

◆ Dita, S.Keb. ◆ Febriana Sari, S.Keb., M.Keb. ◆ Dr. Siti Nurmawan Sinaga, SKM., M.Kes. ◆  
◆ Lia Safitri ◆ Suci Indah Lestari, S.Keb. ◆ Alpira Setia Dewi, S.Keb. ◆  
◆ Yusra Khairuni, S.Keb. ◆

# HIPEREMESIS GRAVIDARUM

Kontinuitas, Inovasi, dan Praktik Profesional



# HIPEREMESIS GRAVIDARUM

## Kontinuitas, Inovasi, dan Praktik Profesional

*Hiperemesis gravidarum* merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan mual dan muntah berlebihan, sehingga berpotensi mengganggu kesehatan ibu dan janin apabila tidak ditangani secara tepat. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada aspek fisik, tetapi juga memengaruhi kondisi psikologis, sosial, dan kualitas hidup ibu hamil. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan asuhan kebidanan yang komprehensif, berkesinambungan, dan profesional untuk memastikan keselamatan serta kesejahteraan ibu dan bayi.

Buku ***HIPEREMESIS GRAVIDARUM: Kontinuitas, Inovasi, dan Praktik Profesional*** menyajikan pembahasan yang sistematis mengenai konsep, penatalaksanaan, dan implementasi asuhan kebidanan pada ibu dengan hiperemesis gravidarum dalam kerangka *continuity of care*. Buku ini menguraikan secara jelas keterkaitan asuhan mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir, hingga pelayanan keluarga berencana. Pendekatan ini menegaskan bahwa penanganan hiperemesis gravidarum tidak dapat dilakukan secara parsial, melainkan harus berkelanjutan dan terintegrasi.

Selain aspek konseptual, buku ini menekankan pentingnya inovasi dalam praktik kebidanan. Inovasi dipahami sebagai upaya penguatan kompetensi klinis, pemanfaatan teknologi kesehatan, peningkatan komunikasi terapeutik, serta kolaborasi interprofesional dalam memberikan pelayanan yang aman dan bermutu. Dengan demikian, tenaga kesehatan diharapkan mampu merespons dinamika tantangan pelayanan maternal secara adaptif dan bertanggung jawab. Keunggulan buku ini terletak pada penyajian materi yang aplikatif dan kontekstual, dilengkapi dengan studi kasus yang menggambarkan penerapan asuhan kebidanan secara nyata. Hal ini menjadikan buku ini relevan sebagai buku ajar, referensi praktis, maupun bahan pengayaan bagi mahasiswa kebidanan, dosen, bidan praktik mandiri, serta tenaga kesehatan lainnya.



Penerbit : CV. AA. RIZKY  
Alamat : Jl. Raya Ciruas Petir,  
Puri Citra Blok B2 No. 34 Pipitan  
Kec. Walantaka - Serang Banten  
E-mail : aa.rizkypress@gmail.com  
Website : www.aa.rizky.com

ISBN 978-623-405-549-8



9

786234

055498

---

# **HIPEREMESIS GRAVIDARUM**

*Kontinuitas, Inovasi, dan Praktik Profesional*

---

**Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta**  
**Pasal 72**

1. Barang siapa dengan sengaja melanggar dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling sedikit 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta terkait sebagai dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)

# **HIPEREMESIS GRAVIDARUM**

*Kontinuitas, Inovasi, dan Praktik Profesional*

**Dita, S.Keb.**

**Febriana Sari, S.Keb., M.Keb.**

**Dr. Siti Nurmawan Sinaga, SKM., M.Kes.**

**Lia Safitri**

**Suci Indah Lestari, S.Keb.**

**Alpira Setia Dewi, S.Keb.**

**Yusra Khairuni, S.Keb.**



**PENERBIT:  
CV. AA. RIZKY  
2025**

# **HIPEREMESIS GRAVIDARUM**

*Kontinuitas, Inovasi, dan Praktik Profesional*

© Penerbit CV. AA RIZKY

**Penulis:**

**Dita, S.Keb.**

**Febriana Sari, S.Keb., M.Keb.**

**Dr. Siti Nurmawan Sinaga, SKM., M.Kes.**

**Lia Safitri**

**Suci Indah Lestari, S.Keb.**

**Alpira Setia Dewi, S.Keb.**

**Yusra Khairuni, S.Keb.**

**Desain Cover & Tata Letak:**

Tim Kreasi CV. AA. Rizky

Cetakan Pertama, Mei 2025

**Penerbit:**

**CV. AA. RIZKY**

Jl. Raya Ciruas Petir, Puri Citra Blok B2 No. 34

Kecamatan Walantaka, Kota Serang - Banten, 42183

Hp. 0819-06050622, Website : [www.aarizky.com](http://www.aarizky.com)

*E-mail: [aa.rizkypress@gmail.com](mailto:aa.rizkypress@gmail.com)*

**Anggota IKAPI**

**No. 035/BANTEN/2019**

**ISBN : 978-623-405-549-8**

xii + 174 hlm, 23 cm x 15,5 cm

Copyright © 2025 Hak Cipta pada Penulis

**Hak cipta dilindungi undang-undang**

Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit.

## PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga buku berjudul: ***HIPEREMESIS GRAVIDARUM: Kontinuitas, Inovasi, dan Praktik Profesional*** ini dapat disusun dan dihadirkan sebagai salah satu referensi dalam penguatan pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan. Hiperemesis gravidarum merupakan kondisi kehamilan yang sering dijumpai dalam praktik, namun masih menimbulkan tantangan besar baik secara klinis, psikologis, maupun sosial bagi ibu, keluarga, dan tenaga kesehatan.

Buku ini disusun sebagai respons terhadap kebutuhan akan pemahaman yang komprehensif dan aplikatif terkait penatalaksanaan hiperemesis gravidarum dalam kerangka *continuity of care*. Pendekatan kesinambungan asuhan menjadi landasan utama, mengingat kondisi ini tidak hanya berdampak pada masa kehamilan, tetapi juga memengaruhi proses persalinan, masa nifas, kondisi bayi baru lahir, hingga perencanaan keluarga berencana. Oleh karena itu, asuhan kebidanan yang terintegrasi, berkesinambungan, dan profesional menjadi kunci dalam meningkatkan kualitas pelayanan serta keselamatan ibu dan bayi.

Selain mengulas konsep dan prinsip dasar, buku ini juga menekankan pentingnya inovasi dalam praktik kebidanan. Inovasi tidak hanya dimaknai sebagai pemanfaatan teknologi, tetapi juga mencakup pengembangan pola pikir kritis, penguatan komunikasi terapeutik, serta kolaborasi interprofesional dalam pengambilan keputusan klinis. Dengan demikian, bidan dan tenaga kesehatan diharapkan mampu memberikan asuhan yang tidak hanya berorientasi pada penanganan gejala, tetapi juga pada kebutuhan holistik ibu secara fisik, psikologis, dan sosial.

Penyajian materi dalam buku ini disusun secara sistematis, mulai dari pendahuluan, konsep dasar hiperemesis gravidarum, asuhan kebidanan pada kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana, hingga dilengkapi dengan bab studi kasus sebagai penguatan pembelajaran praktik. Struktur ini diharapkan dapat memudahkan pembaca, baik mahasiswa kebidanan, dosen, praktisi, maupun tenaga kesehatan lainnya, dalam memahami dan mengaplikasikan konsep yang disajikan.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa buku ini masih memiliki keterbatasan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif sangat diharapkan demi penyempurnaan di masa mendatang. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat nyata dan menjadi kontribusi positif dalam pengembangan praktik kebidanan yang profesional, humanis, dan berkelanjutan.

Medan, Mei 2025

Penulis

## DAFTAR ISI

PRAKATA .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
A. Konsep Klinis dan Dampak <i>Hiperemesis Gravidarum</i> .....	2
B. Pendekatan <i>Continuity of Care</i> dalam Asuhan Maternal .....	4
C. Ruang Lingkup <i>Hiperemesis Gravidarum</i> .....	8
D. Urgensi Inovasi dan Profesionalisme dalam Praktik Kebidanan .....	11
BAB 2 <i>HIPEREMESIS GRAVIDARUM</i> .....	15
A. Pengertian dan Klasifikasi <i>Hiperemesis Gravidarum</i> .....	16
B. Etiologi dan Faktor Risiko <i>Hiperemesis Gravidarum</i> .....	18
C. Patofisiologi <i>Hiperemesis Gravidarum</i> .....	22
D. Tanda, Gejala, dan Derajat Keparahan .....	26
E. Dampak <i>Hiperemesis</i> terhadap Ibu dan Janin .....	29
F. Prinsip Penatalaksanaan <i>Hiperemesis Gravidarum</i> .....	33
BAB 3 ASUHAN <i>CONTINUITY OF CARE</i> PADA KEHAMILAN .....	37
A. Konsep Asuhan <i>Continuity of Care</i> dalam Kebidanan .....	38
B. Asuhan Kebidanan Kehamilan dengan <i>Hiperemesis Gravidarum</i> .....	41
C. Deteksi Dini dan Penanganan Tanda Bahaya Kehamilan .....	44

	D. Pemantauan Status Nutrisi dan Hidrasi Ibu .....	47
	E. Dukungan Psikologis dan Edukasi Ibu Hamil ..	49
BAB 4	ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN	53
	A. Pengertian Persalinan.....	54
	B. Sebab-Sebab Terjadinya Persalinan .....	57
	C. Tahapan dan Mekanisme Persalinan .....	60
	D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan.....	64
	E. Tanda-Tanda Persalinan dan Kesiapan Ibu .....	66
	F. Penatalaksanaan Persalinan pada Ibu dengan Riwayat Hiperemesis .....	69
BAB 5	ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR.....	73
	A. Pengertian dan Karakteristik Bayi Baru Lahir..	74
	B. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal.....	76
	C. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir .....	79
	D. Kelainan-Kelainan pada Bayi Baru Lahir.....	82
	E. Pemeriksaan Fisik dan Penilaian Awal Bayi ....	85
	F. Hubungan Kondisi Maternal Hiperemesis dengan Neonatus.....	88
BAB 6	ASUHAN NIFAS DAN KONTINUITAS PELAYANAN.....	91
	A. Konsep Asuhan Nifas dalam <i>Continuity of Care</i> .....	92
	B. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas.....	95
	C. Pemulihan Ibu Pasca <i>Hiperemesis Gravidarum</i> .....	98
	D. Dukungan Nutrisi dan Laktasi .....	102
	E. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas .....	104

BAB 7	ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA BERENCANA.....	107
	A. Konsep dan Peran Program Keluarga Berencana.....	108
	B. Sasaran Program Keluarga Berencana.....	111
	C. Jenis-Jenis Metode Kontrasepsi.....	114
	D. Pemilihan KB pada Ibu dengan Riwayat Hiperemesis.....	117
	E. Konseling KB Berbasis Kebutuhan dan Kondisi Ibu.....	120
BAB 8	INOVASI DAN PRAKTIK PROFESIONAL DALAM ASUHAN HIPEREMESIS .....	123
	A. Peran Tenaga Kesehatan dalam Praktik Profesional .....	124
	B. Inovasi Pelayanan Kebidanan pada Hiperemesis Gravidarum .....	127
	C. Pendekatan Interprofesional dan Kolaboratif ...	130
	D. Pemanfaatan Teknologi dalam Asuhan Maternal .....	133
	E. Tantangan dan Etika Praktik Kebidanan.....	136
	F. Penguatan Mutu Layanan dan Kesenambungan Asuhan .....	140
BAB 9	STUDI KASUS ASUHAN KEBIDANAN PADA <i>HIPEREMESIS GRAVIDARUM</i> .....	145
	A. Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan .....	146
	B. Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan .....	149
	C. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas .....	152
	D. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir.....	155
	DAFTAR PUSTAKA .....	159
	TENTANG PENULIS.....	167

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Tahapan Utama dalam Pendekatan <i>Continuity of Care</i> .....	6
Tabel 2.1	Faktor Risiko Utama Hiperemesis Gravidarum..	20
Tabel 3.1	Perbandingan Manfaat <i>Continuity of Care</i> dengan Model Pelayanan Lain .....	40
Tabel 5.1	Risiko Outcome Persalinan pada Ibu dengan Riwayat Hiperemesis Gravidarum Dibandingkan Tanpa HG .....	71
Tabel 6.1	Ukuran Antropometri Bayi Baru Lahir Normal..	78
Tabel 6.2	Tahapan Perubahan Lochia pada Masa Nifas .....	96
Tabel 7.1	Indikator Utama dan Target Sasaran Program Keluarga Berencana (Bangga Kencana) .....	113
Tabel 8.1	Jenis Tenaga Kesehatan dan Peran Utama dalam Praktik Profesional .....	125
Tabel 8.2	Contoh Teknologi dalam Asuhan Maternal dan Manfaatnya.....	135

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gangguan metabolik dan sistemik .....	24
Gambar 4.1 Faktor Utama Keberhasilan Persalinan .....	55
Gambar 4.2 Persiapan Persalinan .....	68
Gambar 6.1 Komplikasi Persalinan.....	105
Gambar 7.1 Strategi Kesehatan Keluarga .....	108



# BAB 1

## PENDAHULUAN

*Hiperemesis gravidarum* merupakan komplikasi kehamilan yang serius, ditandai dengan mual dan muntah berlebihan yang umumnya muncul pada trimester pertama akibat pengaruh hormon kehamilan. Kondisi ini tidak hanya menimbulkan ketidaknyamanan, tetapi juga dapat menyebabkan gejala klinis berat seperti dehidrasi parah, penurunan berat badan signifikan, gangguan elektrolit, serta defisiensi nutrisi yang membahayakan kesehatan ibu. Dampaknya meluas hingga janin, meningkatkan risiko kelahiran prematur dan bayi dengan berat lahir rendah. Secara global, prevalensi *Hiperemesis gravidarum* berkisar antara 0,3 hingga 3,6 persen dari seluruh kehamilan, sementara di Indonesia angka ini mencapai sekitar 5,3 persen berdasarkan data terkini. Komplikasi ini turut berkontribusi terhadap angka kematian ibu yang masih menjadi tantangan besar di tanah air, di samping faktor lain seperti anemia dan hipertensi.

