyajikan struktur operasional pendokumentasian metode SOAP pada asuhan kehamilan trimester ketiga di tingkat pelayanan primer.

Tabel 9. 1. Matriks Komponen SOAP dalam Pendokumentasian Asuhan Kehamilan

Komponen SOAP	Sumber Data	Parameter Fokus Pencatatan	Contoh Kasus Kehamilan (Trimester III)
S (Subjektif)	Wawancara/Anamnesis langsung dengan ibu hamil	Keluhan utama, riwayat menstruasi, pola nutrisi, aktivitas fisik	Ibu mengeluh sering buang air kecil pada malam hari dan mengalami nyeri punggung bagian bawah.
O (Objektif)	Pemeriksaan fisik, palpasi Leopold, auskultasi, laboratorium	Tekanan darah, berat badan, TFU, DJJ, kadar Hb, protein urine	TD: 110/70 mmHg, TFU: 30 cm, puka, presentasi kepala, DJJ: 140x/menit, Hb: 11,5 g/dL.
A (Assessment)	Hasil sintesis data S dan O	Diagnosis kebidanan, usia kehamilan, status janin, masalah potensial	Ny. Y, G1P0A0, usia kehamilan 36 minggu, janin tunggal hidup intrauterin, dengan ketidaknyamanan fisiologis.
P (Plan)	Perencanaan, implementasi, konseling, tindak lanjut	Edukasi body mechanics, senam hamil, jadwal kunjungan ulang	Memberikan KIE tentang postur tubuh yang benar, menganjurkan senam hamil ringan, menjadwalkan kontrol 1 minggu lagi.

Interpretasi dari Tabel 9.1 di atas menunjukkan bahwa setiap komponen dalam SOAP saling berkaitan erat dan tidak dapat dipisahkan. Keberhasilan penyusunan rencana asuhan yang tertuang dalam komponen *Plan* sangat bergantung pada ketajaman analisis pada komponen *Assessment*, yang didasari oleh validitas pengumpulan data pada komponen *Subjective* dan *Objective*.

Sebagai contoh aplikatif di Indonesia, pada sebuah klinik swasta di Yogyakarta, seorang bidan menghadapi ibu hamil yang mengeluhkan nyeri punggung hebat pada akhir kehamilan (Cholifah, 2019). Melalui metode SOAP, bidan mendokumentasikan keluhan tersebut secara subjektif, melakukan pemeriksaan fisik Leopold secara objektif, merumuskan diagnosis kehamilan normal dengan ketidaknyamanan nyeri punggung pada *assessment*, dan menyusun penatalaksanaan berupa edukasi latihan fisik ringan seperti senam hamil (Unknown, 2024) atau pemberian kompres hangat pada area punggung (Unknown, 2024). Di samping itu, penanganan keluhan sering buang air kecil pada trimester ketiga juga dapat dioptimalkan melalui latihan otot panggul atau pelvic floor exercise (Unknown, 2025). Implikasi dari penerapan metode SOAP yang teratur ini adalah asuhan yang diberikan menjadi lebih terfokus, terukur, serta memudahkan bidan lain untuk melanjutkan asuhan secara konsisten pada kunjungan berikutnya.

F. Pencatatan Hasil Pemeriksaan dan Perkembangan Kehamilan

Pencatatan hasil pemeriksaan dan pemantauan perkembangan kehamilan merupakan pilar utama dalam mendeteksi penyimpangan dari kondisi fisiologis. Setiap

parameter yang diukur selama pelayanan antenatal terpadu (*Integrated Antenatal Care*) harus dicatat secara sistematis pada kartu ibu, buku register kohort, serta Buku KIA. Parameter-parameter penting tersebut meliputi penambahan berat badan ibu, tekanan darah, tinggi fundus uteri (TFU) untuk memantau pertumbuhan janin, denyut jantung janin (DJJ), letak janin, serta hasil skrining laboratorium wajib seperti kadar hemoglobin, golongan darah, serta tes triple eliminasi (HIV, Sifilis, dan Hepatitis B) (Munawarah dkk., 2024). Pencatatan ini harus dilakukan secara kontinu agar membentuk kurva perkembangan yang dapat dianalisis trennya secara berkala.

CONTOH

Pada pemeriksaan antenatal di sebuah Puskesmas di Bandung, seorang bidan mendapati peningkatan tinggi fundus uteri seorang ibu hamil melampaui ukuran normal usia kehamilannya. Bidan segera mencatat hasil pemeriksaan fisik dan hasil palpasi Leopold secara detail di Buku KIA, disertai dengan kecurigaan klinis adanya kehamilan kembar (gemeli). Berdasarkan pencatatan yang runut ini, bidan dapat segera merencanakan pemeriksaan penunjang berupa Ultrasonografi (USG) dan mempersiapkan rujukan terencana ke fasilitas kesehatan sekunder guna mengantisipasi risiko persalinan prematur atau komplikasi persalinan lainnya (Nazilah, 2026).

Pencatatan perkembangan kehamilan yang disiplin juga berkontribusi besar dalam pencegahan masalah gizi kronis dan stunting sejak dalam kandungan. Dengan memantau dan mencatat lingkaran lengan atas (LILA) serta kenaikan berat badan ibu di setiap trimester secara teliti, bidan dapat mengidentifikasi ibu hamil yang mengalami Kurang Energi

Kronis (KEK) (Karlina, 2026). Implikasi, intervensi pemberian makanan tambahan (PMT) serta konseling nutrisi dapat terdokumentasi dengan baik, sehingga efektivitas program intervensi gizi spesifik tersebut dapat dievaluasi secara akurat. Pencatatan yang buruk atau tidak lengkap pada kohort ibu akan menyembunyikan status risiko tinggi pasien, yang berakibat pada tidak terpantaunya perkembangan janin dan meningkatkan risiko lahirnya bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

G. Aspek Etik dan Legal Dokumentasi Kebidanan

Dokumentasi kebidanan memiliki kedudukan hukum yang sangat krusial dalam sistem pelayanan kesehatan modern di Indonesia. Dari aspek legal, dokumen rekam medis kebidanan merupakan alat bukti hukum yang sah dan paling kuat apabila terjadi sengketa atau tuntutan hukum terkait dugaan kelalaian dalam memberikan asuhan kebidanan. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan, setiap bidan wajib mendokumentasikan seluruh asuhan yang diberikan kepada klien sebagai bentuk akuntabilitas profesional. Aspek legal ini menuntut agar setiap lembar dokumentasi dibubuhi nama jelas, tanda tangan bidan, serta tanggal dan waktu pelayanan yang presisi. Koreksi terhadap kesalahan penulisan dalam dokumen fisik tidak boleh dilakukan dengan cara menghapus atau menutup menggunakan cairan pengoreksi (*tipp-ex*), melainkan dengan cara mencoret sekali pada tulisan yang salah, menuliskan perbaikannya di atas atau di sampingnya, lalu dibubuhi paraf bidan yang bersangkutan.

Secara etis, dokumentasi kebidanan wajib menjunjung tinggi prinsip kerahasiaan (*confidentiality*) dan hak otonomi

pasien. Seluruh data klinis, riwayat medis, dan informasi pribadi ibu hamil bersifat rahasia dan tidak boleh disebarluaskan kepada pihak mana pun tanpa persetujuan tertulis dari pasien yang bersangkutan, kecuali untuk kepentingan hukum atau rujukan medis yang sah.

i CATATAN

Kebocoran informasi rekam medis ibu hamil, baik secara lisan maupun melalui unggahan di media sosial, merupakan pelanggaran serius terhadap kode etik profesi bidan dan dapat dikenai sanksi administratif maupun perdata sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia.

Sebagai contoh konkret, dalam sebuah kasus sengketa klinis di Jakarta terkait keterlambatan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri, seorang bidan berhasil membuktikan bahwa dirinya telah melakukan pemantauan ketat dan memberikan informed consent yang jelas kepada keluarga pasien (Adhelia & Hendroko, 2025). Semua langkah klinis, mulai dari pemeriksaan fisik, penemuan tanda bahaya, komunikasi dengan rumah sakit rujukan, hingga penolakan awal dari pihak keluarga untuk dirujuk, tercatat dengan rapi, runut, dan dilengkapi tanda tangan saksi pada lembar informed consent. Dokumentasi yang akurat tersebut menjadi bukti penyelamat yang membebaskan bidan dari tuntutan malapraktik (Wigunantiningsih dkk., 2023). Implikasi penting dari aspek etik dan legal ini adalah bidan harus senantiasa menyadari bahwa setiap goresan pena dalam lembar dokumentasi tidak hanya berfungsi untuk keselamatan klinis ibu hamil, melainkan juga merupakan perlindungan hukum utama bagi keberlangsungan praktik profesional mereka sendiri.