Pendekatan *continuity of care* dalam asuhan kebidanan menjadi strategi utama untuk mengelola kasus berisiko tinggi seperti *Hiperemesis gravidarum* (Malai & Tsekhomsky, 2025). Model ini menawarkan pelayanan berkesinambungan mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir, hingga keluarga berencana, sehingga memastikan deteksi dini dan penanganan komprehensif. Di Indonesia, implementasi *continuity of care* didukung oleh regulasi nasional yang kuat, namun masih terdapat kendala dalam praktik lapangan.

## **A. Konsep Klinis dan Dampak *Hiperemesis gravidarum***

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan mual dan muntah berlebihan, terutama pada trimester pertama. Kondisi ini berbeda dari mual muntah biasa (*morning sickness*) yang dialami sebagian besar ibu hamil, karena intensitasnya lebih tinggi dan dapat mengganggu kesehatan secara signifikan. HG biasanya muncul akibat perubahan hormon fisiologis, seperti peningkatan kadar human chorionic gonadotropin (hCG) dan estrogen, yang memengaruhi pusat muntah di otak. Kondisi ini umumnya berlangsung hingga usia kehamilan kurang dari 20 minggu, meskipun pada kasus tertentu bisa lebih lama.

Secara klinis, HG menyebabkan berbagai gejala yang mengganggu keseimbangan tubuh ibu hamil (D. Liu & Zhou, 2024). Penderita sering mengalami muntah hingga 10 kali atau lebih dalam sehari, disertai mual hebat yang berkelanjutan. Akibatnya, ibu menjadi pucat, lemah, dan mengalami penurunan berat badan signifikan, biasanya lebih dari 5% dari berat sebelum hamil. Selain itu, terjadi dehidrasi berat, gangguan keseimbangan elektrolit (seperti hiponatremia, hipokalemia, dan hipokloremia), serta ketidakseimbangan metabolisme tubuh. Minimnya asupan nutrisi juga memperburuk kondisi, menyebabkan ketonuria dan kelelahan ekstrem. Jika tidak ditangani, gejala ini dapat berkembang menjadi komplikasi serius, seperti malnutrisi kronis dan gangguan fungsi organ.

Dampak HG tidak hanya terbatas pada ibu, tetapi juga pada janin. Pada ibu, dehidrasi dan kekurangan nutrisi dapat menurunkan daya tahan tubuh, meningkatkan risiko infeksi, dan bahkan menyebabkan gangguan mental seperti depresi atau kecemasan akibat ketidaknyamanan berkepanjangan. Sementara itu, pada janin, kekurangan nutrisi dan oksigen dari ibu dapat menghambat pertumbuhan, menyebabkan bayi berat

lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur, atau dalam kasus ekstrem, gangguan perkembangan neurologis dan risiko keguguran. Meskipun HG jarang menyebabkan kematian langsung, komplikasi tidak langsung seperti trombosis vena dalam atau ensefalopati Wernicke (akibat defisiensi tiamin) dapat mengancam nyawa jika dibiarkan.

Prevalensi HG secara global bervariasi, tetapi estimasi terkini menunjukkan sekitar 0,3% hingga 3% dari seluruh kehamilan, dengan rata-rata sekitar 1,1%. Data dari berbagai studi menunjukkan angka yang lebih tinggi di beberapa wilayah, seperti hingga 10,8% di Asia Timur. Di Indonesia, prevalensi HG diperkirakan berkisar 1-3% hingga sekitar 14,8% pada beberapa penelitian lokal, meskipun data nasional yang pasti masih terbatas. HG termasuk dalam komplikasi kehamilan yang berkontribusi terhadap angka kematian ibu (AKI) di Indonesia, yang masih relatif tinggi dibandingkan negara ASEAN lainnya.

Dampak klinis *Hiperemesis gravidarum* perlu dipahami secara menyeluruh karena kondisi ini tidak hanya memengaruhi ibu hamil, tetapi juga berdampak serius pada janin serta berpotensi menimbulkan komplikasi lanjutan. Pembagian dampak klinis HG, berikut poin-poin utama:

#### 1. Dampak pada ibu hamil

Kondisi ini dapat menyebabkan dehidrasi berat, penurunan berat badan signifikan, serta gangguan keseimbangan elektrolit dan asam-basa. Akibatnya, ibu mengalami malnutrisi, kelemahan otot, penurunan daya tahan tubuh, serta risiko psikologis seperti stres, kecemasan, dan depresi selama kehamilan.

#### 2. Dampak pada janin

Gangguan nutrisi ibu berdampak langsung pada janin, meningkatkan risiko berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, dan hambatan pertumbuhan intrauterin. Jika

berlangsung berat dan lama, kondisi ini dapat memengaruhi perkembangan organ serta meningkatkan potensi terjadinya kelainan bawaan.

### 3. Komplikasi lanjutan

Apabila tidak ditangani secara adekuat, kondisi ini dapat berkembang menjadi komplikasi serius seperti kebutuhan rawat inap berkepanjangan, gangguan fungsi ginjal, ketidakseimbangan metabolik, hingga meningkatkan risiko kematian maternal tidak langsung akibat kondisi sistemik yang memburuk.

Pencegahan dan penanganan dini sangat penting untuk mengurangi dampak HG. Ibu hamil disarankan melakukan pemeriksaan antenatal rutin sejak trimester pertama, mengonsumsi makanan kecil tapi sering, menghindari pemicu mual, serta mendapatkan dukungan psikologis. Pengobatan meliputi rehidrasi, suplemen vitamin (terutama tiamin), dan antiemetik aman untuk kehamilan. Dalam kasus berat, rawat inap dengan infus mungkin diperlukan.

*Hiperemesis gravidarum* merupakan problematika klinis yang serius namun dapat dikelola dengan intervensi tepat waktu. Dengan pemahaman yang baik tentang gejala dan dampaknya, diharapkan angka komplikasi dapat ditekan, sehingga mendukung pencapaian kehamilan sehat bagi ibu dan janin. Upaya kolaboratif antara tenaga kesehatan dan ibu hamil menjadi kunci utama dalam mengatasi kondisi ini, terutama di Indonesia di mana AKI masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat.

## **B. Pendekatan *Continuity of care* dalam Asuhan Maternal**

Kesehatan ibu dan bayi merupakan prioritas utama dalam pembangunan kesehatan nasional di Indonesia. Pendekatan *Continuity of care* (COC), atau asuhan kebidanan berkesinambungan, menjadi salah satu strategi penting untuk

meningkatkan kualitas pelayanan maternal. Asuhan ini memberikan pelayanan secara terus-menerus dan menyeluruh mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga keluarga berencana. Pendekatan COC menekankan hubungan berkelanjutan antara bidan dan pasien, sehingga memungkinkan pemantauan kondisi secara holistik dan deteksi dini risiko komplikasi. Di tengah tantangan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) yang masih tinggi, COC diharapkan menjadi solusi efektif untuk mencapai target kesehatan reproduksi yang lebih baik.

Pendekatan *Continuity of care* dalam asuhan maternal didefinisikan sebagai serangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang berkelanjutan, mencakup lima tahapan utama: asuhan antenatal care (kehamilan), intranatal care (persalinan), postnatal care (nifas), neonatal care (bayi baru lahir), dan asuhan keluarga berencana. Konsep ini menekankan bahwa proses kehamilan dan persalinan merupakan fenomena fisiologis alami, bukan penyakit, sehingga intervensi medis yang tidak perlu dapat diminimalkan. Bidan sebagai pemberi asuhan utama membangun kemitraan dengan ibu, memberikan pelayanan individual, dan memastikan kesinambungan dari satu tahap ke tahap berikutnya.

Manfaat pendekatan COC sangat signifikan dalam meningkatkan outcomes maternal dan neonatal. Pertama, COC meningkatkan kepuasan ibu karena hubungan kepercayaan yang terbangun dengan bidan yang sama, sehingga ibu lebih terbuka dalam menyampaikan keluhan. Kedua, pendekatan ini memungkinkan deteksi dini risiko tinggi, seperti anemia, hipertensi, atau komplikasi persalinan, sehingga dapat mencegah keterlambatan penanganan kegawatdaruratan. Ketiga, COC mendukung praktik fisiologis, seperti inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, yang berdampak positif pada kesehatan bayi.

Untuk memperjelas komponen utama COC, berikut adalah tabel yang merangkum tahapan asuhan beserta fokus utamanya:

Tabel 1.1 Tahapan Utama dalam Pendekatan *Continuity of care*

No	Tahapan Asuhan	Fokus Utama	Contoh Kegiatan Komprehensif
1	Antenatal Care (Kehamilan)	Pemantauan kesehatan ibu dan janin, deteksi risiko dini	Pemeriksaan 10T (Permenkes No. 97/2014), konseling nutrisi dan imunisasi TT
2	Intranatal Care (Persalinan)	Pendampingan persalinan normal fisiologis	Monitoring kala persalinan, dukungan non-farmakologi untuk nyeri
3	Postnatal Care (Nifas)	Pemulihan ibu pasca persalinan, pencegahan infeksi	Kunjungan nifas, pijat oksitosin untuk lancarkan ASI
4	Neonatal Care (Bayi Baru Lahir)	Perawatan bayi sejak lahir, promosi IMD dan ASI eksklusif	Pemeriksaan neonatus, pijat bayi untuk relaksasi
5	Keluarga Berencana	Pencegahan kehamilan tidak direncanakan, konseling kontrasepsi	Pemilihan metode KB pasca persalinan (suntik, IUD, dll.)

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2013-2019)

Tabel di atas menjelaskan tahapan asuhan kebidanan yang komprehensif dan berkesinambungan untuk ibu dan bayi baru lahir. Tahap pertama adalah Antenatal Care selama kehamilan, dengan fokus utama pemantauan kesehatan ibu serta janin dan deteksi risiko dini melalui pemeriksaan 10T

sesuai Permenkes No. 97/2014, disertai konseling nutrisi dan imunisasi TT. Tahap kedua, Intranatal Care, menekankan pendampingan persalinan normal fisiologis melalui monitoring kala persalinan serta dukungan non-farmakologi untuk mengurangi nyeri. Selanjutnya, Postnatal Care pada masa nifas bertujuan pemulihan ibu dan pencegahan infeksi lewat kunjungan nifas serta pijat oksitosin untuk melancarkan ASI. Tahap keempat adalah Neonatal Care yang mencakup perawatan bayi sejak lahir, promosi Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif, serta pemeriksaan neonatus dan pijat bayi untuk relaksasi. Terakhir, Keluarga Berencana difokuskan pada pencegahan kehamilan tidak direncanakan melalui konseling dan pemilihan metode kontrasepsi pasca persalinan seperti suntik atau IUD.

Meskipun demikian, tantangan masih ada, terutama terkait angka kematian maternal dan neonatal. Data terkini menunjukkan bahwa pada semester pertama 2024, tercatat 4.151 kematian ibu secara nasional, jauh dari target RPJMN 2024 sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara AKB mencapai sekitar 16,85 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini menempatkan Indonesia sebagai salah satu tertinggi di ASEAN, dengan peningkatan kasus dari tahun sebelumnya. Pendekatan COC menjadi krusial untuk menurunkan angka tersebut melalui pencegahan komplikasi seperti pendarahan, hipertensi, dan infeksi.

Pendekatan *Continuity of care* dalam asuhan maternal merupakan inovasi yang esensial untuk mencapai kesehatan ibu dan bayi yang optimal. Dengan pelayanan berkesinambungan yang holistik, COC tidak hanya menurunkan risiko kematian, tetapi juga meningkatkan kualitas hidup keluarga. Pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat perlu bersinergi dalam implementasinya, termasuk peningkatan kompetensi bidan dan aksesibilitas layanan. Jika diterapkan

secara konsisten, COC dapat menjadi kunci pencapaian target Sustainable Development Goals (SDGs) di bidang kesehatan reproduksi, mewujudkan generasi sehat dan berkualitas bagi bangsa Indonesia.

### **C. Ruang Lingkup *Hiperemesis gravidarum***

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang serius, terutama pada trimester pertama. Kondisi ini ditandai dengan mual dan muntah berlebihan yang disebabkan oleh pengaruh hormon fisiologis, seperti peningkatan kadar *human chorionic gonadotropin* (hCG) dan estrogen. Berbeda dengan mual muntah biasa (*emesis gravidarum*) yang dialami sebagian besar ibu hamil dan bersifat ringan, HG dapat mengganggu aktivitas sehari-hari serta menyebabkan komplikasi kesehatan. HG termasuk dalam faktor penyulit kehamilan, sejajar dengan anemia, hipertensi gestasional, preeklamsia, eklamsia, dan perdarahan antepartum. Jika tidak ditangani dengan tepat, kondisi ini dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.

Ruang lingkup HG mencakup periode kehamilan di bawah 20 minggu, dengan puncak gejala biasanya pada usia kehamilan 8-12 minggu. Gejala klinis utama meliputi muntah berulang lebih dari 10 kali sehari, penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat pra-kehamilan, kelemahan umum, serta tanda dehidrasi seperti lidah kering dan mata cekung. Kondisi ini sering disertai ketonuria akibat kelaparan seluler. Dampak HG tidak hanya terbatas pada ibu, tetapi juga janin. Pada ibu, komplikasi utama adalah:

#### **1. Dehidrasi berat**

Dehidrasi berat menyebabkan penurunan cairan tubuh sehingga keseimbangan elektrolit terganggu. Kondisi ini memicu hipokalemia dan hiponatremia yang menghambat

kerja sel, merusak fungsi organ vital, dan dapat berujung kegagalan organ atau kematian bila terlambat ditangani.

## 2. Gangguan elektrolit

Gangguan elektrolit seperti rendahnya kalium atau natrium memengaruhi impuls listrik jantung dan saraf. Akibatnya dapat timbul aritmia berbahaya hingga henti jantung, serta kejang otot dan gangguan neurologis akibat instabilitas membran sel.

## 3. Defisiensi nutrisi

Kekurangan nutrisi, terutama tiamin, mengganggu metabolisme otak. Hal ini dapat menyebabkan ensefalopati Wernicke yang ditandai kebingungan, gangguan penglihatan, dan ataksia, terutama pada individu dengan malnutrisi kronis atau asupan nutrisi jangka panjang tidak adekuat.

Sementara itu, dampak *Hiperemesis gravidarum* terhadap janin sangat serius, terutama bila kondisi berlangsung lama dan tidak tertangani dengan baik. Kekurangan nutrisi dan cairan pada ibu dapat menghambat suplai oksigen serta zat gizi penting bagi janin, sehingga meningkatkan risiko bayi berat lahir rendah, kelahiran prematur, dan restriksi pertumbuhan intrauterin. Gangguan metabolisme ibu juga dapat memengaruhi pembentukan organ janin, meningkatkan kemungkinan terjadinya malformasi kongenital. Dalam kondisi ekstrem, komplikasi berat pada ibu dapat berujung pada kematian maternal atau memaksa dilakukannya terminasi kehamilan yang tidak direncanakan demi menyelamatkan nyawa ibu.

Prevalensi HG menunjukkan variasi signifikan secara global, regional, dan nasional. Secara global, insidens HG berkisar antara 0,3% hingga 3% dari seluruh kehamilan, dengan estimasi rata-rata sekitar 1,1%. Angka ini lebih tinggi di populasi Asia Timur, mencapai 3,6%-10,8% di beberapa

negara seperti China dan Jepang, sementara lebih rendah di Eropa Barat (misalnya 0,3% di Swedia dan 0,9% di Norwegia). Di wilayah ASEAN dan Asia Tenggara, prevalensi cenderung lebih tinggi dibandingkan rata-rata global, seperti 3,9% di Malaysia. Faktor etnis dan lingkungan diduga berperan, dengan insidens lebih tinggi pada populasi urban dan kelompok etnis Asia.

Di tingkat nasional Indonesia, data prevalensi HG berkisar 1%-3% dari seluruh kehamilan, berdasarkan berbagai studi dan laporan Kementerian Kesehatan. Beberapa penelitian lokal menunjukkan variasi lebih luas, mulai dari 1,5%-3% hingga angka lebih tinggi di wilayah tertentu, seperti hingga 10%-14,8% pada sampel rumah sakit atau daerah spesifik. Tidak ada data nasional resmi terbaru yang seragam, tetapi tren menunjukkan HG tetap menjadi penyebab utama rawat inap pada trimester pertama. Variasi ini dipengaruhi oleh kriteria diagnosis yang berbeda antar studi, akses layanan kesehatan, dan faktor risiko seperti paritas, usia ibu muda, serta riwayat HG sebelumnya.

Pemahaman ruang lingkup HG yang komprehensif sangat penting untuk penanganan dini. Deteksi awal melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik dapat mencegah komplikasi berat. Intervensi meliputi rehidrasi intravenus, suplemen nutrisi, dan obat antiemetik aman untuk kehamilan. Pencegahan potensial termasuk edukasi pra-konsepsi bagi ibu berisiko tinggi, seperti mereka dengan riwayat HG atau infeksi *Helicobacter pylori* yang terkait. Pada akhirnya, HG bukan hanya gangguan sementara, melainkan kondisi yang memerlukan pendekatan multidisiplin untuk melindungi kesehatan ibu dan janin, serta meningkatkan kualitas hidup selama kehamilan..

## **D. Urgensi Inovasi dan Profesionalisme dalam Praktik Kebidanan**

Praktik kebidanan di Indonesia memainkan peran krusial dalam menjaga kesehatan ibu dan anak, terutama dalam upaya menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) (Utomo & Romadlona, 2021). Namun, tantangan masih ada, seperti pelaksanaan asuhan kebidanan yang belum optimal di berbagai fasilitas kesehatan. Inovasi dan profesionalisme menjadi kunci untuk meningkatkan kualitas pelayanan, khususnya melalui pendekatan *Continuity of care* (COC) atau asuhan kebidanan berkelanjutan. Tema ini semakin mendesak di tengah regulasi baru dan data lapangan yang menunjukkan adanya kekurangan dalam praktik sehari-hari.

*Continuity of care* (COC) dalam kebidanan didefinisikan sebagai serangkaian pelayanan yang berkesinambungan dan menyeluruh, mencakup masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga keluarga berencana. Pendekatan ini menekankan hubungan kemitraan antara bidan dan klien, sehingga pemantauan kondisi kesehatan dapat dilakukan secara holistik dan berkelanjutan. COC tidak hanya meningkatkan kepercayaan klien, tetapi juga memungkinkan deteksi dini risiko komplikasi, seperti infeksi atau masalah imunisasi. Di Indonesia, COC direkomendasikan oleh Kementerian Kesehatan sebagai model praktik berbasis bukti (*evidence-based practice*) untuk mendukung proses fisiologis kehamilan dan persalinan.

Survey pendahuluan di Klinik Bidan Mandiri Henny mengungkapkan bahwa pelaksanaan COC belum maksimal. Salah satu contoh nyata adalah belum terlaksananya skrining status imunisasi tetanus pada ibu hamil. Imunisasi Tetanus Toxoid (TT) atau Tetanus Difteri (Td) merupakan intervensi penting untuk mencegah tetanus neonatorum, yang dapat menyebabkan kematian pada bayi baru lahir. Menurut

pedoman Kementerian Kesehatan, skrining status imunisasi TT harus dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, dengan target 100% ibu hamil memiliki status minimal TT2 atau lebih. Kegagalan dalam skrining ini menunjukkan adanya celah dalam penerapan standar pelayanan, yang berpotensi meningkatkan risiko kesehatan ibu dan bayi.

Profesionalisme bidan diatur secara tegas dalam Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan. Undang-undang ini mewajibkan bidan untuk mengikuti pendidikan profesi guna memperoleh sertifikat kompetensi sebelum berpraktik secara mandiri. Pendidikan profesi bertujuan membekali bidan dengan pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional yang akuntabel serta bertanggung jawab.

Selain itu, praktik mandiri bidan harus memenuhi persyaratan perizinan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 (yang kemudian diperbarui), termasuk fasilitas yang memadai dan *Memorandum of Understanding* (MoU) dengan institusi kesehatan rujukan. Regulasi ini menekankan bahwa profesionalisme bukan hanya tentang kompetensi teknis, tetapi juga etika, kolaborasi, dan inovasi dalam pelayanan.

Data dari Praktik Mandiri Bidan Pera pada tahun 2022 memberikan gambaran positif sekaligus inspirasi. Dalam tiga bulan terakhir, praktik ini mencatat 21 kunjungan antenatal (K1 dan K4), 10 persalinan, serta 65 pengguna keluarga berencana. Keberhasilan ini didukung oleh kepatuhan terhadap regulasi, seperti memiliki perizinan lengkap dan MoU dengan institusi kesehatan. Praktik ini menunjukkan bahwa penerapan standar profesional dapat meningkatkan jumlah kunjungan dan kepuasan klien. Namun, perbandingan dengan klinik lain yang belum optimal menyoroti perlunya inovasi untuk menutup kesenjangan tersebut.

Inovasi dalam praktik kebidanan menjadi urgent karena tantangan seperti keterbatasan sumber daya, aksesibilitas pelayanan di daerah terpencil, dan perkembangan teknologi kesehatan. Inovasi dapat berupa:

1. Penggunaan alat digital untuk dokumentasi COC

Penggunaan aplikasi rekam medis elektronik membantu bidan mendokumentasikan asuhan COC secara sistematis dan akurat. Data mudah diakses, mendukung pemantauan berkelanjutan, meningkatkan kontinuitas pelayanan, mengurangi kesalahan pencatatan, serta mempercepat pengambilan keputusan klinis berbasis informasi terkini.

2. Integrasi pelayanan komplementer

Integrasi pelayanan komplementer, seperti edukasi kesehatan berbasis komunitas dan penggunaan media phantom, memperkaya proses pembelajaran dan pelayanan. Pendekatan ini meningkatkan pemahaman klien, keterampilan praktis tenaga kesehatan, serta mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam menjaga kesehatan.

3. Pengembangan model entrepreneurship

Pengembangan model entrepreneurship memungkinkan bidan mandiri menambah layanan tambahan, seperti kelas ibu hamil atau konseling laktasi. Strategi ini meningkatkan daya saing, memperluas jangkauan pelayanan, menambah pendapatan, serta mendukung keberlanjutan praktik kebidanan secara profesional.

Inovasi dalam pelayanan perlu berjalan seiring dengan profesionalisme agar manfaatnya benar-benar dirasakan. Profesionalisme menuntut penggunaan praktik berbasis bukti, yaitu keputusan yang didasarkan pada data, penelitian, dan standar terbaik, bukan sekadar intuisi. Selain itu, refleksi kritis diperlukan untuk menilai dampak inovasi, mengidentifikasi

risiko, serta memperbaiki kelemahan yang muncul dalam penerapan. Dengan pendekatan ini, setiap perubahan dapat diuji, disesuaikan, dan dipertanggungjawabkan secara etis. Keselarasan antara inovasi dan profesionalisme membantu menjaga keselamatan pengguna layanan, meningkatkan efektivitas intervensi, serta membangun kepercayaan publik. Pada akhirnya, inovasi yang dikelola secara profesional akan menghasilkan pelayanan yang berkelanjutan, adaptif, dan berkualitas tinggi.

Berdasarkan temuan tersebut, diperlukan penerapan COC secara profesional dan inovatif untuk meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan. Hal ini menjadi dasar bagi penulis untuk melakukan asuhan COC pada klien, mulai dari masa hamil hingga nifas dan keluarga berencana, sebagai laporan tugas akhir. Pendekatan ini tidak hanya memenuhi standar pendidikan kebidanan, tetapi juga berkontribusi pada pencapaian target nasional penurunan AKI dan AKB.

Kesimpulannya, urgensi inovasi dan profesionalisme dalam praktik kebidanan tidak dapat ditunda lagi. Dengan regulasi yang kuat, data lapangan yang jelas, dan model COC sebagai fondasi, bidan dapat menjadi agen perubahan utama dalam sistem kesehatan reproduksi Indonesia. Upaya ini akan membawa dampak jangka panjang, yaitu ibu dan bayi yang lebih sehat, serta masyarakat yang lebih sejahtera. Melalui komitmen bersama, praktik kebidanan mandiri dapat berkembang menjadi lebih berkualitas, inklusif, dan berkelanjutan.