H. Rangkuman

Dokumentasi asuhan kehamilan merupakan pilar klinis dan administratif yang integral dalam pelayanan kesehatan maternal, yang berfungsi mengabadikan seluruh proses asuhan secara sistematis, runut, dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Aktivitas pencatatan ini bukan sekadar rutinitas administratif, melainkan cerminan dari kemampuan berpikir kritis dan pengambilan keputusan klinis bidan dalam memantau dinamika kesehatan ibu dan janin. Dalam praktiknya di Indonesia, instrumen seperti Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) serta Kartu Ibu menjadi sarana komunikasi multidisiplin yang krusial untuk menjamin kontinuitas asuhan lintas fasilitas kesehatan. Keandalan dokumen asuhan kehamilan sangat ditentukan oleh kepatuhan bidan terhadap prinsip-prinsip universal, yang meliputi akurasi data, kelengkapan informasi, keringkasan penyajian, objektivitas temuan, ketepatan waktu pencatatan, dan keterbacaan tulisan. Pengabaian terhadap prinsip-prinsip tersebut, seperti menunda pencatatan kondisi darurat atau menuliskan kesimpulan subjektif tanpa dukungan data laboratorium, dapat berimplikasi fatal terhadap keselamatan pasien, khususnya dalam mendeteksi penyulit obstetri seperti preeklamsia atau anemia berat. Guna menyeragamkan alur berpikir klinis, metode SOAP (Subjektif, Objektif, Assessment, Plan) digunakan secara luas sebagai standar ilmiah penulisan rekam medis. Melalui metode ini, keluhan subjektif ibu hamil diintegrasikan secara logis dengan hasil pemeriksaan fisik serta penunjang yang objektif untuk merumuskan diagnosis kebidanan yang akurat, yang kemudian ditindaklanjuti dengan rencana penatalaksanaan yang komprehensif dan terukur. Implementasi dokumentasi yang disiplin dan

terstandar ini pada akhirnya tidak hanya meningkatkan mutu pelayanan asuhan kehamilan secara individual, tetapi juga mendukung penguatan sistem rujukan darurat serta penyediaan data kesehatan yang valid untuk upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi di tingkat nasional.

I. Latihan

a. Essay

1. Analisis bagaimana kegagalan bidan dalam menerapkan prinsip ketepatan waktu (*timeliness*) pada pendokumentasian kasus ibu hamil dengan gejala preeklamsia dapat memicu kesalahan fatal dalam manajemen rujukan darurat ke fasilitas kesehatan sekunder.
2. Evaluasi dampak klinis dari penulisan dokumentasi asuhan kehamilan yang bersifat subjektif tanpa dukungan data kuantitatif, khususnya pada pemantauan perkembangan ibu hamil trimester ketiga yang dicurigai mengalami anemia berat.
3. Bandingkan peran fungsional Buku KIA di tingkat pelayanan primer dengan pendokumentasian internal klinik dalam menjaga kontinuitas asuhan (*continuity of care*) ketika ibu hamil harus dirujuk secara mendadak karena komplikasi obstetri.
4. Rumuskan argumentasi logis mengapa komponen *Assessment* (A) dalam metode SOAP tidak boleh berdiri sendiri dan harus selalu berakar pada korelasi yang valid antara data *Subjective* (S) dan data *Objective* (O).
5. Telaah bagaimana sistem pendokumentasian asuhan kebidanan yang lengkap dan sistematis berkontribusi

secara langsung terhadap peningkatan keselamatan pasien (*patient safety*) serta perlindungan hukum bagi bidan dalam menghadapi sengketa medis.

b. Pilihan Berganda

1. Dokumentasi kebidanan berfungsi sebagai bukti pertanggungjawaban profesional dan cerminan proses berpikir kritis bidan. Manakah dari pilihan berikut yang merupakan tujuan administratif utama dari pendokumentasian tersebut?
 - a. Memantau fluktuasi tekanan darah ibu hamil dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya.
 - b. Menyediakan data yang lengkap untuk pelaporan kesehatan nasional guna memetakan angka kematian ibu.
 - c. Menjadi alat komunikasi langsung antara bidan dan dokter spesialis kandungan saat rujukan.
 - d. Memberikan panduan klinis bagi bidan dalam menentukan dosis suplemen zat besi yang presisi.
 - e. Melatih kemampuan analisis mahasiswa kebidanan dalam menyusun rencana asuhan secara mandiri.
2. Seorang ibu hamil trimester kedua melakukan kunjungan ulang di Puskesmas yang berbeda dengan kunjungan sebelumnya. Bidan di faskes baru dapat langsung mengetahui riwayat fluktuasi tekanan darah pasien tanpa perlu melakukan anamnesis ulang dari awal karena membaca catatan pada Buku KIA. Fungsi dokumentasi yang ditunjukkan pada kasus ini adalah...
 - a. Alat pertanggungjawaban hukum.

- b. Alat komunikasi multidisiplin untuk kontinuitas asuhan.
 - c. Media pendidikan klinis bagi tenaga kesehatan.
 - d. Instrumen pemetaan statistik kesehatan nasional.
 - e. Bukti pembiayaan pelayanan kesehatan.
3. Ketika mendokumentasikan taksiran berat janin (TBJ) dan tekanan darah, seorang bidan wajib mencatat hasil pemeriksaan fisik secara eksak sesuai hasil pengukuran nyata tanpa melakukan interpretasi subjektif yang tidak didukung data klinis. Prinsip dokumentasi yang diterapkan oleh bidan tersebut adalah...
- a. Keringkasan (*conciseness*)
 - b. Ketepatan waktu (*timeliness*)
 - c. Keterbacaan (*legibility*)
 - d. Akurasi (*accuracy*)
 - e. Kelengkapan (*completeness*)
4. Penundaan pencatatan perkembangan klinis ibu hamil dengan preeklamsia dapat mengakibatkan kesalahan fatal, seperti pemberian dosis terapi obat yang salah atau keterlambatan rujukan. Prinsip dokumentasi manakah yang langsung dilanggar apabila bidan menunda pencatatan tersebut?
- a. Ketepatan waktu (*timeliness*)
 - b. Keringkasan (*conciseness*)
 - c. Objektivitas (*objectivity*)
 - d. Keterbacaan (*legibility*)
 - e. Akurasi (*accuracy*)

5. Seorang bidan di klinik bersalin hanya menuliskan "ibu tampak sehat dan bugar" pada rekam medis ibu hamil trimester ketiga dengan riwayat anemia, tanpa mencantumkan kadar hemoglobin terbaru atau kepatuhan konsumsi tablet Fe. Prinsip dokumentasi yang tidak terpenuhi pada kasus ini adalah...
 - a. Keringkasan dan keterbacaan
 - b. Ketepatan waktu dan akurasi
 - c. Kelengkapan dan objektivitas
 - d. Akurasi dan keringkasan
 - e. Objektivitas dan ketepatan waktu
6. Dalam metode SOAP yang digunakan dalam asuhan kebidanan, setiap huruf merepresentasikan langkah berpikir sistematis. Komponen yang berisi kesimpulan klinis atau diagnosis yang dirumuskan dari integrasi berbagai temuan pemeriksaan adalah...
 - a. Subjektif (S)
 - b. Objektif (O)
 - c. Assessment (A)
 - d. Plan (P)
 - e. Planning & Evaluation (PE)
7. Pada kunjungan kehamilan trimester ketiga, seorang bidan melakukan anamnesis dan mendapati ibu mengeluh sering buang air kecil pada malam hari serta merasakan nyeri pada punggung bagian bawah. Dalam format SOAP, informasi ini harus dimasukkan ke dalam komponen...
 - a. Subjektif (S)
 - b. Objektif (O)

- c. Assessment (A)
 - d. Plan (P)
 - e. Planning (P)
8. Bidan melakukan pemeriksaan palpasi Leopold, pengukuran tinggi fundus uteri (TFU), auskultasi denyut jantung janin (DJJ), serta pemeriksaan protein urine pada ibu hamil trimester ketiga. Semua hasil pengukuran fisik dan laboratorium tersebut dicatat dalam komponen SOAP bagian...
- a. Subjektif (S)
 - b. Objektif (O)
 - c. Assessment (A)
 - d. Plan (P)
 - e. Planning (P)
9. Seorang bidan menuliskan formulasi pada rekam medis: "Ny. Y, G1P0A0, usia kehamilan 36 minggu, janin tunggal hidup intrauterin, dengan ketidaknyamanan fisiologis". Penulisan ini merupakan representasi dari komponen SOAP yaitu...
- a. Subjektif (S)
 - b. Objektif (O)
 - c. Assessment (A)
 - d. Plan (P)
 - e. Planning (P)
10. Langkah akhir dari pendokumentasian SOAP melibatkan penyusunan rencana asuhan, pemberian edukasi mekanika tubuh (*body mechanics*), pelaksanaan tindakan mandiri maupun kolaborasi, serta penjadwalan

kunjungan ulang. Semua aktivitas ini didokumentasikan pada bagian...

- a. Subjektif (S)
- b. Objektif (O)
- c. Assessment (A)
- d. Plan (P)
- e. Evaluation (E)

c. Soal Project / Studi Kasus

1. Seorang bidan di desa mengelola asuhan kehamilan Ny. M (G2P1A0) usia kehamilan 34 minggu yang datang dengan keluhan sakit kepala hebat dan pandangan kabur. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 160/110 mmHg dan protein urine ++. Karena keterbatasan fasilitas, bidan memutuskan untuk segera merujuk pasien ke RSUD terdekat. Namun, karena situasi panik, bidan hanya menuliskan surat rujukan singkat berisi "Mohon penanganan lebih lanjut untuk Ny. M dengan preeklamsia" tanpa melampirkan lembar observasi tekanan darah berkala, riwayat pemberian obat antihipertensi dosis pertama yang telah diberikan di klinik, ataupun catatan denyut jantung janin terbaru. Analisis kelemahan pendokumentasian yang dilakukan oleh bidan tersebut berdasarkan prinsip akurasi, kelengkapan, dan ketepatan waktu, serta jelaskan dampaknya terhadap keselamatan pasien (*patient safety*) saat tiba di rumah sakit rujukan.
2. Ny. K, seorang ibu hamil trimester ketiga, mengeluh lemas dan cepat lelah saat melakukan pemeriksaan kehamilan di Klinik Mandiri Bidan. Pada rekam medis

kunjungan sebelumnya, bidan hanya mencantumkan catatan subjektif "keadaan umum baik" tanpa adanya hasil laboratorium kadar hemoglobin terbaru ataupun evaluasi kepatuhan konsumsi tablet Fe. Bidan yang bertugas saat ini merasa kesulitan menentukan apakah keluhan lemas Ny. K merupakan tanda anemia patologis yang memburuk atau sekadar kelelahan fisiologis trimester ketiga.