\*\*\*\*\*

# BAB 2

## *HIPEREMESIS GRAVIDARUM*

*Hiperemesis gravidarum* merupakan kondisi medis yang ditandai dengan mual dan muntah berlebihan selama kehamilan, terutama pada trimester pertama, yang jauh lebih parah dibandingkan morning sickness biasa. Kondisi ini biasanya muncul antara usia kehamilan 4 hingga 12 minggu, dengan puncak gejala sekitar 8-12 minggu, dan dapat menyebabkan penurunan berat badan lebih dari 5 persen, dehidrasi, serta ketidakseimbangan elektrolit. Meskipun mual muntah ringan dialami oleh sebagian besar ibu hamil, *Hiperemesis gravidarum* hanya memengaruhi sekitar 0,3-3 persen kehamilan, namun sering menjadi penyebab utama rawat inap pada awal kehamilan. Pemahaman konsep dasar ini penting untuk mengenali gejala dini dan mencegah komplikasi serius bagi ibu serta janin.

Etiologi *Hiperemesis gravidarum* belum diketahui secara pasti, tetapi diduga kuat berkaitan dengan peningkatan kadar hormon human chorionic gonadotropin (hCG) dan estrogen selama kehamilan, serta faktor lain seperti infeksi *Helicobacter pylori*, gangguan psikologis, atau riwayat keluarga. Patofisiologi melibatkan stimulasi pusat muntah di otak akibat perubahan hormonal tersebut, yang memperburuk sensitivitas terhadap bau dan rasa, sehingga muntah menjadi persisten. Faktor risiko termasuk kehamilan kembar, riwayat hiperemesis sebelumnya, atau kehamilan molar. Penanganan dini melalui hidrasi, nutrisi, dan terapi antiemetik sangat diperlukan untuk menghindari risiko seperti malnutrisi atau gangguan janin.

## **A. Pengertian dan Klasifikasi *Hiperemesis gravidarum***

*Hiperemesis gravidarum* (HEG) merupakan kondisi medis yang ditandai dengan mual dan muntah berlebihan pada ibu hamil, terutama pada trimester pertama. Kondisi ini berbeda dengan mual muntah biasa yang dikenal sebagai morning sickness atau emesis gravidarum, yang umum dialami oleh sebagian besar wanita hamil dan biasanya ringan serta mereda seiring berjalannya kehamilan. HEG merupakan bentuk yang lebih parah, di mana muntah terjadi secara persisten dan intens, sering kali sepanjang hari, sehingga mengganggu asupan nutrisi dan cairan. Jika tidak ditangani dengan baik, HEG dapat menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan signifikan, gangguan elektrolit, serta risiko bagi kesehatan ibu dan janin.

Secara etimologis, istilah "*Hiperemesis gravidarum*" berasal dari bahasa Latin, di mana "*hiper*" berarti berlebihan, "*emesis*" berarti muntah, dan "*gravidarum*" merujuk pada kehamilan. Kondisi ini biasanya muncul pada minggu ke-4 hingga ke-6 kehamilan, mencapai puncaknya sekitar minggu ke-8 hingga ke-12, dan sering mereda setelah minggu ke-20. Namun, pada beberapa kasus, gejala dapat berlanjut lebih lama. Penyebab pasti HEG belum sepenuhnya dipahami, tetapi diduga terkait dengan perubahan hormonal, khususnya peningkatan kadar hormon human chorionic gonadotropin (hCG) dan estrogen. Faktor lain seperti faktor psikologis (stres atau kecemasan), perubahan metabolisme, infeksi *Helicobacter pylori*, serta riwayat kehamilan sebelumnya juga berperan. Apabila emesis gravidarum biasa tidak terdeteksi atau ditangani dini, dapat berkembang menjadi HEG yang lebih mengancam.

Perbedaan utama antara emesis gravidarum dan *Hiperemesis gravidarum* terletak pada intensitas dan dampaknya. Emesis gravidarum biasanya hanya menyebabkan

mual ringan hingga sedang, muntah sesekali, dan tidak mengganggu aktivitas sehari-hari secara signifikan. Sebaliknya, HEG ditandai dengan muntah lebih dari 3-4 kali sehari, bahkan hingga puluhan kali, yang menyebabkan ketidakmampuan menahan makanan atau cairan. Akibatnya, ibu hamil mengalami penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat sebelum hamil, dehidrasi, serta ketonuria (adanya keton dalam urine). Kondisi ini menjadi salah satu penyebab utama rawat inap pada trimester pertama dan dapat menimbulkan komplikasi serius, seperti gangguan pertumbuhan janin, kelahiran prematur, atau bahkan risiko kematian janin jika tidak ditangani.

Untuk memperjelas tingkat keparahan, *Hiperemesis gravidarum* sering diklasifikasikan menjadi tiga derajat berdasarkan gejala klinis dan dampaknya terhadap tubuh ibu hamil. Klasifikasi ini membantu tenaga medis dalam menentukan penanganan yang tepat. Berikut adalah pembagian derajat tersebut:

1. Derajat 1 (Ringan)

Mual dan muntah terjadi lebih dari 3-4 kali sehari, tetapi ibu masih dapat menoleransi asupan makanan dan cairan dalam jumlah terbatas. Gejala seperti lidah kering atau penurunan nafsu makan muncul, namun belum ada dehidrasi berat atau penurunan berat badan signifikan. Kondisi ini masih dapat ditangani secara rawat jalan dengan istirahat, perubahan pola makan, dan obat anti mual sederhana.

2. Derajat 2 (Sedang)

Muntah semakin sering dan intens, menyebabkan dehidrasi ringan hingga sedang, lidah kotor dan kering, serta penurunan berat badan yang nyata. Ibu hamil merasa lemas, pusing, dan kesulitan beraktivitas. Pada tahap ini, sering

diperlukan infus cairan untuk mengatasi kekurangan elektrolit dan nutrisi.

### 3. Derajat 3 (Berat)

Gejala sangat parah, dengan muntah berkepanjangan yang menyebabkan dehidrasi berat, gangguan elektrolit signifikan, penurunan tekanan darah, demam, hingga risiko koma. Kondisi ini mengancam nyawa ibu dan janin, sehingga memerlukan rawat inap intensif, pemberian nutrisi parenteral, dan pemantauan ketat.

Klasifikasi ini tidak bersifat mutlak dan dapat bervariasi antar sumber medis, tetapi secara umum menggunakan kriteria seperti frekuensi muntah, tanda dehidrasi, dan penurunan berat badan. Beberapa ahli juga menggunakan alat ukur seperti PUQE-24 (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) untuk menilai keparahan secara lebih objektif, yang mengevaluasi durasi mual, frekuensi muntah, dan dampaknya dalam 24 jam terakhir.

Pentingnya deteksi dini tidak dapat diremehkan. Jika emesis gravidarum biasa dibiarkan tanpa pengawasan, dapat progresi menjadi HEG yang membahayakan. Oleh karena itu, ibu hamil disarankan berkonsultasi rutin dengan dokter kandungan sejak awal kehamilan. Dengan pemahaman yang baik tentang pengertian dan klasifikasi ini, diharapkan penanganan dapat dilakukan lebih cepat, sehingga mengurangi risiko komplikasi bagi ibu dan janin. Pada akhirnya, HEG bukanlah kondisi yang tak terhindarkan sepenuhnya, meski penyebabnya multifaktorial, dan dukungan medis yang tepat dapat membantu ibu melewati masa kehamilan dengan lebih aman.

## **B. Etiologi dan Faktor Risiko *Hiperemesis gravidarum***

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan bentuk parah dari mual dan muntah selama kehamilan (*nausea and vomiting*

*of pregnancy/NVP*) yang memengaruhi sekitar 0,3-3% wanita hamil. Kondisi ini berbeda dari emesis gravidarum biasa yang ringan dan sering hilang sendiri, karena HG menyebabkan muntah berlebihan, penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat sebelum hamil, dehidrasi, serta gangguan metabolisme seperti ketosis dan ketidakseimbangan elektrolit. HG biasanya muncul pada trimester pertama, puncaknya sekitar minggu ke-8-12, dan dapat berlangsung hingga minggu ke-20 atau lebih. Meskipun penyebab pasti belum sepenuhnya dipahami, HG diyakini bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi antara faktor hormonal, genetik, gastrointestinal, dan lingkungan. Pemahaman mendalam tentang etiologi dan faktor risiko penting untuk pencegahan dini serta penanganan yang tepat, mengingat HG dapat menyebabkan komplikasi serius bagi ibu dan janin jika tidak ditangani.

Pembahasan inti mengenai etiologi HG menunjukkan bahwa perubahan hormonal menjadi teori utama (Medved et al., 2023). Hormon *human chorionic gonadotropin* (hCG) yang diproduksi plasenta sering dikaitkan, karena kadarnya memuncak pada trimester pertama bersamaan dengan gejala terparah. hCG diduga merangsang zona pemicu muntah di otak, serta menyebabkan hipertiroidisme transien yang memperburuk mual. Selain itu, hormon Growth Differentiation Factor 15 (GDF15) yang juga diproduksi plasenta baru-baru ini diidentifikasi sebagai penyebab utama, karena GDF15 menyebabkan aversif rasa dan muntah. Faktor lain termasuk peningkatan estrogen yang memperlambat motilitas gastrointestinal, serta infeksi *Helicobacter pylori* yang dapat memperburuk gejala pada sebagian wanita, meskipun hubungan kausal belum pasti. Aspek genetik semakin kuat dibuktikan, dengan varian gen GDF15, IGFBP7, dan receptornya (GFRAL) yang meningkatkan risiko. Faktor

psikososial seperti stres atau kecemasan sering menyertai, tetapi lebih sebagai akibat daripada penyebab primer.

Faktor risiko HG dapat dikelompokkan menjadi beberapa kategori utama. Riwayat pribadi atau keluarga HG merupakan risiko terkuat, dengan rekurensi hingga 15-80% pada kehamilan berikutnya. Kehamilan multipel (kembar atau lebih) atau mola hidatidosa meningkatkan risiko karena massa plasenta lebih besar, sehingga kadar hormon lebih tinggi. Usia ibu muda, kehamilan pertama, dan janin perempuan juga berkontribusi. Kondisi preexisting seperti obesitas, riwayat migrain, motion sickness, atau gangguan gastrointestinal memperburuk kemungkinan. Sebaliknya, merokok maternal dan konsumsi multivitamin sebelum minggu ke-6 kehamilan dikaitkan dengan risiko lebih rendah.

Untuk memperjelas perbandingan faktor risiko, berikut tabel yang merangkum faktor utama beserta bukti relatifnya:

Tabel 2.1 Faktor Risiko Utama *Hiperemesis gravidarum*

No	Kategori Faktor Risiko	Contoh Spesifik	Tingkat Risiko Relatif
1	Riwayat Pribadi/Keluarga	Riwayat HG sebelumnya atau pada ibu/saudara	Sangat tinggi (rekurensi 15-80%)
2	Kehamilan	Kehamilan kembar/multipel, mola hidatidosa	Tinggi (karena kadar hCG/GDF15 lebih tinggi)
3	Demografi	Usia muda (<25 tahun), kehamilan pertama, janin perempuan	Sedang hingga tinggi
4	Kondisi Preexisting	Obesitas, migrain, infeksi H. pylori, hipertiroidisme	Sedang

No	Kategori Faktor Risiko	Contoh Spesifik	Tingkat Risiko Relatif
5	Faktor Protektif	Merokok, multivitamin prakonsepsi	Rendah (menurunkan risiko)

Sumber: Diadaptasi dari StatPearls NCBI (2025)

Tabel di atas menjelaskan kategori faktor risiko utama yang berkaitan dengan *Hiperemesis gravidarum* (HG), suatu kondisi muntah berat pada kehamilan. Kategori pertama adalah riwayat pribadi atau keluarga, seperti pernah mengalami HG sebelumnya atau pada ibu/saudara perempuan, yang memberikan risiko sangat tinggi dengan kemungkinan rekurensi mencapai 15-80%. Selanjutnya, faktor kehamilan seperti kehamilan kembar atau mola hidatidosa termasuk risiko tinggi karena kadar hCG dan GDF15 lebih tinggi. Faktor demografi, seperti usia muda di bawah 25 tahun, kehamilan pertama, atau janin perempuan, dikaitkan dengan risiko sedang hingga tinggi. Kondisi preexisting seperti obesitas, migrain, infeksi *H. pylori*, atau hipertiroidisme memberikan risiko sedang. Sementara itu, faktor protektif seperti merokok atau konsumsi multivitamin prakonsepsi justru menurunkan risiko secara signifikan.