Evaluasi bagaimana kelalaian penerapan metode SOAP dan prinsip objektivitas pada kunjungan sebelumnya memengaruhi proses pengambilan keputusan klinis bidan saat ini, serta rumuskan rekomendasi perbaikan penulisan dokumentasi SOAP yang seharusnya dilakukan untuk kasus tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhelia, R., & Hendroko, H. T. (2025). Studi Deskriptif tentang Pengetahuan Tenaga Kesehatan mengenai Resusitasi Jantung Paru pada Kehamilan. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, 8(1), 1-7. <https://doi.org/10.47507/obstetri.v8i1.204>
- Amir, M. F. (2018). *Buku Ajar Konsep Dasar Matematika*. Umsida Press. <https://doi.org/10.21070/2018/978-602-5914-06-5>
- Anggraeni, R., & Aryasa EM, T. (2022). Manajemen Hipertiroid pada Kehamilan. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, 5(2), 127-34. <https://doi.org/10.47507/obstetri.v5i2.102>
- Anonim (2025). Promosi Kesehatan dengan Metode Snow Ball untuk Meningkatkan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan. *2-TRIK: Tunas-Tunas Riset Kesehatan*. <https://doi.org/10.33846/2trik15205>
- Anonim (2021). Perilaku ibu hamil terhadap kebersihan gigi dan mulut (ohis) selama masa kehamilan. *Media Kesehatan Gigi: Politeknik Kesehatan Makassar*, 20. <https://doi.org/10.32382/mkg.v20i1.2193>
- Anonim (2025). Asuhan Kebidanan Komprehensif Nyeri Punggung Pada Ny. "S" G1P0A0 Dengan Prenatal Yoga Untuk Mengurangi Gangguan Kualitas Tidur Pada Kehamilan Trimester III Di Puskesmas Batujajar Tahun 2024. *Health Idea*. <https://doi.org/10.63860/hi3104>

- Anonim (2024). Kejadian Anemia pada Masa Kehamilan sebagai Faktor Risiko Balita Stunting di Kota Surakarta. *Jurnal Penelitian Kesehatan "SUARA FORIKES" (Journal of Health Research "Forikes Voice")*.
<https://doi.org/10.33846/sf15444>
- Anonim (2024). Penerapan Endorphin Massage Untuk Mengurangi Nyeri Punggung Bawah dan Mengurangi Nyeri Persalinan Pada Asuhan Kebidanan Komprehensif Ny. "Y" G2P1A0 di PMB "Y" Kota Cimahi Tahun 2024. *Health Idea*. <https://doi.org/10.63860/hi2204>
- Anonim (2024). Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. "S" G1p0a0 Ketidaknyamanan Nyeri Punggung Dengan Asuhan Senam Hamil Di Pmb "N" Kabupaten Bandung Tahun 2024. *Health Idea*.
<https://doi.org/10.63860/hi2201>
- Anonim (2025). Pemanfaatan Media Audio Visual Dalam Asuhan Kebidanan Dengan Pelvic Floor Exercise Untuk Mengurangi Sering Buang Air Kecil Pada Ny. "S" G3P2A0 Trimester III Di PMB "Y" Kota Cimahi. *Health Idea*.
<https://doi.org/10.63860/hi3106>
- Arnianti, A., Adelianna, A., & Hasnitang, H. (2022). Analisis Faktor Risiko Anemia dalam Kehamilan pada Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 437-444. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i2.807>
- Atmadja, L. S., & Fajar Apsari, R. K. (2024). Tatalaksana Anestesi pada Tumor Payudara Kanan cT2N3Mx dan Kiri cT2N1Mx Curiga Ganas pada G4P2A1 Usia Kehamilan 22 Minggu. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, 7(2).
<https://doi.org/10.47507/obstetri.v7i2.182>

- Cholifah, S., & Rinata, E. (2022). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Umsida Press.
<https://doi.org/10.21070/2022/978-623-464-045-8>
- Cholifah, S. (2019). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Umsida Press. <https://doi.org/10.21070/2019/978-623-7578-12-3>
- Destriani, M. (2026). Sistem Informasi Pengelolaan Donasi Pada Panti Asuhan Al-Rasyid. *Global*, 14. <https://doi.org/10.35569/global.v13.i1.2576>
- Fitrilina, F., Albbi, M., Agustian, I., Herawati, A., & Massardi, N. A. (2021). Sistem Peringatan Awal Resiko Preklamsia pada kehamilan menggunakan metoda Certainty Factor dan Android. *JURNAL NASIONAL TEKNIK ELEKTRO*, 10(1), 45. <https://doi.org/10.25077/jnte.v10n1.896.2021>
- Harjana, L. T., Apsari, R. K. F., & Hartono, P. (2026). Ventilasi Mekanik pada Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) selama Kehamilan: Dampak pada Keseimbangan Asam-Basa Ibu-Janin dan Perkembangan Janin. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, 9(1). <https://doi.org/10.47507/obstetri.v9i1.251>
- Haslan, H., & Trisutrisno, I. (2022). Dampak Kejadian Preeklamsia dalam Kehamilan Terhadap Pertumbuhan Janin Intrauterine. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 445-454. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i2.810>
- Indayani, L. (2019). *Manajemen perubahan*. Umsida Press. <https://doi.org/10.21070/2019/978-602-5914-70-6>

- Jufri, S. (2025). Analisis Behaviour dan Nutrition terhadap kejadian Stunting pada Masa Kehamilan. *Indonesian Journal of Nursing Health Science*, 9(2). <https://doi.org/10.47007/ijnhs.v9i2.8614>
- K, P. A. (2019). *Konsep Dasar Persalinan*. Umsida Press. <https://doi.org/10.21070/2019/978-602-5914-75-1>
- Karlina, I. (2026). Pencegahan Stunting pada Balita dari Masa Kehamilan Melalui Edukasi Kebidanan Komunitas di Kelurahan Husein Sastranegara Kota Bandung. *Jurnal Abdimas Kartika Wijayakusuma*, 7(1). <https://doi.org/10.26874/jakw.v7i1.1310>
- Kartika, S. B. (2017). *Modul Praktikum Konsep Dasar IPA*. Umsida Press. <https://doi.org/10.21070/2017/978-979-3401-85-0>
- Karuniawati, B., Sari, M. D., & Fauziandari, E. N. (2024). Implementasi pijat oksitosin sebagai upaya meningkatkan produksi asi dalam asuhan kebidanan continuity of care. *Jurnal Kesehatan Karya Husada*, 12(2), 142-146. <https://doi.org/10.36577/jkkh.v12i2.710>
- Kasmianti, K. (2024). Pengaruh Kelas Ibu Hamil terhadap Pengetahuan tentang Kehamilan. *An-Najat*, 2(4), 302-308. <https://doi.org/10.59841/an-najat.v2i4.2215>
- Kurniawan, M. I. (2018). *Buku Ajar Konsep Dasar Pendidikan Kewarganegaraan Sekolah Dasar*. Umsida Press. <https://doi.org/10.21070/2018/978-602-5914-32-4>

- Mose, J. C., ., M., & Respati, T. (2026). Service Quality and Antenatal Care Visit Frequency at Klinik Utama Kehamilan Sehat in Bandung and Jakarta: A Comparative Cross-Sectional Study. *RA JOURNAL OF APPLIED RESEARCH*, 12(06).
<https://doi.org/10.47191/rajar/v12i6.07>
- Munawarah, Z., Utami, P. P., & Hidayati, N. (2024). Asuhan kebidanan pada ibu “m” umur 32 tahun multigravida di lingkungan karang buyuk kelurahan ampenan selatan wilayah kerja puskesmas tanjung karang. *Journal of Nursing and Health*, 9(1), 102-109.
<https://doi.org/10.52488/jnh.v9i1.357>
- Nazilah, L. (2026). Asuhan Kebidanan pada Bayi ny. J dengan Ikterus Fisiologis di Puskesmas Kec. Cipayun Jakarta Timur. *JURNAL LANTERA ILMIAH KEPERAWATAN*, 1(1).
<https://doi.org/10.52120/nfker482>
- Nazilah, L. (2026). Karaktersitik Ibu Bersalin dengan Kehamilan Kembar di RSUD Kota Bekasi. *JURNAL LANTERA ILMIAH KEPERAWATAN*, 1(2).
<https://doi.org/10.52120/jv2em102>
- Ningsih, A. S., & Andini, L. (2025). Pengaruh Peregangan Perut Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Haid Primer (Dismenore) Pada Mahasiswi Kebidanan Bunga Kalimantan 2023. *DINAMIKA KESEHATAN: JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN*, 15(2).
<https://doi.org/10.33859/dksm.v15i2.996>
- Nurul Azizah, N. A. (2019). *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Umsida Press.
<https://doi.org/10.21070/2019/978-602-5914-78-2>