Pemahaman etiologi dan faktor risiko HG telah berkembang pesat, terutama dengan penemuan peran GDF15 sebagai target potensial terapi masa depan. Meskipun tidak dapat dicegah sepenuhnya, identifikasi dini faktor risiko memungkinkan intervensi awal seperti suplementasi nutrisi atau konsultasi prenatal. Wanita dengan risiko tinggi disarankan memantau gejala sejak dini dan berkonsultasi dokter untuk menghindari komplikasi seperti dehidrasi berat atau malnutrisi janin.

Dengan penanganan yang tepat dan berkesinambungan, sebagian besar kasus *Hiperemesis gravidarum* menunjukkan perbaikan signifikan setelah melewati trimester pertama kehamilan. Kondisi ini umumnya memiliki prognosis jangka panjang yang baik, baik bagi kesehatan ibu maupun pertumbuhan dan perkembangan anak. Meskipun demikian, *Hiperemesis gravidarum* masih dapat menimbulkan dampak fisik dan psikologis yang berat apabila tidak ditangani secara optimal. Oleh karena itu, tindakan lanjutan sangat diperlukan untuk mengembangkan terapi yang lebih spesifik, termasuk pengobatan berbasis faktor genetik, guna menurunkan angka kejadian, mempercepat pemulihan, serta mengurangi beban klinis dan sosial akibat kondisi ini.

### **C. Patofisiologi *Hiperemesis gravidarum***

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan bentuk paling parah dari mual dan muntah pada kehamilan (*nausea and vomiting of pregnancy/NVP*), yang memengaruhi sekitar 0,3–3% kehamilan di seluruh dunia (Vinnars et al., 2024). Kondisi ini ditandai dengan muntah persisten yang menyebabkan penurunan berat badan signifikan (biasanya  $\geq 5\%$  dari berat badan pra-kehamilan), dehidrasi, ketosis, dan gangguan metabolik. Berbeda dengan morning sickness ringan yang biasanya membaik pada trimester kedua, HG sering memerlukan intervensi medis karena dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan menimbulkan risiko kesehatan bagi ibu serta janin. Patofisiologi HG hingga kini belum sepenuhnya dipahami, namun melibatkan interaksi kompleks antara faktor hormonal, genetik, dan lingkungan, yang memicu respons mual-muntah berlebihan pada individu rentan.

Patofisiologi HG dimulai dari perubahan hormonal dramatis pada awal kehamilan, terutama peningkatan kadar hormon *human chorionic gonadotropin* (hCG) yang diproduksi

oleh plasenta (C. Liu et al., 2022). Kadar hCG mencapai puncaknya sekitar minggu ke-8–12 gestasi, bertepatan dengan onset gejala HG terberat. Hormon ini diduga merangsang *chemoreceptor trigger zone* (CTZ) di medula oblongata, yang bertanggung jawab atas refleks muntah. Selain itu, peningkatan estrogen dan progesteron berkontribusi dengan cara menurunkan motilitas gastrointestinal, memperlambat pengosongan lambung, dan meningkatkan sensitivitas terhadap stimulus mual.

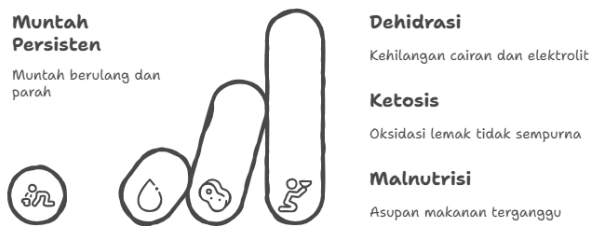
Faktor hormonal, khususnya peningkatan kadar *human chorionic gonadotropin* (hCG), berperan penting dalam terjadinya *Hiperemesis gravidarum*. Kadar hCG yang tinggi dapat memengaruhi pusat muntah di otak serta memperlambat pengosongan lambung, sehingga memicu mual dan muntah berlebihan. Kondisi ini menjelaskan mengapa *Hiperemesis gravidarum* lebih sering ditemukan pada kehamilan dengan kadar hCG yang meningkat, seperti pada kehamilan multipel atau kehamilan kembar. Selain itu, penyakit trofoblas gestasional juga berhubungan dengan produksi hCG yang sangat tinggi, sehingga risiko terjadinya *Hiperemesis gravidarum* menjadi lebih besar dan memerlukan pemantauan serta penatalaksanaan yang lebih intensif.

Selain faktor hormonal, peran genetik semakin diakui sebagai komponen penting dalam patofisiologi HG. Studi terkini menunjukkan bahwa protein GDF15 (*growth differentiation factor 15*), yang diproduksi oleh plasenta, berperan sentral dalam regulasi nafsu makan dan mual. Kadar GDF15 yang tinggi pada ibu dengan HG menyebabkan stimulasi berlebih pada reseptor GFRAL di batang otak, memicu sinyal mual intens. Variasi genetik pada gen GDF15 atau reseptornya membuat sebagian wanita lebih rentan terhadap respons ini. Riwayat keluarga HG meningkatkan risiko hingga tiga kali lipat, mendukung adanya predisposisi

genetik. Faktor ini juga menjelaskan mengapa tidak semua wanita dengan kadar hCG tinggi mengalami HG parah.

Beberapa faktor pendukung lain turut memperburuk patofisiologi HG. Infeksi *Helicobacter pylori*, meskipun kontroversial, diduga memperberat gejala melalui inflamasi lambung dan peningkatan produksi sitokin pro-inflamasi. Hiperakuitas sistem olfaktorik (peningkatan sensitivitas penciuman) sering dilaporkan, di mana bau tertentu memicu mual, mirip dengan motion sickness. Selain itu, gangguan fungsi tiroid transien (hipertiroidisme gestasional) terjadi pada sebagian pasien HG, dengan kadar tiroksin tinggi dan TSH rendah, yang kembali normal tanpa terapi spesifik pada pertengahan trimester kedua. Faktor psikologis, seperti stres atau kehamilan tidak diinginkan, dapat memperkuat respons melalui jalur vagal dan simpatis.

Akibat dari muntah persisten, patofisiologi HG berkembang menjadi gangguan metabolik dan sistemik. Prosesnya dapat diuraikan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Gangguan metabolik dan sistemik

Berdasarkan pada gambar di atas, muntah berulang pada *Hiperemesis gravidarum* menyebabkan kehilangan cairan dan elektrolit penting seperti natrium, kalium, dan klorida. Kondisi ini memicu terjadinya dehidrasi, alkalosis

hipokloremik, serta hipokalemia yang dapat memperburuk keadaan ibu hamil bila tidak segera ditangani secara adekuat.

Selain itu, cadangan glikogen dalam tubuh ibu akan cepat habis akibat kurangnya asupan makanan. Keadaan ini memaksa tubuh melakukan oksidasi lemak secara tidak sempurna sehingga menghasilkan badan keton. Akumulasi badan keton dalam darah dan urin menandakan terjadinya ketosis yang berkontribusi pada malnutrisi.

Gangguan asupan makanan yang berlangsung lama juga menyebabkan penurunan berat badan serta defisiensi berbagai nutrisi penting. Kekurangan vitamin, terutama tiamin, dapat meningkatkan risiko terjadinya ensefalopati Wernicke. Oleh karena itu, pemantauan status gizi dan intervensi dini sangat diperlukan dalam asuhan kebidanan.

Komplikasi ini dapat berkembang secara spiral karena dehidrasi dan mual saling memperburuk satu sama lain. Ketika seseorang mengalami mual dan muntah berulang, asupan cairan menjadi sangat terbatas. Kekurangan cairan ini menyebabkan dehidrasi, yang pada gilirannya dapat memperparah rasa mual melalui gangguan elektrolit, penurunan volume darah, dan iritasi pada saluran pencernaan. Kondisi tersebut membuat penderita semakin sulit untuk minum atau makan, sehingga dehidrasi bertambah berat. Siklus ini dikenal sebagai vicious circle karena setiap komponen saling memperkuat dampak negatifnya. Tanpa intervensi yang tepat, kondisi ini dapat menyebabkan kelemahan, gangguan fungsi organ, dan memperpanjang proses pemulihan pasien.

Patofisiologi HG mencerminkan interaksi multifaktorial yang membuat sebagian wanita rentan terhadap respons hiper terhadap perubahan kehamilan normal. Meskipun gejala sering membaik setelah trimester pertama seiring penurunan kadar hCG dan GDF15, pemahaman mendalam ini penting untuk diagnosis dini dan manajemen. Penelitian terkini, termasuk

temuan tentang GDF15, membuka peluang terapi targeted di masa depan, seperti antagonis reseptor GFRAL. Dengan demikian, HG bukan sekadar "morning sickness berat", melainkan kondisi kompleks yang memerlukan pendekatan holistik untuk mencegah dampak jangka panjang bagi ibu dan janin.

#### **D. Tanda, Gejala, dan Derajat Keparahan**

*Hiperemesis gravidarum* merupakan kondisi mual dan muntah yang ekstrem selama kehamilan, yang jauh lebih parah dibandingkan morning sickness biasa. Kondisi ini memengaruhi sekitar 0,3 hingga 3% ibu hamil dan sering menjadi penyebab utama rawat inap pada trimester pertama. Berbeda dengan morning sickness yang umum dialami hingga 80% ibu hamil dan biasanya ringan serta mereda setelah trimester pertama, *Hiperemesis gravidarum* dapat berlangsung lebih lama, bahkan hingga akhir kehamilan pada sebagian kasus. Gejala utamanya adalah mual dan muntah yang dapat terjadi kapan saja sepanjang hari, bukan hanya pada pagi hari, sehingga sering disebut sebagai "all-day sickness". Pada tingkat hiperemesis, gejala ini lebih berat dan menyakitkan, menyebabkan gangguan signifikan pada aktivitas sehari-hari, nutrisi, dan kesehatan secara keseluruhan.

Gejala utama *Hiperemesis gravidarum* memang berpusat pada mual dan muntah yang persisten. Mual sering terasa intens sepanjang hari, disertai muntah lebih dari tiga hingga empat kali sehari, yang membuat ibu hamil sulit menahan makanan atau minuman (Jansen et al., 2024). Akibatnya, muncul gejala pendukung seperti penurunan berat badan signifikan (biasanya lebih dari 5% dari berat badan sebelum hamil), dehidrasi, dan kelelahan ekstrem. Tanda dehidrasi meliputi mulut kering, urin sedikit dan berwarna gelap, pusing, serta detak jantung cepat. Selain itu, penderita

sering mengalami hipersalivasi (produksi air liur berlebih), gangguan tidur, serta penurunan nafsu makan yang parah. Pada kasus berat, dapat timbul komplikasi seperti ketidakseimbangan elektrolit, ketonuria (adanya keton dalam urin), atau bahkan gangguan fungsi hati dan ginjal. Gejala ini biasanya mulai muncul pada minggu ke-4 hingga ke-6 kehamilan, mencapai puncak pada minggu ke-8 hingga ke-12, dan sebagian besar mereda pada minggu ke-14 hingga ke-20, meskipun pada 20% kasus bisa berlanjut hingga akhir kehamilan.

Untuk membedakan *Hiperemesis gravidarum* dari morning sickness biasa, perlu diperhatikan perbedaan tingkat keparahan. Morning sickness umumnya ringan, dengan mual yang lebih sering pada pagi hari, muntah jarang (kurang dari tiga kali sehari), dan tidak menyebabkan penurunan berat badan atau dehidrasi. Penderita masih bisa menjalankan aktivitas normal dan menahan asupan makanan. Sebaliknya, *Hiperemesis gravidarum* mengganggu kemampuan untuk makan dan minum secara normal, menyebabkan ketidakmampuan melakukan tugas sehari-hari, serta risiko komplikasi seperti malnutrisi pada ibu dan janin. Jika tidak ditangani, kondisi ini dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, atau bahkan komplikasi langka seperti Wernicke encephalopathy akibat defisiensi vitamin B1.

Derajat keparahan *Hiperemesis gravidarum* dapat dinilai menggunakan alat ukur standar seperti Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE-24). Skor PUQE-24 dihitung berdasarkan tiga aspek dalam 24 jam terakhir: durasi mual, jumlah muntah, dan jumlah retching (upaya muntah tanpa keluar isi lambung). Skor total dibagi sebagai berikut:

### 1. Ringan

Skor  $\leq 6$ , gejala masih dapat ditoleransi dan tidak banyak mengganggu asupan nutrisi. *Hiperemesis gravidarum* ringan ditandai skor enam atau kurang, dengan mual dan muntah yang masih dapat ditoleransi. Kondisi ini umumnya belum mengganggu aktivitas sehari-hari serta asupan makanan dan cairan masih relatif terpenuhi dengan baik

### 2. Sedang

Skor 7–12, gejala cukup berat dengan penurunan asupan makanan/minuman dan kemungkinan dehidrasi ringan. Pada derajat sedang dengan skor tujuh hingga dua belas, mual dan muntah terjadi lebih sering dan mulai mengganggu asupan makanan serta minuman. Ibu hamil berisiko mengalami dehidrasi ringan sehingga memerlukan pemantauan dan penatalaksanaan kebidanan lebih intensif.

### 3. Berat

Skor  $\geq 13$ , gejala sangat intens, sering disertai penurunan berat badan  $>5\%$ , dehidrasi signifikan, dan kebutuhan intervensi medis seperti rawat inap. *Hiperemesis gravidarum* berat memiliki skor tiga belas atau lebih, ditandai gejala sangat intens dan berkelanjutan. Kondisi ini sering disertai penurunan berat badan signifikan, dehidrasi berat, gangguan metabolik, serta memerlukan intervensi medis lanjutan termasuk rawat inap.

Selain PUQE, HELP Score merupakan alat penilaian yang lebih menyeluruh, terutama digunakan pada kasus mual dan muntah kehamilan yang berat. Skor ini tidak hanya menilai frekuensi dan intensitas gejala fisik, tetapi juga mempertimbangkan kondisi hidrasi serta dampak psikososial yang dialami pasien, seperti stres dan gangguan aktivitas sehari-hari. Dengan pendekatan yang lebih komprehensif, HELP Score membantu tenaga medis mengevaluasi tingkat keparahan kondisi secara lebih akurat. Penilaian ini sangat

penting dalam pengambilan keputusan klinis, khususnya untuk menentukan apakah pasien dapat ditangani dengan rawat jalan atau memerlukan perawatan intensif berupa infus cairan dan dukungan nutrisi tambahan.

Pemahaman yang baik tentang tanda, gejala, dan derajat keparahan *Hiperemesis gravidarum* sangat krusial untuk deteksi dini dan penanganan tepat. Meskipun kondisi ini tidak dapat dicegah sepenuhnya, pengenalan gejala sejak awal dapat mencegah komplikasi serius bagi ibu dan janin. Ibu hamil yang mengalami mual muntah berlebih disarankan segera berkonsultasi dengan dokter untuk penilaian PUQE dan pemeriksaan pendukung, seperti tes urin untuk keton atau darah untuk elektrolit.

Dengan penanganan yang tepat dan berkesinambungan, sebagian besar penderita *Hiperemesis gravidarum* dapat mengalami perbaikan kondisi secara signifikan. Asuhan kebidanan yang komprehensif meliputi pengkajian menyeluruh, pemantauan status gizi dan cairan, pemberian terapi sesuai indikasi, serta dukungan psikologis kepada ibu hamil. Selain itu, edukasi kesehatan dan keterlibatan keluarga turut berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan terhadap anjuran perawatan. Melalui upaya tersebut, kehamilan dapat tetap berlangsung sehat, aman, dan memberikan hasil optimal bagi ibu maupun janin selama proses kehamilan hingga persalinan yang berkualitas dan.

## **E. Dampak Hiperemesis terhadap Ibu dan Janin**

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan kondisi mual dan muntah berat selama kehamilan yang tidak hanya mengganggu kenyamanan ibu hamil, tetapi juga berpotensi menimbulkan dampak serius bagi kesehatan ibu dan janin. Berbeda dengan morning sickness biasa yang ringan dan sering mereda sendiri, HG dapat menyebabkan dehidrasi, malnutrisi,

dan ketidakseimbangan elektrolit jika tidak ditangani dengan baik. Dampak ini bersifat multifaktorial, dipengaruhi oleh tingkat keparahan gejala, durasi kondisi, serta respons terhadap pengobatan. Meskipun sebagian besar kasus dapat dikelola sehingga kehamilan berjalan normal, pemahaman mendalam tentang risiko ini penting untuk deteksi dini dan intervensi tepat, guna meminimalkan komplikasi jangka pendek maupun panjang.

Dampak utama terhadap ibu hamil meliputi gangguan fisik dan psikologis yang signifikan. Secara fisik, HG sering menyebabkan penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat sebelum hamil, dehidrasi berat, serta ketidakseimbangan elektrolit seperti hipokalemia dan hiponatremia (Walker et al., 2025). Komplikasi langka tetapi serius termasuk kerusakan ginjal, gangguan hati, Wernicke encephalopathy akibat defisiensi vitamin B1, serta robekan esofagus atau pneumomediastinum akibat muntah berulang. Selain itu, ibu hamil dengan HG berisiko lebih tinggi mengalami depresi, kecemasan, dan gangguan stres pascatrauma, yang dapat berlanjut setelah persalinan. Beban psikososial ini diperburuk oleh ketidakmampuan menjalankan aktivitas sehari-hari, sering kali memerlukan rawat inap berulang, yang berdampak pada ekonomi keluarga dan kualitas hidup secara keseluruhan.

Pada janin, dampak HG terutama disebabkan oleh malnutrisi dan dehidrasi maternal yang mengganggu suplai nutrisi melalui plasenta. Risiko jangka pendek mencakup berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur, serta kecil untuk usia kehamilan (small for gestational age atau SGA). Beberapa studi menunjukkan peningkatan risiko keguguran spontan atau stillbirth pada kasus berat, meskipun tidak semua penelitian konsisten. Komplikasi lain yang jarang adalah kelainan kongenital atau gangguan pertumbuhan intrauterin. Dengan penanganan yang adekuat, seperti hidrasi intravena dan

suplemen nutrisi, sebagian besar risiko ini dapat dikurangi, dan banyak janin dari ibu dengan HG lahir sehat tanpa kelainan signifikan.

Selain dampak jangka pendek, penelitian terkini mengindikasikan adanya konsekuensi jangka panjang pada keturunan. Anak-anak yang lahir dari ibu dengan HG memiliki risiko lebih tinggi terhadap gangguan neurodevelopmental, seperti *spektrum autisme*, *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD), serta gangguan kecemasan dan tidur. Meta-analisis menunjukkan peningkatan kecil tetapi signifikan pada risiko gangguan mental kesehatan di masa dewasa, termasuk depresi dan bipolar. Ada pula laporan awal tentang peningkatan risiko kanker testis pada anak laki-laki hingga usia 40 tahun, meskipun bukti masih terbatas. Faktor-faktor seperti stres maternal, paparan keton berlebih, dan defisiensi nutrisi diduga menjadi penyebab utama efek ini.

*Hiperemesis gravidarum* (HG) memiliki dampak yang bervariasi tergantung tingkat keparahannya, mulai dari gangguan ringan hingga konsekuensi jangka panjang. Berikut penjelasan rinci untuk masing-masing poin yang disebutkan, dengan mempertimbangkan bukti medis terkini. Setiap poin diuraikan secara terpisah untuk kejelasan:

#### 1. Dampak ringan-sedang

Pada tingkat ringan hingga sedang, HG terutama menyebabkan gangguan kenyamanan ibu seperti mual persisten dan muntah ringan, disertai risiko dehidrasi ringan serta penurunan nafsu makan. Gejala ini masih dapat ditoleransi dengan pengobatan rawat jalan, tanpa penurunan berat badan signifikan. Prognosis bagi janin umumnya baik jika ditangani dini melalui hidrasi oral dan antiemetik, sehingga pertumbuhan janin tetap normal dan risiko komplikasi minimal.

## 2. Dampak berat

Pada kasus berat, HG meningkatkan risiko komplikasi maternal seperti gangguan elektrolit (hipokalemia, hiponatremia), dehidrasi berat, malnutrisi, serta masalah psikologis seperti depresi dan kecemasan. Bagi janin, terdapat peningkatan risiko berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur, kecil untuk usia kehamilan (SGA), serta kebutuhan rawat inap neonatal. Penanganan intensif seperti infus intravena diperlukan untuk mencegah eskalasi.

## 3. Dampak jangka panjang

Dampak jangka panjang lebih sering terjadi pada HG berkepanjangan, di mana anak berisiko mengalami gangguan neurodevelopmental seperti spektrum autisme dan ADHD, serta gangguan mental seperti kecemasan, masalah tidur, dan depresi di kemudian hari. Beberapa studi juga menunjukkan risiko kecil kanker testis pada anak laki-laki. Faktor malnutrisi maternal dan stres diduga menjadi penyebab utama, meskipun bukti masih memerlukan penelitian lebih lanjut

Meskipun HG dapat menimbulkan dampak yang mengkhawatirkan, prognosis secara keseluruhan baik dengan pengelolaan medis yang tepat, seperti pemberian antiemetik, infus cairan, dan dukungan nutrisi. Sebagian besar ibu pulih sepenuhnya setelah persalinan, dan janin berkembang normal jika intervensi dilakukan sejak dini. Pencegahan komplikasi bergantung pada pemantauan rutin, konsultasi dokter kandungan, serta dukungan psikologis. Ibu hamil yang mengalami gejala HG disarankan segera mencari bantuan medis untuk menghindari eskalasi risiko, sehingga kehamilan tetap aman dan bayi lahir sehat.

## **F. Prinsip Penatalaksanaan *Hiperemesis gravidarum***

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan kondisi mual dan muntah berlebihan pada kehamilan trimester pertama yang dapat menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan signifikan (lebih dari 5% berat badan pra-kehamilan), ketosis, serta gangguan elektrolit dan nutrisi. Kondisi ini memengaruhi sekitar 0,3-3% kehamilan dan merupakan penyebab utama rawat inap pada trimester awal. Berbeda dengan mual muntah kehamilan biasa (*nausea and vomiting of pregnancy*/NVP) yang ringan dan sering membaik sendiri, HG memerlukan intervensi medis untuk mencegah komplikasi pada ibu dan janin, seperti malnutrisi maternal, pertumbuhan janin terhambat, atau bahkan terminasi kehamilan pada kasus refrakter. Prinsip utama penatalaksanaan HG adalah mengurangi gejala mual muntah, mengoreksi dehidrasi dan gangguan metabolik, serta memenuhi kebutuhan nutrisi sambil memastikan keamanan bagi janin.

Penatalaksanaan HG bersifat bertahap dan individual, dimulai dari pendekatan nonfarmakologi hingga terapi intensif jika diperlukan (Vinnars et al., 2023). Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik (tanda dehidrasi seperti nadi cepat, tekanan darah rendah), dan penunjang seperti urinalisis untuk ketonuria, serta laboratorium darah untuk elektrolit dan fungsi hati. Penyebab lain mual muntah, seperti infeksi saluran kemih, gangguan tiroid, atau kehamilan molar, harus disingkirkan terlebih dahulu. Pedoman internasional seperti dari *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) tahun 2024 dan *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) menekankan penggunaan skor valid seperti *Pregnancy-Unique Quantification of Emesis* (PUQE) untuk menilai keparahan.

Pendekatan awal penatalaksanaan HG difokuskan pada intervensi nonfarmakologi dan modifikasi gaya hidup. Pasien dianjurkan untuk:

1. Makanlah dalam porsi kecil namun sering untuk menjaga lambung, hindari makanan pedas, berlemak, dan berbau tajam, serta pilih makanan hambar, kering, atau camilan tinggi protein agar mual berkurang lebih efektif.
2. Jahe dapat dikonsumsi sebagai suplemen alami dalam bentuk teh, permen, atau kapsul, karena kandungan aktifnya telah dibuktikan melalui beberapa penelitian mampu membantu mengurangi mual dan rasa tidak nyaman pada sebagian.
3. Istirahat yang cukup sangat penting, disertai menghindari pemicu seperti asap rokok dan ruangan pengap, serta mempertimbangkan penggantian suplemen prenatal bila diduga menjadi penyebab munculnya keluhan mual pada ibu hamil tertentu.

Pendekatan ini umumnya efektif pada kasus mual dan muntah ringan hingga sedang karena bersifat noninvasif, aman, dan mudah diterapkan. Terapi dapat dilakukan secara rawat jalan tanpa memerlukan perawatan intensif, sehingga lebih nyaman bagi pasien. Selain terapi farmakologis, metode nonfarmakologis seperti akupunktur atau akupresur dapat digunakan sebagai terapi komplementer. Stimulasi titik P6 (Neiguan) yang terletak di pergelangan tangan dipercaya dapat mengurangi mual dan muntah melalui modulasi sistem saraf. Pendekatan holistik ini dapat meningkatkan kenyamanan pasien, mengurangi ketergantungan obat, serta mendukung keberhasilan terapi secara keseluruhan.

Jika gejala persisten dan menyebabkan dehidrasi, penatalaksanaan selanjutnya melibatkan terapi farmakologi dan rehidrasi. Antiemetik lini pertama yang aman pada kehamilan meliputi:

1. Kombinasi pyridoxine (vitamin B6) dan doxylamine

Kombinasi pyridoxine (vitamin B6) dan doxylamine digunakan terutama untuk mengatasi mual muntah, khususnya pada kehamilan. Pyridoxine membantu metabolisme saraf, sedangkan doxylamine sebagai antihistamin sedatif menekan pusat muntah dan meningkatkan toleransi pasien dengan profil keamanan baik dan penggunaan jangka panjang klinis.