- Pratiwi, Y. (2024). Konsep Pendidikan Karakter pada Anak Usia Dasar di Panti Asuhan. *Jurnal Cakrawala Akademika*, 1(1), 19-34.
<https://doi.org/10.70182/jca.v1i1.4>
- Rachmawati, A. U., Ulayya, H. F., Listiyanawati, M. D., Suwariyah, P., Zulaicha, E., & Akhir, M. (2026). Optimalisasi Pengetahuan Wanita Usia Subur (WUS) Tentang Deteksi Dini Kehamilan Berisiko di Dusun Nayan. *Jurnal Masyarakat Madani Indonesia*, 5(3).
<https://doi.org/10.59025/cake8w30>
- Rinata, E. (2019). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pathologi I (KEHAMILAN)*. Umsida Press.
<https://doi.org/10.21070/2019/978-623-578-11-6>
- Rosanti, A. (2026). Gambaran Kejadian Kehamilan Remaja di RSUD Kota Bekasi. *JURNAL LANTERA ILMIAH KEPERAWATAN*, 1(1).
<https://doi.org/10.52120/kwpgwc26>
- Rosyidah, R. (2019). *Buku Ajar Mata Kuliah Obstetri Pathologi (Pathologi Dalam Kehamilan)*. Umsida Press.
<https://doi.org/10.21070/2019/978-602-5914-88-1>
- Sajidah, A., Hammad, Parellangi, Azhima, R., Dewi, R., & Huda, N. (2025). Angka Pemberdayaan Kader Dan Keluarga Dalam Pengenalan Dan Penanganan Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan Pada Ibu Hamil Dalam Upaya Menurunkan Tingkat Kejadian Abortus Di Wilayah Kerja Puskesmas AstambulKematian Ibu (AKI), abortus, pendidikan kesehatan, tanda bahaya kehamilan. *Jurnal Rakat Sehat : Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(1), 30-35.
<https://doi.org/10.31964/jrs.v4i1.101>

- Sudirman, E. S. (2024). Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Dengan Masalah Ketidaktahuan Perawatan Payudara Dalam Meningkatkan Produksi ASI. *Fetus : Journal of Midwifery*, 1(2), 24-35. <https://doi.org/10.36858/fejom.v1i2.34>
- Ulya, Y., Maya Herlina, S., & Pricilia Yunika, R. (2026). Peran Doula Dalam Pemberian Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan Dan Persalinan. *Jurnal Kesehatan Terapan*, 119. <https://doi.org/10.54816/jk.v13i2.1377>
- Vanielatama, N., Hartanto, H., & Gunardi, S. (2024). Literature Review: Efektivitas Elastic Therapeutic Taping (Ett) Terhadap Pengurangan Skala Nyeri Punggung Bawah Pada Kehamilan Trimester Iii. *Jurnal MedScientiae*, 3(1). <https://doi.org/10.36452/jmedscientiae.v3i1.2932>
- Wigunantiningsih, A., Rosita, S. D., & Sari, R. P. (2023). Implementasi asuhan kebidanan komprehensif pada masa new normal pandemi covid-19. *Siklus : Journal Research Midwifery Politeknik Tegal*, 12(02). <https://doi.org/10.30591/siklus.v12i02.4928>
- Yulianti Bisri, D., & Bisri, T. (2026). Anestesi untuk Prosedur Non-Obstetric Appendectomy pada Kehamilan Trimester Pertama. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, 9(1). <https://doi.org/10.47507/obstetri.v9i1.252>
- Zubaidah, I., Puspitasari, R. S., & Husna, F. (2025). Asuhan kebidanan berkelanjutan pada ny.t akseptor kb implant dengan media lembar balik di pmb kusni sri mawarti bantul. *Jurnal Bidan Srikandi*, 3(2), 71-79. <https://doi.org/10.35760/jbs.2025.v3i2.14587>

LAMPIRAN: KUNCI JAWABAN

Kunci Jawaban BAB 1

1. Jawaban: B — Konsepsi sampai dengan kelahiran

Menurut WHO (2023), kehamilan dimulai dari konsepsi (pertemuan sel telur dan sperma membentuk zigot) hingga kelahiran bayi. Istilah "konsepsi" dan "fertilisasi" sering digunakan bergantian, namun definisi WHO menekankan rentang waktu penuh dari awal pembuahan sampai bayi lahir.

2. Jawaban: C — 189 per 100.000 kelahiran hidup

Data SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) 2022 mencatat AKI sebesar 189 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini mengalami penurunan dibanding SDKI 2012 (359 per 100.000), namun masih jauh dari target SDGs 2030.

3. Jawaban: B — 70 per 100.000 kelahiran hidup

SDGs target 3.1 menetapkan bahwa pada tahun 2030, seluruh negara harus menurunkan AKI global menjadi di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup. Indonesia masih perlu kerja keras untuk mencapai target ini.

4. Jawaban: C — 6 hingga 10 hari

Setelah ovulasi, sel telur dibuahi di tuba falopi membentuk zigot → morula → blastokis. Blastokis kemudian berjalan menuju uterus dan mengimplantasi diri pada endometrium sekitar hari ke-6 sampai ke-10 pasca ovulasi.

5. Jawaban: D — 1989

Program Bidan di Desa diluncurkan pemerintah Indonesia tahun 1989 sebagai strategi untuk mendekatkan tenaga kesehatan terlatih ke masyarakat pedesaan, guna mempercepat penurunan AKI dan AKB (Angka Kematian Bayi).

6. Jawaban: B — Bank Dunia

Safe Motherhood Initiative dideklarasikan di Nairobi, Kenya pada tahun 1987. Gerakan ini diinisiasi bersama oleh WHO, UNICEF, UNFPA, dan Bank Dunia sebagai respons global terhadap tingginya angka kematian ibu di negara berkembang.

7. Jawaban: C — 85% atau lebih

Filosofi asuhan kehamilan menyatakan bahwa kehamilan adalah proses fisiologis yang normal. Sekitar 85% atau lebih kehamilan berlangsung tanpa komplikasi berarti. Hal ini menjadi dasar pendekatan bidan yang berfokus pada pemantauan, promosi kesehatan, dan deteksi dini, bukan medikalisasi berlebihan.

8. Jawaban: C — Continuity of care

Continuity of care (asuhan berkesinambungan) adalah model pelayanan yang memastikan perempuan mendapat pendampingan tanpa "celah" dari fase prakonsepsi → kehamilan → persalinan → nifas → KB pascasalin. Model ini

terbukti meningkatkan kepuasan ibu dan menurunkan intervensi yang tidak perlu.

9. Jawaban: B — P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)

P4K adalah program Kemenkes RI yang bertujuan meningkatkan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman. Elemen P4K meliputi penentuan tempat bersalin, penolong persalinan, transportasi, donor darah, dan dana persalinan.

10. Jawaban: C — 40–50%

Selama kehamilan, volume darah ibu meningkat 40–50% terutama karena peningkatan volume plasma. Peningkatan ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi janin, serta mempersiapkan tubuh menghadapi kehilangan darah saat persalinan.

11. Jawaban: B — 14–27 minggu

Pembagian trimester kehamilan:

- Trimester I: minggu 0–13
- Trimester II: minggu 14–27
- Trimester III: minggu 28–40

Trimester II ditandai dengan pertumbuhan pesat janin, mulai terlihatnya gerakan janin, dan ibu umumnya merasa lebih nyaman dibanding trimester I.

12. Jawaban: B — Sebelum 28 minggu

Kategori preterm menurut WHO:

- a. **Extremely preterm:** < 28 minggu
- b. **Very preterm:** 28–31 minggu
- c. **Moderate to late preterm:** 32–36 minggu

Extremely preterm memiliki risiko komplikasi dan mortalitas tertinggi karena organ-organ vital belum matang sempurna.

13. Jawaban: B — 42 minggu atau lebih

Kehamilan postterm (serotinus) didefinisikan sebagai kehamilan yang berlangsung ≥ 42 minggu atau ≥ 294 hari dihitung dari HPHT. Kehamilan ini memerlukan pengawasan ketat karena meningkatnya risiko insufisiensi plasenta dan gawat janin

14. Jawaban: B — 17 Oktober 2026

Rumus Naegele: tanggal +7, bulan -3, tahun +1

HPHT: 10 Januari 2026

Tanggal: $10 + 7 = 17$

Bulan: $1 - 3 = -2 \rightarrow$ karena negatif, tambah 12 bulan
dan tahun +1: $-2 + 12 = 10$ (Oktober) Tahun: 2026
(sudah +1 karena bulan negatif) HPL = 17 Oktober 2026

15. Jawaban: C — Crown Rump Length (CRL)

CRL adalah jarak dari puncak kepala (crown) hingga ujung bokong (rump) janin. Pengukuran ini paling akurat untuk estimasi usia kehamilan pada trimester pertama (usia 7–13 minggu) dengan margin error hanya ± 3 –5 hari. Setelah trimester I, BPD dan FL lebih sering digunakan.

16. Jawaban: C — 10T

Standar pelayanan ANC di Indonesia mencakup **10T**, yaitu:

1. Timbang berat badan & tinggi badan
2. Tekanan darah
3. Tinggi fundus uteri
4. Tetanus Toksoid (imunisasi TT)
5. Tablet tambah darah (Fe)
6. Tes laboratorium (Hb, golongan darah, protein urin, dll.)
7. Temu wicara/konseling
8. Tata laksana kasus
9. Tentukan presentasi janin & DJJ
10. Tes/penapisan preeklamsia (protein urin)

17. Jawaban: C — 90 tablet

Pemerintah Indonesia menetapkan standar minimal pemberian **90 tablet Fe** (zat besi + asam folat) selama kehamilan untuk mencegah anemia defisiensi besi. Tablet diminum 1 tablet per hari, sebaiknya malam hari untuk mengurangi efek samping mual.

18. Jawaban: C — 16–20 minggu

Quickening (gerakan janin pertama yang dirasakan ibu) pada primigravida biasanya dirasakan pada usia **18–20 minggu**, karena otot perut masih kencang dan ibu belum berpengalaman membedakan sensasinya. Pada multigravida, quickening bisa dirasakan lebih awal, sekitar 16–18 minggu.

19. Jawaban: C — 20 minggu

Patokan tinggi fundus uteri (TFU) secara klinis:

- a. 12 minggu: setinggi simfisis pubis
- b. 16 minggu: antara simfisis dan pusat
- c. 20 minggu: setinggi pusat (umbilikus)
- d. 28 minggu: antara pusat dan prosesus xifoideus
- e. 36–40 minggu: mendekati atau setinggi prosesus xifoideus

20. Jawaban: C — 8 kali kunjungan

WHO dalam rekomendasinya (2016, diperbarui 2022) meningkatkan standar minimal ANC dari 4 kunjungan (model lama) menjadi 8 kunjungan, dengan distribusi:

2 kunjungan di trimester I (< 12 minggu & 20 minggu)
2 kunjungan di trimester II (26 & 30 minggu)
4 kunjungan di trimester III (34, 36, 38, & 40 minggu)
Indonesia telah mengadopsi rekomendasi ini dalam kebijakan ANC terbaru.

Kunci Jawaban BAB 2

a. Essay

1. Kegagalan remodeling uterus mengganggu vaskularisasi uteroplacenta, membatasi ruang mekanis, dan menurunkan aliran darah-nutrisi ke janin. Akibatnya, pertumbuhan janin terhambat, yang secara klinis terdeteksi melalui tinggi fundus uteri di bawah persentil ke-10 dari usia gestasi sebenarnya.
2. Regangan berlebih miometrium pada kehamilan ganda melemahkan kontraktilitas serabut otot uterus. Hal ini meningkatkan risiko persalinan prematur akibat aktivasi mekanis persalinan, serta memicu atonia uteri pascapersalinan yang berujung pada perdarahan hebat.
3. Hemodilusi adalah pengenceran darah fisiologis akibat ekspansi plasma sekitar 50% melebihi sel darah merah sekitar 20-30% dengan batas Hb trimester kedua 10,5 g/dL. Anemia patologis terjadi akibat defisiensi zat besi nyata dengan Hb di bawah ambang fisiologis tersebut.
4. Jika volume darah meningkat masif tanpa disertai penurunan resistensi vaskular sistemik yang adekuat, tekanan hidrostatik vaskular meningkat tajam. Kondisi ini merusak endotel vaskular dan memicu sindrom hipertensi atau preeklampsia yang mengancam keselamatan ibu-janin.
5. Progesteron meningkatkan sensitivitas pusat pernapasan terhadap karbon dioksida, memicu hiperventilasi guna memudahkan transfer oksigen ke janin. Namun, progesteron juga merelaksasi otot polos pencernaan, memperlambat motilitas lambung dan

esofagus, sehingga memicu konstipasi serta sensasi panas di dada.

b. Pilihan Ganda

1. C
2. C
3. B
4. B
5. B
6. C
7. C
8. C
9. B
10. C

c. Studi Kasus / Proyek

1. Tinggi fundus uteri 20 cm pada usia 28 minggu menunjukkan deviasi pertumbuhan di bawah persentil ke-10, mengindikasikan risiko hambatan pertumbuhan janin atau oligohidramnion. Langkah asuhan: bidan memberikan konseling nutrisi, menapis tanda bahaya, serta merencanakan pemeriksaan ultrasonografi penunjang berkolaborasi dengan dokter spesialis obstetri guna mengevaluasi volume air ketuban dan kesejahteraan janin.
2. Kadar Hb 10,7 g/dL pada trimester kedua adalah normal akibat hemodilusi fisiologis karena ambang batas minimalnya adalah 10,5 g/dL. Langkah asuhan: bidan mengedukasi ibu secara terapeutik mengenai

pengenceran darah normal, memvalidasi kecemasannya, menganjurkan konsumsi makanan kaya zat besi, dan memastikan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah harian tanpa perlu rujukan darurat.

Kunci Jawaban BAB 3

1. Kunci Jawaban: C

Pembahasan: Posisi tidur miring ke kiri membantu meningkatkan aliran darah uteroplasenta, mengurangi tekanan pada vena cava inferior, memperbaiki sirkulasi maternal, serta mengurangi keluhan sesak dan nyeri punggung.

2. Kunci Jawaban: C

Pembahasan: Pada perjalanan lebih dari 2–4 jam, ibu hamil dianjurkan berhenti setiap 1–2 jam untuk berjalan ringan guna melancarkan sirkulasi darah dan mengurangi risiko tromboemboli vena.

3. Kunci Jawaban: B

Pembahasan: Bidan berperan memberikan komunikasi terapeutik, edukasi, konseling, serta melibatkan pasangan sebagai dukungan emosional untuk membantu ibu beradaptasi terhadap perubahan psikologis selama kehamilan.

4. Kunci Jawaban: B

Pembahasan: Konsep BPCR menekankan kesiapan ibu dan keluarga melalui perencanaan tempat persalinan, tenaga kesehatan, transportasi, pembiayaan, pendamping, serta pengenalan tanda bahaya dan sistem rujukan.

5. Kunci Jawaban: B

Pembahasan: WHO dan ACOG merekomendasikan ibu hamil dengan kehamilan normal melakukan aktivitas fisik intensitas sedang minimal 150 menit per minggu, seperti berjalan kaki, berenang, yoga prenatal, atau senam hamil, selama tidak terdapat kontraindikasi.

Kunci Jawaban BAB 4

a. Essay

1. Tumpang tindih usia remaja (<20 tahun) dan KEK melipatgandakan risiko karena organ reproduksi belum matang dan kapasitas vaskular seluler rendah. Akibatnya, terjadi kegagalan adaptasi sirkulasi uteroplasenta yang memicu pertumbuhan janin terhambat dan preeklamsia.
2. Stres mengaktivasi sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) ibu, memicu pelepasan hormon kortisol berlebih. Kortisol menembus plasenta, mengganggu perkembangan otak janin, memicu vasokonstriksi pembuluh darah plasenta, dan merangsang kontraksi uterus dini yang berujung pada kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah.
3. Pantangan protein hewani menyebabkan defisit asam amino esensial dan zat besi pada ibu hamil miskin. Bidan harus menerapkan asuhan sensitif budaya melalui konseling persuasif, menegosiasikan konsumsi alternatif protein lokal yang tidak dipantang (seperti tempe/tahu), serta mengedukasi keluarga tentang manfaat protein bagi janin.

4. Asuhan konvensional hanya mendeteksi kelainan fisik, sedangkan asuhan dengan EPDS mampu mendeteksi depresi antenatal secara dini. Penanganan masalah mental mencegah peningkatan kortisol yang membahayakan janin serta mengurangi risiko depresi postpartum, bunuh diri, dan penolakan terhadap bayi.
5. Paritas tinggi menurunkan tonus otot uterus dan efisiensi sirkulasi plasenta, sedangkan penyakit sistemik mengganggu hemodinamika ibu-janin. Bidan harus memodifikasi asuhan dengan meningkatkan frekuensi pengawasan, melakukan skrining komplikasi, serta merujuk ke dokter spesialis untuk manajemen kolaboratif sejak trimester pertama.

b. Pilihan Ganda

1. D
2. D
3. C
4. B
5. C
6. C
7. B
8. C
9. B
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Ny. S memiliki risiko komplikasi tinggi akibat kombinasi kehamilan remaja, KEK (LiLA 21 cm), anemia (Hb 9 g/dL), dan tinggi badan kurang (<145

cm) yang diperberat faktor ekonomi. Rekomendasi asuhan: Pemberian makanan tambahan lokal secara intensif, terapi zat besi dosis ganda disertai pemantauan kepatuhan, konseling gizi, serta kolaborasi dengan ahli gizi dan dokter spesialis obstetri-ginekologi untuk skrining panggul sempit.

2. Ny. R mengalami kecemasan akibat trauma masa lalu (skor EPDS 14) ditambah tekanan sosiokultural berupa pantangan makan bergizi. Rekomendasi asuhan: Latih teknik relaksasi napas dalam dan yoga prenatal; lakukan konseling persuasif bersama suami dan mertua untuk menjelaskan pentingnya protein hewani; serta negosiasikan alternatif pengganti protein jika pantangan tetap tidak bisa dihindari untuk menurunkan ketegangan mental dan memperbaiki nutrisi.