2. Antihistamin seperti promethazine atau cyclizine

Antihistamin seperti promethazine atau cyclizine bekerja dengan menghambat reseptor H1 di sistem vestibular dan pusat muntah. Obat ini efektif mengurangi mual, muntah, serta vertigo, namun sering menyebabkan sedasi, mulut kering, dan efek antikolinergik lainnya pada sebagian pasien, terutama dosis tinggi.

3. Phenothiazine seperti prochlorperazine

Phenothiazine seperti prochlorperazine merupakan antiemetik kuat yang bekerja sebagai antagonis dopamin D2 di chemoreceptor trigger zone. Obat ini digunakan pada mual muntah berat, tetapi berisiko menimbulkan efek ekstrapiramidal dan hipotensi terutama pada penggunaan jangka panjang, dosis tinggi, atau pasien sensitif.

Obat-obat ini dapat dikombinasikan untuk efektivitas lebih baik. Pada kasus dengan gangguan tiroid transien (sering menyertai HG), tidak diperlukan terapi antitiroid kecuali ada bukti penyakit tiroid intrinsik. Rehidrasi intravena dengan cairan isotonik (seperti Ringer laktat) ditambah thiamine (vitamin B1) untuk mencegah ensefalopati Wernicke sangat krusial, terutama sebelum pemberian glukosa. Suplementasi elektrolit seperti kalium dan magnesium juga diperlukan jika terdeteksi hipokalemia atau hipomagnesemia.

Pada HG berat atau refrakter, rawat inap diindikasikan untuk pemantauan ketat. Tujuan utama adalah mengembalikan

asupan oral secara bertahap hingga pasien dapat mentoleransi makanan dan obat oral. Jika rehidrasi dan antiemetik oral/IV gagal, opsi lanjutan mencakup:

1. Kortikosteroid seperti methylprednisolone

Kortikosteroid seperti methylprednisolone digunakan sebagai terapi lini terakhir untuk menekan inflamasi berat, mengurangi respon imun berlebihan, dan memperbaiki gejala. Penggunaannya dibatasi karena risiko infeksi, hiperglikemia, gangguan elektrolit, hipertensi, serta efek samping jangka panjang yang memerlukan pemantauan ketat selama terapi berlangsung.

2. Nutrisi enteral atau parenteral

Nutrisi enteral melalui selang nasogastrik diberikan bila saluran cerna masih berfungsi, untuk mempertahankan status gizi. Nutrisi parenteral total dipilih bila intake oral gagal, mencegah malnutrisi, mendukung penyembuhan, dan memenuhi kebutuhan energi serta protein secara optimal pada kondisi klinis tertentu pasien.

Pemantauan janin melalui pemeriksaan ultrasonografi secara rutin sangat dianjurkan pada kehamilan dengan *Hiperemesis gravidarum* berat untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin berlangsung normal. Kondisi ini berisiko menyebabkan gangguan nutrisi maternal yang dapat berdampak pada terjadinya bayi kecil untuk usia kehamilan, restriksi pertumbuhan intrauterin, atau kelahiran prematur. Selain aspek medis, dukungan psikososial memegang peranan penting karena *Hiperemesis gravidarum* sering menimbulkan kelelahan fisik dan tekanan emosional berat. Ibu dapat mengalami stres, kecemasan, depresi, hingga munculnya ide bunuh diri, sehingga pendekatan multidisiplin sangat diperlukan.

\*\*\*\*\*

# BAB 3

## ASUHAN *CONTINUITY OF CARE* PADA KEHAMILAN

Asuhan *continuity of care* pada kehamilan merupakan pendekatan pelayanan kesehatan yang menekankan kontinuitas perawatan secara terintegrasi dari satu bidan atau tim kecil kepada ibu hamil sepanjang siklus kehamilan, persalinan, nifas, hingga bayi baru lahir. Model ini bertujuan untuk membangun hubungan kepercayaan yang kuat antara penyedia layanan dan pasien, sehingga ibu merasa lebih aman, didengar, dan didampingi secara personal. Kontinuitas pelayanan memastikan alur informasi tetap terjaga antartugas kesehatan, sehingga risiko miskomunikasi berkurang. Kondisi ibu dapat dipantau secara berkesinambungan, komplikasi terdeteksi lebih dini, penanganan menjadi cepat dan tepat, serta tingkat kepuasan ibu terhadap mutu layanan kesehatan meningkat secara nyata berkelanjutan.

Pendekatan *continuity of care* tidak hanya berfokus pada aspek fisik kehamilan, tetapi juga mencakup dukungan psikososial, edukasi kesehatan, dan pemberdayaan ibu dalam mengambil keputusan terkait proses kehamilannya. Melalui kunjungan antenatal yang konsisten dengan bidan yang sama, ibu dapat memperoleh pemantauan yang lebih mendalam, konseling gizi, persiapan persalinan, serta pendampingan pascapersalinan yang berkelanjutan. Implementasi model ini telah terbukti mampu menurunkan angka intervensi medis yang tidak perlu, meningkatkan angka persalinan normal, serta memberikan rasa aman dan nyaman bagi ibu dan keluarga selama masa kehamilan yang penuh perubahan ini

## **A. Konsep Asuhan *Continuity of care* dalam Kebidanan**

Asuhan kebidanan berkelanjutan atau yang dikenal sebagai *Continuity of care* (CoC) merupakan pendekatan pelayanan kesehatan yang menekankan kesinambungan dan komprehensif dalam perawatan ibu dan bayi (McInnes et al., 2020). Konsep ini memberikan asuhan kepada ibu mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga pemilihan kontrasepsi atau keluarga berencana. Bidan profesional membangun kemitraan dengan perempuan selama proses tersebut, sehingga menciptakan hubungan saling percaya dan mendukung pengambilan keputusan oleh ibu mengenai kesehatan reproduksinya.

*Continuity of care* bukan hanya sekadar pelayanan medis, melainkan sebuah strategi pelayanan kesehatan primer yang menempatkan perempuan sebagai pusat layanan. Pendekatan ini berfokus pada pemenuhan kebutuhan individu secara menyeluruh dengan mempertimbangkan kondisi fisik, psikologis, sosial, dan budaya perempuan. Pelayanan diberikan secara berkesinambungan sejak masa pra kehamilan, kehamilan, persalinan, hingga nifas, sehingga tercipta hubungan saling percaya antara tenaga kesehatan dan perempuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan derajat kesehatan secara optimal.

Konsep CoC berakar pada filosofi kebidanan yang memandang proses kehamilan dan persalinan sebagai fenomena alamiah dan normal. Bidan berperan sebagai mitra yang memberdayakan perempuan, memberikan asuhan secara individual dan berkelanjutan. Di Indonesia, pendekatan ini didukung oleh regulasi seperti Keputusan Menteri Kesehatan tentang standar profesi bidan, yang menekankan asuhan komprehensif untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). *Continuity of care* memungkinkan deteksi dini berbagai risiko kesehatan melalui

proses pemantauan yang dilakukan secara berkesinambungan, sehingga tenaga kesehatan dapat memberikan intervensi yang tepat waktu, tepat sasaran, dan efektif sesuai dengan kebutuhan individu. Dalam pembahasan inti, CoC mencakup beberapa tahapan utama yang saling terhubung. Tahapan tersebut antara lain:

1. Asuhan pada masa kehamilan melibatkan kunjungan antenatal care (ANC) minimal sesuai standar, seperti 10T di Indonesia, yang mencakup pemeriksaan fisik, konseling nutrisi, deteksi risiko, dan persiapan persalinan.
2. Pada masa persalinan, bidan yang sama atau berasal dari tim kecil secara konsisten mendampingi ibu, sehingga tercipta rasa aman, meminimalkan intervensi yang tidak diperlukan, serta mendukung proses persalinan normal yang aman dan nyaman.
3. Masa nifas dan bayi baru lahir fokus pada pemulihan ibu, inisiasi menyusui dini (IMD), serta pemantauan kesehatan bayi. Pelayanan keluarga berencana membantu ibu memilih kontrasepsi pascapersalinan.

Manfaat CoC telah dibuktikan melalui berbagai penelitian internasional dan nasional. Secara global, tinjauan Cochrane menunjukkan bahwa model CoC mengurangi risiko persalinan sesar, kelahiran prematur, dan meningkatkan kepuasan ibu. Di Indonesia, implementasi CoC oleh bidan di praktik mandiri atau puskesmas membantu menurunkan morbiditas maternal dan neonatal melalui pendampingan holistik.

Untuk memperjelas manfaat CoC dibandingkan model pelayanan fragmented (terpisah-pisah), berikut tabel perbandingan berdasarkan bukti dari tinjauan sistematis:

Tabel 3.1  
Perbandingan Manfaat *Continuity of care* dengan Model  
Pelayanan Lain

No	Aspek	<i>Continuity of care</i> (CoC)	Model Pelayanan Fragmented
1	Kepuasan Ibu	Lebih tinggi, hubungan percaya dengan bidan sama	Rendah, sering berganti tenaga kesehatan
2	Risiko Persalinan Sesar	Lebih rendah	Lebih tinggi
3	Pemberian ASI Eksklusif	Meningkat	Rendah
4	Penurunan AKI/AKB	Signifikan, deteksi dini risiko	Terlambat
5	Biaya Pelayanan	Hemat (kurang intervensi)	Lebih mahal

Sumber: *Cochrane Review on Midwife-led Continuity Models* (2024)

Tabel di atas menjelaskan perbandingan antara model *Continuity of care* (CoC) dengan model pelayanan kesehatan ibu yang fragmented dalam pelayanan kebidanan. Pada model CoC, kepuasan ibu lebih tinggi karena terbangun hubungan percaya dengan bidan yang sama, sementara model fragmented menyebabkan kepuasan rendah akibat sering berganti tenaga kesehatan. Risiko persalinan sesar lebih rendah pada CoC dibandingkan lebih tinggi pada model fragmented. Pemberian ASI eksklusif meningkat signifikan dengan CoC, sedangkan rendah pada model fragmented. Penurunan angka kematian ibu dan bayi lebih signifikan melalui deteksi dini risiko di CoC, berbeda dengan keterlambatan pada model fragmented. Secara

biaya, CoC lebih hemat karena minim intervensi, sementara model fragmented cenderung lebih mahal.

Implementasi CoC di Indonesia sering dilakukan melalui program pendidikan profesi bidan, seperti *One Student One Client* (OSOC), di mana mahasiswa bidan mendampingi satu klien secara berkelanjutan. Di praktik mandiri bidan (PMB) atau puskesmas, CoC menjadi ujung tombak penurunan AKI/AKB. Namun, tantangan seperti jarak geografis dan beban kerja bidan masih menjadi hambatan, sehingga diperlukan dukungan kebijakan untuk memperluas model ini.

Konsep Asuhan *Continuity of care* dalam kebidanan merupakan pendekatan ideal yang mengintegrasikan pelayanan dari hulu hingga hilir, dengan fokus pada pemberdayaan perempuan dan kesinambungan perawatan. Melalui kemitraan bidan-ibu, CoC tidak hanya meningkatkan kesehatan fisik, tetapi juga kesejahteraan psikologis dan sosial. Di era di mana AKI dan AKB masih menjadi isu di Indonesia, penerapan CoC secara luas dapat menjadi solusi efektif. Bidan sebagai garda terdepan harus terus didukung melalui pendidikan dan regulasi untuk mewujudkan pelayanan berkualitas. Pada akhirnya, CoC membuktikan bahwa pelayanan kesehatan yang manusiawi dan berkelanjutan adalah kunci mencapai kesehatan ibu dan anak yang optimal.

## **B. Asuhan Kebidanan Kehamilan dengan *Hiperemesis gravidarum***

*Hiperemesis gravidarum* merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang sering terjadi pada trimester pertama, meskipun dokumen tertentu mungkin hanya menyebutkannya sebagai tanda bahaya tanpa pembahasan mendalam (Beyene et al., 2024). Kondisi ini ditandai dengan mual dan muntah yang berlebihan, sehingga mengganggu asupan nutrisi, menyebabkan dehidrasi, serta penurunan berat

badan signifikan. Berbeda dengan mual muntah biasa (emesis gravidarum) yang ringan dan fisiologis, *Hiperemesis gravidarum* bersifat patologis dan memerlukan asuhan kebidanan yang komprehensif untuk mencegah komplikasi pada ibu dan janin. Asuhan ini bertujuan untuk mengembalikan keseimbangan cairan dan elektrolit, meningkatkan nutrisi, serta memberikan dukungan psikologis, sehingga kehamilan dapat berlanjut dengan aman.

Pengertian *Hiperemesis gravidarum* adalah muntah berlebihan pada ibu hamil yang terjadi sepanjang hari, biasanya mulai pada usia kehamilan 6-12 minggu dan dapat berlangsung hingga trimester kedua. Prevalensinya sekitar 0,5-2% dari seluruh kehamilan di dunia, sementara di Indonesia berkisar 1-3%. Penyebab pasti belum diketahui secara pasti, tetapi diduga terkait peningkatan hormon human chorionic gonadotropin (hCG), estrogen, serta faktor psikologis seperti stres atau kehamilan tidak direncanakan. Faktor risiko meliputi primigravida, riwayat hiperemesis sebelumnya, kehamilan kembar, atau riwayat keluarga.