Kunci Jawaban BAB 5

a. Essay

1. Penerapan *woman-centered care* menumbuhkan kepercayaan mutual dan rasa aman bagi ibu hamil. Ketika merasa dihargai, didengarkan, dan memiliki otonomi, motivasi intrinsik ibu meningkat untuk mematuhi jadwal kunjungan ulang demi menjaga kesejahteraan dirinya dan janin.
2. Kesalahan HPHT tanpa validasi fisik dapat menyamarkan usia gestasi sebenarnya. Akibatnya, kondisi patologis seperti pertumbuhan janin terhambat (PJT) atau kehamilan ganda tidak terdeteksi tepat waktu, sehingga meningkatkan risiko kematian

janin intrauterin akibat manajemen klinis yang terlambat.

3. Pengkajian riwayat obstetri mengidentifikasi faktor risiko berulang (preeklamsia atau atonia uteri). Informasi ini memungkinkan bidan merancang rencana kesiapsiagaan darurat, mengedukasi keluarga mengenai tanda bahaya, serta menyusun protokol rujukan dini untuk mencegah komplikasi fatal saat persalinan.
4. Bidan harus menggunakan komunikasi terapeutik yang empati untuk menjelaskan pentingnya keakuratan usia kehamilan. Tindakan klinis selanjutnya adalah melakukan validasi silang serta merekomendasikan rujukan pemeriksaan USG guna memastikan penanggalan, menepis kehamilan ganda, atau pertumbuhan janin terhambat.
5. Pengukuran LILA mendeteksi Kurang Energi Kronis (KEK) secara dini, sementara analisis gaya hidup memetakan asupan nutrisi. Penanganan cepat terhadap KEK melalui konseling gizi intensif mencegah gangguan pertumbuhan intrauterin yang menjadi akar penyebab kejadian stunting pada anak.

b. Pilihan Ganda

1. D
2. B
3. A
4. C
5. C
6. B

- 7. B
- 8. B
- 9. A
- 10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Faktor risiko Ny. A: riwayat perdarahan postpartum (atonia uteri), jarak kehamilan pendek (<2 tahun), risiko KEK (LILA 22 cm), dan kurangnya dukungan psikososial. Tindakan bidan: memberikan konseling gizi dan PMT untuk KEK, menyusun rencana persalinan aman di faskes rujukan dengan donor darah siap panggil, serta memfasilitasi komunikasi keluarga untuk meningkatkan dukungan psikologis bagi ibu.
2. Konflik terjadi akibat perbedaan estimasi subjektif ibu (tes kehamilan) dengan data objektif klinis (TFU) di tengah keterbatasan finansial. Sikap bidan: tetap menghormati otonomi ibu, memberikan KIE bahwa USG trimester pertama sangat krusial untuk validasi usia gestasi, serta membantu mencari solusi finansial seperti rujukan dengan program jaminan kesehatan pemerintah demi keselamatan klinis janin.

Kunci Jawaban BAB 6

a. Essay

1. KIE dialogis dengan media lembar balik meningkatkan keterlibatan aktif ibu, memfasilitasi pemahaman visual konkret tentang anemia, sehingga menurunkan resistensi psikologis dan meningkatkan kepatuhan konsumsi TTD secara sukarela berdasarkan kesadaran kritis diri sendiri.

2. Hambatan berupa efek mual pasca-konsumsi dan kecemasan mual bertambah parah. Strategi: edukasi minum TTD malam hari sebelum tidur bersama air putih atau jus kaya vitamin C, hindari teh/kopi/susu, serta jelaskan bahwa mual adalah reaksi adaptasi sementara.
3. Model KIE melibatkan suami dan kader melalui kartu pantau gejala mandiri. Edukasi difokuskan pada pengenalan flek dan kram perut bawah, sehingga suami memiliki otoritas dan kesiapan logistik untuk merujuk ibu tanpa penundaan musyawarah keluarga.
4. Trimester I berfokus pada adaptasi fisik (mual muntah) dan kecemasan keguguran. Trimester II berfokus pada stabilitas emosi, pertumbuhan janin, dan nutrisi. Trimester II ideal karena emosi ibu stabil dan bebas mual, sehingga kognisinya lebih reseptif menerima edukasi stunting.
5. Edukasi "Isi Piringku" berbasis pangan lokal memastikan kecukupan makronutrien dan mikronutrien ibu hamil. Kolaborasi keluarga krusial untuk mengubah kebiasaan belanja dan pengolahan makanan, guna memastikan alokasi protein hewani bagi ibu hamil demi mencegah pertumbuhan janin terhambat.

b. Pilihan Ganda

1. C
2. B
3. D
4. A
5. C

- 6. D
- 7. C
- 8. C
- 9. B
- 10. C

c. Studi Kasus / Proyek

1. Analisis: Ny. A mengalami mual trimester I dan anemia ringan, diperparah kurangnya dukungan suami. Rekomendasi: Gunakan lembar balik untuk edukasi interaktif pentingnya HB bagi janin. Edukasi suami sebagai pengawas minum obat. Mitigasi mual: minum TTD malam hari sebelum tidur bersama jus buah, serta konsumsi jahe hangat untuk meredakan mual di pagi hari.
2. Analisis: Ny. B salah persepsi tentang biaya makanan bergizi dan kurang paham pemantauan janin trimester II. Rekomendasi: Edukasi "Isi Piringku" memanfaatkan ikan lokal dan telur yang terjangkau. Ajarkan stimulasi dan pencatatan gerakan janin pertama (quickening) menggunakan Buku KIA sebagai indikator kesejahteraan janin secara mandiri di rumah.

Kunci Jawaban BAB 7

a. Essay

1. Risiko kehamilan bersifat dinamis karena perubahan fisiologis dapat memicu patologi baru kapan saja. Implikasinya, bidan harus melakukan penapisan ulang di setiap kunjungan antenatal tanpa mengabaikan

perubahan klinis kecil guna mendeteksi deviasi secara dini.

2. Usia di atas 35 tahun menurunkan elastisitas pembuluh darah sehingga meningkatkan risiko preeklamsia, sedangkan paritas tinggi menyebabkan peregangan rahim berulang yang menurunkan tonus otot uterus, sehingga memicu atonia uteri pascapersalinan.
3. Kadar hemoglobin di bawah 11 g/dL menurunkan kapasitas transpor oksigen ke miometrium, menyebabkan hipoksia jaringan otot uterus. Akibatnya, kekuatan kontraksi uterus pascapersalinan terganggu, yang memicu terjadinya atonia uteri dan perdarahan hebat.
4. Gejala tersebut mengindikasikan vasospasme sistemik pada preeklamsia berat yang mengancam keselamatan ibu dan janin. Bidan harus segera memasang jalur intravena, memberikan dosis awal MgSO_4 sesuai protokol, dan segera merujuk pasien ke fasilitas sekunder.
5. Gerakan janin kurang dari 10 kali dalam 12 jam adalah alarm gawat janin akut akibat disfungsi utero-plasenta. Pemantauan mandiri oleh ibu sangat penting untuk mempercepat pencarian pertolongan medis sebelum terjadi kematian janin dalam rahim (IUFD).

b. Pilihan Ganda

1. B
2. A
3. C
4. C

5. B
6. C
7. C
8. C
9. C
10. B

c. Studi Kasus / Proyek

1. Faktor risiko meliputi usia ekstrem (>40 tahun), grandemultipara (G6), tinggi badan <145 cm (panggul sempit), hipertensi gestasional, dan anemia ringan. Strategi bidan: lakukan konseling persuasif berbasis bukti mengenai bahaya atonia uteri dananggul sempit, libatkan pengambil keputusan keluarga (suami), serta fasilitasi perencanaan rujukan persalinan aman (P4K).
2. Ny. K mengalami tanda bahaya berupa gawat janin (gerakan <10 kali/12 jam), suspek preeklamsia (sakit kepala, edema wajah, TD perbatasan), dan hambatan pertumbuhan janin (TFU kecil). Keputusan klinis bidan: lakukan penilaian denyut jantung janin (DJJ), pasang infus asupan cairan, berikan oksigenasi, dan lakukan rujukan darurat ke rumah sakit.

Kunci Jawaban BAB 8

a. Essay

1. Keterlambatan tingkat keluarga menunda penanganan cepat saat terjadi ruptur tuba pada KET, memicu perdarahan intraperitoneal masif yang berakhir pada syok hemoragik. Bidan harus aktif memberikan

edukasi tanda bahaya kehamilan dan segera memfasilitasi pengambilan keputusan rujukan yang cepat.

2. KET melibatkan perdarahan intraperitoneal akibat ruptur tuba, sedangkan plasenta previa adalah perdarahan eksternal dari jalan lahir. Pemeriksaan dalam pada plasenta previa dilarang keras karena sentuhan jari dapat merobek plasenta yang menutupi ostium uteri, memicu perdarahan masif fatal.
3. Akses IV ganda jarum besar (16G/18G) memungkinkan volume resusitasi cairan kristaloid masuk sangat cepat untuk mengompensasi kehilangan darah masif, melipatgandakan kecepatan pengisian volume vaskular dibandingkan jalur tunggal, guna mencegah kolaps sirkulasi dan syok ireversibel.
4. MgSO₄ diekskresikan melalui ginjal; jika urin sedikit, risiko akumulasi obat meningkat hingga kadar toksik. Depresi pernapasan (napas <16x/menit) dan hilangnya refleks patela adalah tanda awal intoksikasi yang dapat menyebabkan henti napas jika diabaikan.
5. Posisi miring ke kiri membebaskan vena cava inferior dan aorta dari tekanan uterus yang membesar (sindrom kompresi aortocaval). Hal ini meningkatkan aliran balik vena ke jantung (venous return), mempertahankan curah jantung ibu, dan menjamin perfusi uteroplacenta ke janin.

b. Pilihan Ganda

1. A
2. D
3. C

4. E
5. B
6. D
7. C
8. B
9. B
10. D

c. Studi Kasus / Proyek

1. Ny. A mengalami eklamsia. Produksi urin ($40 \text{ mL}/2 \text{ jam} = 20 \text{ mL/jam}$) tidak memenuhi syarat keselamatan umum (0.5 mL/kg/jam untuk berat $60 \text{ kg} = 30 \text{ mL/jam}$). Namun, karena pasien dalam kondisi eklamsia (kejang), dosis awal MgSO_4 tetap wajib diberikan segera demi menyelamatkan nyawa, diikuti pengawasan ketat, pembatasan dosis pemeliharaan, serta kesiapan antidotum Kalsium Glukonas.
2. Ny. B mengalami solusio plasenta, ditandai uterus tegang, nyeri hebat, dan darah kehitaman (berbeda dari plasenta previa yang tidak nyeri dan darah segar). Langkah taktis bidan: bebaskan jalan napas, berikan oksigenasi, pasang infus ganda RL tetesan cepat, pasang kateter urin, pantau DJJ, dan rujuk segera tanpa pemeriksaan dalam.

Kunci Jawaban BAB 9

a. Essay

1. Penundaan pencatatan melanggar prinsip *timeliness*, menyebabkan hilangnya akurasi data akibat bias memori. Dampaknya, tim medis rujukan tidak

mendapatkan data perkembangan klinis yang riil, memicu kesalahan dosis obat atau keterlambatan intervensi kritis yang mengancam nyawa ibu dan janin.

2. Dokumentasi subjektif tanpa data kuantitatif membuat pemantauan klinis tidak valid. Tanpa data objektif seperti kadar Hb atau pola konsumsi tablet besi, bidan tidak dapat mendeteksi dini keparahan anemia, meningkatkan risiko perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri yang tidak diantisipasi.
3. Buku KIA berfungsi sebagai media komunikasi portabel lintas fasilitas yang menjamin kesinambungan informasi klinis pasien secara runut. Sementara itu, dokumentasi internal klinik berfungsi sebagai catatan legal lokal yang mendetail untuk pertanggungjawaban hukum dan manajemen internal faskes tersebut.
4. Komponen *Assessment* (A) merupakan hasil sintesis klinis. Jika diagnosis dibuat tanpa korelasi data *Subjective* (keluhan pasien) dan *Objective* (hasil pemeriksaan fisik/lab), maka diagnosis tersebut menjadi tidak valid, subjektif, dan berisiko tinggi menyebabkan salah penanganan klinis.
5. Dokumentasi yang lengkap dan sistematis menjadi bukti legal tertulis yang sah di mata hukum bahwa bidan telah melakukan tindakan sesuai standar operasional prosedur (SOP). Hal ini meminimalkan risiko tuntutan hukum sekaligus menjamin penanganan pasien yang berkelanjutan dan aman.

b. Pilihan Ganda

1. B
2. B

3. D
4. A
5. C
6. C
7. A
8. B
9. C
10. D

c. Studi Kasus / Proyek

1. Bidan melanggar prinsip kelengkapan (*completeness*) dan akurasi karena tidak mencantumkan parameter vital (tekanan darah berkala, denyut jantung janin) serta terapi awal. Dampaknya, rumah sakit rujukan kehilangan informasi krusial untuk menentukan tindakan segera, meningkatkan risiko kejang (eklamsia) atau kematian janin akibat keterlambatan diagnosis sekunder.
2. Ketiadaan data objektif (kadar Hb) pada kunjungan lalu menghambat bidan saat ini untuk mengevaluasi tren keparahan anemia. Rekomendasi: Terapkan SOAP secara disiplin; catat keluhan lemas (S), periksa dan catat kadar Hb serta konjungtiva secara kuantitatif (O), tegakkan diagnosis anemia (A), lalu susun rencana pemberian Fe serta evaluasi kepatuhan (P).

GLOSARIUM

Blastokista: Tahap perkembangan embrio setelah morula, berupa bola sel berongga yang siap untuk tertanam di dinding rahim.

Desidua: Lapisan endometrium uterus yang telah dipersiapkan oleh hormon progesteron untuk menerima dan mendukung implantasi embrio.

Evidence-based midwifery care: Praktik asuhan

Atonia Uteri: Kondisi di mana uterus gagal berkontraksi secara efektif setelah persalinan, yang dapat menyebabkan perdarahan pascapersalinan yang berlebihan.

Candidiasis Vulvovaginal: Infeksi jamur pada vagina dan vulva yang disebabkan oleh spesies *Candida*, sering terjadi pada ibu hamil karena perubahan lingkungan

Anemia defisiensi besi: Kondisi kekurangan sel darah merah sehat akibat rendahnya kadar zat besi dalam tubuh, sering terjadi pada ibu hamil.

Arsitektur tidur: Pola atau struktur siklus tidur yang normal, meliputi tahapan tidur REM dan non-REM, yang dapat terganggu selama kehamilan.

Anemia Defisiensi Besi: Kondisi kekurangan sel darah merah sehat akibat tubuh tidak memiliki cukup zat besi, sering terjadi pada ibu hamil dan dapat memengaruhi kesehatan ibu serta janin.

Depresi Antenatal: Gangguan suasana hati yang ditandai dengan perasaan sedih, cemas, atau kehilangan minat yang pers

Anamnesis: Proses pengumpulan data subjektif melalui wawancara mendalam dengan pasien untuk mendapatkan informasi riwayat kesehatan dan keluhan.

Asuhan sayang ibu: Pendekatan pelayanan kebidanan yang menempatkan ibu hamil sebagai subjek aktif, menghormati hak otonomi, dan memberikan dukungan emosional serta informasi yang komprehensif.

Hipertensi gestasional: Kondisi tekanan darah tinggi yang muncul pertama kali setelah usia kehamilan 20 minggu pada ibu hamil yang sebelumnya tidak memiliki riwayat hipertensi.

Janin: Tahap perkembangan manusia di dalam rahim ibu, dimulai dari akhir minggu ke-8 setelah pembuahan hingga kelahiran.

Nutrisi: Proses asupan, pencernaan, penyerapan, dan penggunaan zat gizi oleh tubuh untuk pertumbuhan, pemeliharaan, dan fungsi organ.

Paritas: Jumlah kehamilan yang telah mencapai usia viabel (mampu hidup di luar rahim), tanpa memandang apakah bayi lahir hidup atau meninggal.

Patologi kehamilan: Segala kondisi atau penyakit yang terjadi selama masa kehamilan dan dapat mengancam kesehatan ibu atau janin.

Pelayanan Antenatal: Serangkaian pemeriksaan dan asuhan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil secara teratur untuk memantau kesehatan ibu dan janin, serta mempersiapkan persalinan.

Pelayanan Antenatal Terpadu: Pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil oleh tenaga kesehatan terampil, terintegrasi dengan program pencegahan penyakit.

Pengkajian kebidanan: Proses sistematis pengumpulan data subjektif dan objektif mengenai kondisi ibu hamil untuk menegakkan diagnosis dan menyusun rencana asuhan.

Puskesmas: Pusat Kesehatan Masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan.

Usia Kehamilan: Perkiraan durasi kehamilan yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) atau melalui pengukuran ultrasonografi.

Abortus iminen: Ancaman keguguran yang ditandai dengan flek perdarahan pervaginam dan kram perut bagian bawah, namun kehamilan masih dapat dipertahankan.

Anemia defisiensi besi: Kondisi kekurangan zat besi dalam tubuh yang dapat menyebabkan rendahnya kadar hemoglobin, sering terjadi pada ibu hamil dan berisiko pada janin.

Asuhan antenatal: Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil selama masa kehamilan untuk memantau kesehatan ibu dan janin serta mempersiapkan persalinan.

Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak): Media visual standar yang digunakan di Indonesia untuk mencatat riwayat kesehatan ibu dan anak serta sebagai panduan edukasi.

Emesis gravidarum: Kondisi mual dan muntah yang sering dialami ibu hamil, terutama pada trimester pertama, sebagai adaptasi fisiologis kehamilan.

Interaksi terapeutik: Proses komunikasi dua arah antara bidan dan ibu hamil yang bertujuan membangun kesadaran, kemandirian, dan perubahan perilaku kesehatan.

KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi): Pilar utama dalam pelayanan kebidanan yang melibatkan transfer pengetahuan secara efektif untuk menjembatani kesenjangan informasi kesehatan.

Lembar balik (flipchart): Alat bantu visual berupa lembaran-lembaran bergambar yang digunakan untuk menyampaikan materi edukasi secara berurutan dan interaktif.

Struktur kognitif: Cara individu mengorganisir dan memproses informasi, yang pada ibu hamil di Indonesia seringkali lebih terbantu oleh representasi visual konkret.

Tablet tambah darah (TTD): Suplemen zat besi yang diberikan kepada ibu hamil untuk mencegah dan mengatasi anemia defisiensi besi.

Trimester pertama: Periode awal kehamilan dari minggu pertama hingga minggu ke-12, ditandai dengan adaptasi fisiologis dan psikologis intensif pada ibu.

Wanita Usia Subur (WUS): Kelompok perempuan dalam rentang usia reproduktif yang berpotensi untuk hamil, menjadi sasaran edukasi kesehatan reproduksi.

Anamnesis: Proses pengumpulan informasi riwayat kesehatan pasien melalui wawancara sistematis untuk membantu diagnosis dan perencanaan asuhan.

Angka Kematian Ibu (AKI): Indikator kesehatan masyarakat yang menunjukkan jumlah kematian ibu akibat komplikasi kehamilan, persalinan, atau nifas per 100.000 kelahiran hidup.

Asuhan Antenatal: Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil secara teratur selama masa kehamilan untuk memantau kesehatan ibu dan janin serta mendeteksi dini komplikasi.

Atonia Uteri: Kondisi di mana rahim gagal berkontraksi setelah persalinan, menjadi penyebab umum perdarahan pascapersalinan yang mengancam jiwa.

Berat Lahir Rendah (BBLR): Kondisi bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram, sering dikaitkan dengan risiko kesehatan jangka pendek dan panjang.

Eklamsia: Komplikasi kehamilan serius yang ditandai dengan kejang pada ibu hamil yang sebelumnya mengalami preeklamsia, berpotensi fatal bagi ibu dan janin.

Abortus: Penghentian kehamilan secara spontan atau disengaja sebelum janin mampu bertahan hidup di luar rahim, umumnya sebelum usia kehamilan 20 minggu.

Akses Intravena (IV line): Prosedur pemasangan selang kecil ke dalam pembuluh darah vena untuk pemberian cairan, obat-obatan, atau transfusi darah.

Kegawatdaruratan Obstetri: Kondisi medis yang mengancam jiwa ibu atau janin selama kehamilan, persalinan, atau nifas, yang memerlukan penanganan segera.

Kehamilan Ektopik Terganggu (KET): Kehamilan yang

Akurasi: Prinsip dokumentasi yang mengharuskan pencatatan data secara eksak dan tanpa interpretasi subjektif.

Angka Kematian Bayi (AKB): Indikator kesehatan masyarakat yang mengukur jumlah kematian bayi sebelum mencapai usia satu tahun.

INDEKS

A

Abdominal Circumference (AC), 51, 63
Abortus, 191, 201, 202, 223, 253, 279, 281
Abortus iminen, 191, 201, 202, 279
Akses Intravena (IV line), 281
Akurasi, 243, 244, 282
Anamnesis, 146, 235, 278, 281
Anemia defisiensi besi, 277, 279
Angka Kematian Bayi (AKB), 34, 282
Angka Kematian Ibu (AKI), 17, 34, 60, 66, 185, 188, 281
Arsitektur tidur, 277
Asuhan Antenatal, 56, 281
Asuhan sayang ibu, 278
Atonia Uteri, 277, 281

B

BAKSOKU, 195, 196, 197, 206, 218, 219
Berat Lahir Rendah (BBLR), 202, 281
Biparietal Diameter (BPD), 50, 63
Blastokista, 277
Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), 54, 165, 280

C

Cairan, xii
Candidiasis Vulvovaginal, 277
Continuity of care, 61, 256
Crown Rump Length (CRL), 50, 63, 259

D

Depresi Antenatal, 278
Desidua, 277

E

Eklamsia, 213, 281
Emesis gravidarum, 280
Evidence-based midwifery care, 277

F

Femur Length (FL), 51, 63
Focused Antenatal Care (FANC), 25

H

Head Circumference (HC), 51
Hipertensi gestasional, 278

I

Interaksi terapeutik, 280

J

Janin, 32, 44, 142, 143, 146, 148, 149, 151, 180, 250, 278

K

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR), 184, 193
Kegawatdaruratan Obstetri, 209, 282
Kehamilan Ektopik Terganggu (KET), 282
KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi), 280
Konsentrasi, xi, xiii, xiv

L

Lembar balik (flipchart), 280

M

Metabolisme, viii, xi

N

Nutrisi, 40, 90, 93, 144, 146, 151, 278

P

P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi), 61, 257

Paritas, 121, 146, 265, 278

Patologi kehamilan, 278

Pelayanan Antenatal, 17, 25, 53, 142, 143, 279

Pelayanan Antenatal Terpadu, 17, 25, 53, 143, 279

Pengkajian kebidanan, 279

PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar), 62

PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif), 62

Protein, vii, viii

Puskesmas, 24, 25, 58, 68, 75, 84, 121, 126, 138, 141, 144, 149, 157, 159, 166, 168,
171, 176, 179, 182, 185, 188, 192, 194, 203, 207, 209, 211, 214, 215, 219, 222,
225, 229, 231, 237, 242, 248, 252, 253, 279

Q

Quickening, 260

R

Rumus Naegele, 51, 63, 258

S

Safe Motherhood Initiative, 24, 61, 256

Shock Index (SI), 216

SISRUTE, 197, 218

Struktur kognitif, 280

T

Tablet tambah darah (TTD), 280

Tanda Braxton Hicks, 80

Tanda Chadwick, 80

Tanda Goodell, 80

Tanda Hegar, 80

Tanda Piskacek, 80

Trimester pertama, 43, 280

U

Usia Kehamilan, 15, 48, 49, 50, 145, 249, 279

W

Wanita Usia Subur (WUS), 166, 179, 253, 281

Woman-centered care, 61

BIODATA PENULIS



Bdn. Risma Putri Utama M., S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso

Penulis lahir di Tuppu, tanggal 10 Juni 1990. Penulis merupakan anak pertama dari Bapak Muslimin dan Ibu Hj. Rahmawati. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada Tahun 2011 di STIKES RSU Daya Makassar, Pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik pada Tahun 2012 di STIKES Mega Rezky Makassar, Pendidikan Strata II pada program Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar Tahun 2017, selanjutnya penulis menyelesaikan Pendidikan Profesi Bidan di Institut Kesehatan dan Bisnis St. Fatimah Mamuju Tahun 2025.

Penulis merupakan pengajar (dosen) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso pada Program Studi D3 Kebidanan sejak Tahun 2013 hingga saat ini. Beberapa mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah mata kuliah Asuhan

Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Asuhan Kebidanan Komunitas, Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana, serta Keterampilan Dasar Kebidanan.

Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak. Pada Tahun 2021, penulis lulus sertifikasi dosen dan dinyatakan sebagai dosen profesional. Pada Tahun 2026, penulis mendapatkan Dana Hibah Skema Penelitian Dasar dengan judul "Penguatan Peran Keluarga melalui SIPRAKON (Sistem Informasi Prakonsepsi Terintegrasi) terhadap Perilaku Persiapan pada Pernikahan Usia Dini".

BIODATA PENULIS



Bdn. Nurul Amalina, S.ST, M.Keb
(DOSEN)

Bdn. Nurul Amalina, S.ST, M.Keb adalah seorang dosen yang memiliki minat dan keahlian di bidang Kebidanan. Ia menyelesaikan pendidikan di Universitas Andalas Padang dan aktif dalam kegiatan akademik maupun pengembangan keilmuan. Selain mengajar, penulis juga terlibat dalam berbagai kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Karya ini disusun sebagai bentuk kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan serta upaya meningkatkan pemahaman masyarakat di bidang yang ditekuni.

SINOPSIS BUKU

Bagaimana seorang bidan dapat memberikan asuhan kehamilan yang tidak hanya aman secara klinis, tetapi juga relevan secara kultural dan berpihak pada ibu di tengah kompleksitas sistem kesehatan Indonesia? Menjawab tantangan ini, buku ini hadir melampaui paparan teoretis konvensional. Setiap konsep fundamental, mulai dari perubahan fisiologis trimester pertama hingga persiapan psikologis menjelang persalinan, dibedah melalui pendekatan 'Konsep → Contoh → Implikasi'. Pembaca akan diajak menganalisis kasus nyata: bagaimana mendampingi ibu hamil dengan preeklamsia di fasilitas kesehatan tingkat pertama, strategi komunikasi efektif dengan keluarga yang memegang teguh mitos seputar kehamilan, hingga cara mengelola asuhan pada kehamilan remaja dengan tantangan psikososialnya.

Dengan memadukan bukti ilmiah terkini dan realitas praktik di berbagai pelosok nusantara, buku ini mengupas tuntas setiap aspek asuhan antenatal secara aplikatif. Pembahasan tidak berhenti pada prosedur klinis, tetapi meluas hingga dimensi legal-etis, promosi kesehatan, dan pemberdayaan perempuan dalam mengambil keputusan terkait kehamilannya. Setiap bab dirancang untuk membangun kemampuan analisis dan pengambilan keputusan klinis yang tajam, mempersiapkan calon bidan untuk menghadapi situasi tak terduga di lapangan dengan percaya diri dan kompeten.

Ditulis sebagai panduan esensial, buku ini wajib dimiliki oleh mahasiswa sarjana kebidanan yang ingin menguasai ilmunya secara mendalam dan kontekstual. Buku ini juga

menjadi sumber daya berharga bagi para bidan praktisi yang berkomitmen untuk terus memperbarui dan merefleksikan praktiknya. Inilah bekal untuk menjadi generasi bidan yang tidak hanya terampil, tetapi juga analitis, empatik, dan adaptif dalam mengawal perjalanan kehamilan menuju luaran yang sehat bagi ibu dan bayi.