Gejala utama *Hiperemesis gravidarum* meliputi mual muntah lebih dari 3-4 kali sehari, hilang nafsu makan, penurunan berat badan lebih dari 5%, serta tanda dehidrasi seperti mulut kering, mata cekung, dan urin positif keton. Kondisi ini sering diklasifikasikan menjadi tiga tingkat:

1. Tingkat I (ringan)

Muntah berlebih tetapi masih bisa makan minum sedikit, tanpa dehidrasi berat.

2. Tingkat II (sedang)

Muntah persisten, dehidrasi ringan-sedang, ketonuria (++), penurunan berat badan.

### 3. Tingkat III (berat)

Muntah berhenti tetapi keadaan umum buruk, dehidrasi berat, gangguan elektrolit, bahkan ikterus atau komplikasi fatal.

Diagnosis ditegakkan secara klinis melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang seperti tes urin untuk keton, elektrolit darah, serta USG untuk menyingkirkan kelainan lain seperti kehamilan mola.

Asuhan kebidanan pada kasus ini mengikuti manajemen standar, sering menggunakan pendekatan 7 langkah Varney atau dokumentasi SOAP (Subjektif, Objektif, Asesmen, Plan). Pengkajian mencakup data subjektif (keluhan mual muntah, frekuensi, faktor pemicu) dan objektif (tanda vital, berat badan, turgor kulit, keton urin). Interpretasi data membantu mengidentifikasi tingkat keparahan dan potensi komplikasi seperti malnutrisi janin atau Wernicke encephalopathy akibat defisiensi vitamin.

Penatalaksanaan bersifat suportif dan bertahap. Pada tingkat ringan, asuhan dapat dilakukan rawat jalan dengan:

#### 1. Modifikasi diet

Makan sedikit tapi sering, makanan kering seperti biskuit sebelum bangun tidur, hindari makanan berminyak atau berbau kuat.

#### 2. Terapi nonfarmakologi

Minum air jahe, akupresur pada titik P6 (pergelangan tangan), istirahat cukup, dan dukungan psikologis untuk mengurangi stres.

#### 3. Suplementasi

Vitamin B6 (piridoksin), asam folat, atau tablet tambah darah jika diperlukan.

Pada tingkat sedang hingga berat, sering memerlukan rawat inap untuk rehidrasi intravena (cairan D5% atau RL), antiemetik seperti ondansetron atau metoclopramide, serta

kolaborasi dengan dokter untuk monitor elektrolit dan nutrisi parenteral jika perlu. Bidan berperan penting dalam pemantauan antenatal rutin, edukasi tanda bahaya (seperti pusing hebat atau perdarahan), serta evaluasi respons terapi.

Komplikasi yang mungkin timbul jika tidak ditangani tepat meliputi dehidrasi berat pada ibu, pertumbuhan janin terhambat, kelahiran prematur, atau bahkan abortus. Pada ibu, dapat terjadi gangguan hati, encephalopathy, atau ruptur esofagus. Oleh karena itu, pencegahan dini melalui kunjungan antenatal teratur sangat krusial, termasuk deteksi dini pada ibu berisiko tinggi.

Dalam praktik kebidanan di Indonesia, asuhan *Hiperemesis gravidarum* menekankan pendekatan holistik yang mencakup fisik, psikologis, dan sosial. Bidan tidak hanya memberikan intervensi medis, tetapi juga konseling untuk mengatasi dampak emosional seperti kecemasan atau depresi yang sering menyertai kondisi ini. Dengan manajemen yang tepat, sebagian besar kasus dapat teratasi tanpa komplikasi jangka panjang, dan gejala biasanya mereda setelah trimester pertama.

Meskipun *Hiperemesis gravidarum* merupakan tantangan signifikan pada trimester I, asuhan kebidanan yang sistematis dan berkelanjutan dapat secara efektif mengelola kondisi ini. Hal ini tidak hanya menjaga kesehatan ibu, tetapi juga mendukung perkembangan janin yang optimal. Penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu mengupdate pengetahuan berdasarkan bukti terkini, sehingga asuhan yang diberikan benar-benar komprehensif dan berorientasi pada kebutuhan pasien..

### **C. Deteksi Dini dan Penanganan Tanda Bahaya Kehamilan**

Kehamilan merupakan periode yang penuh harapan bagi calon orang tua, namun juga memerlukan kewaspadaan

tinggi terhadap potensi komplikasi. Deteksi dini tanda bahaya kehamilan sangat penting untuk mencegah risiko serius bagi ibu dan janin, seperti keguguran, preeklamsia, atau bahkan kematian (Nurul Widyawati et al., 2022). Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan organisasi kesehatan dunia seperti WHO, sekitar 10-15% kehamilan dapat mengalami komplikasi yang ditandai dengan gejala tertentu. Oleh karena itu, ibu hamil perlu memahami tanda-tanda tersebut, terutama pada setiap trimester, serta cara penanganannya yang tepat. Pemantauan rutin melalui antenatal care (ANC) minimal enam kali selama kehamilan menjadi kunci utama dalam mendeteksi masalah secara dini.

Pada trimester pertama, yang berlangsung hingga minggu ke-13, beberapa tanda bahaya sering muncul akibat perubahan hormonal drastis. Salah satunya adalah emesis gravidarum, yaitu mual dan muntah berlebihan yang melebihi morning sickness biasa. Kondisi ini dapat berkembang menjadi *Hiperemesis gravidarum*, di mana muntah terjadi terus-menerus hingga lebih dari tiga kali sehari, menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan signifikan, dan kekurangan nutrisi. *Hiperemesis gravidarum* memengaruhi sekitar 1-3% ibu hamil dan dapat membahayakan janin jika tidak ditangani. Selain itu, perdarahan vagina pada trimester ini sering menjadi indikasi keguguran atau kehamilan ektopik. Deteksi dini melalui pemeriksaan USG dan tes darah dapat membantu mengidentifikasi masalah ini sejak awal.

Memasuki trimester kedua, yaitu minggu ke-14 hingga ke-27, tanda bahaya biasanya berkaitan dengan tekanan darah dan fungsi organ. Penglihatan kabur, sakit kepala hebat yang tidak mereda, serta bengkak pada wajah, tangan, dan kaki sering kali menandakan awal preeklamsia. Preeklampsia ditandai dengan tekanan darah tinggi (di atas 140/90 mmHg) dan proteinuria (protein dalam urine), yang dapat menyebabkan

kerusakan ginjal atau hati jika tidak terdeteksi. Gejala ini muncul karena gangguan pada plasenta yang mengakibatkan aliran darah tidak optimal ke janin. Selain itu, gerakan janin yang berkurang, meskipun janin baru mulai terasa bergerak sekitar minggu ke-18-20, perlu diwaspadai sebagai indikasi kekurangan oksigen atau nutrisi pada janin.

Trimester ketiga, dari minggu ke-28 hingga persalinan, sering kali menunjukkan tanda bahaya yang lebih mendesak. Gerakan janin berkurang atau bahkan berhenti menjadi sinyal utama gawat janin, di mana ibu seharusnya merasakan minimal 10 gerakan dalam dua jam. Preeklampsia juga dapat memburuk pada fase ini, disertai perdarahan vagina yang mungkin disebabkan oleh solusio plasenta atau plasenta previa. Kondisi ini dapat mengancam nyawa jika tidak segera ditangani.

Penanganan tanda bahaya kehamilan harus dilakukan secara cepat dan tepat. Berikut adalah langkah-langkah umum berdasarkan jenis tanda:

1. *Hiperemesis gravidarum*

Istirahat cukup, makan dalam porsi kecil tapi sering, hindari pemicu bau, dan konsumsi jahe atau vitamin B6. Jika parah, rawat inap diperlukan untuk infus cairan, elektrolit, dan obat anti muntah.

2. Tanda preeklampsia (penglihatan kabur, sakit kepala hebat, bengkak)

Pemantauan tekanan darah rutin, istirahat total, dan obat antihipertensi jika diperlukan. Pada kasus berat, persalinan dini mungkin direkomendasikan.

3. Gerakan janin berkurang

Segera berbaring miring kiri, minum air dingin, dan hitung gerakan. Jika kurang dari 10 dalam dua jam, langsung ke fasilitas kesehatan untuk CTG (cardiotocography) atau USG Doppler.

Prinsip penanganan adalah segera mencari bantuan medis di puskesmas atau rumah sakit terdekat, tanpa menunda. Bawa buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) untuk catatan riwayat kehamilan.

Pencegahan dan deteksi dini menjadi faktor penentu keberhasilan kehamilan aman. Ibu hamil disarankan melakukan pemeriksaan ANC secara rutin, mengonsumsi tablet tambah darah, menjaga pola makan bergizi, serta menghindari stres berlebihan. Edukasi kepada keluarga juga penting agar mereka dapat mendukung dan mengenali tanda bahaya. Dengan kesadaran dan tindakan cepat, sebagian besar komplikasi dapat dicegah, sehingga ibu dan bayi dapat melewati kehamilan dengan selamat. Konsultasikan selalu dengan bidan atau dokter untuk panduan personal sesuai kondisi kehamilan.

#### **D. Pemantauan Status Nutrisi dan Hidrasi Ibu**

Kehamilan merupakan masa di mana tubuh ibu mengalami perubahan signifikan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin. Status nutrisi dan hidrasi yang optimal menjadi fondasi utama bagi kesehatan ibu serta janin. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) dan World Health Organization (WHO), kekurangan nutrisi pada ibu hamil dapat menyebabkan komplikasi seperti anemia, berat badan lahir rendah (BBLR), keguguran, hingga stunting pada anak. Sebaliknya, asupan berlebih juga berisiko menyebabkan obesitas, diabetes gestasional, dan preeklamsia. Pemantauan rutin status nutrisi dan hidrasi melalui pemeriksaan antenatal care (ANC) minimal delapan kali selama kehamilan sangat dianjurkan untuk mendeteksi dini masalah dan memberikan intervensi tepat waktu.

Pemantauan status nutrisi ibu hamil dilakukan dengan beberapa indikator sederhana namun efektif (Zhang et al.,

2024). Pertama, pengukuran berat badan secara berkala. Kenaikan berat badan ideal selama kehamilan bergantung pada Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum hamil, sesuai rekomendasi Institute of Medicine (IOM) yang diadopsi di banyak pedoman kesehatan, termasuk Indonesia. Berikut panduan kenaikan berat badan total selama kehamilan:

1. IMT <18,5 (kurus): 12,5–18 kg
2. IMT 18,5–24,9 (normal): 11–16 kg
3. IMT 25–29,9 (gemuk): 7–11 kg
4. IMT  $\geq$ 30 (obesitas): 5–9 kg

Pada trimester pertama, kenaikan biasanya minimal (1–2 kg), sedangkan pada trimester kedua dan ketiga, rata-rata 0,4–0,5 kg per minggu. Kedua, pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA). LILA <23,5 cm menandakan risiko Kurang Energi Kronis (KEK), yang perlu dipantau ketat karena berhubungan dengan pertumbuhan janin terhambat. Ketiga, pemeriksaan hemoglobin (Hb) untuk mendeteksi anemia, dengan target Hb >11 g/dL. Kemenkes RI merekomendasikan konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama kehamilan untuk mencegah anemia.

Kebutuhan nutrisi ibu hamil meningkat seiring trimester. Pada trimester pertama, fokus pada asam folat (400–600 mcg/hari) untuk mencegah cacat tabung saraf, serta protein (70–100 gram/hari) untuk pembentukan jaringan. Trimester kedua dan ketiga memerlukan tambahan kalori sekitar 300–500 kkal/hari, zat besi (27–30 mg/hari), kalsium (1000–1200 mg/hari), dan vitamin D (600 IU/hari). Sumber nutrisi seimbang meliputi karbohidrat kompleks, protein hewani/nabati, sayur, buah, serta susu. Pola makan disarankan kecil tapi sering untuk mengatasi mual, dengan menu beragam sesuai pedoman Isi Piringku dari Kemenkes RI.

Selain nutrisi, pemantauan hidrasi tidak kalah penting karena volume darah ibu meningkat hingga 50% selama

kehamilan. Kebutuhan cairan harian sekitar 2,5–3 liter atau 8–12 gelas air putih, ditambah dari buah seperti semangka atau blewah. Dehidrasi dapat menyebabkan kontraksi palsu, penurunan air ketuban, persalinan prematur, hingga gangguan perkembangan janin. Tanda-tanda dehidrasi yang perlu diwaspadai meliputi:

1. Urine berwarna kuning pekat atau jarang buang air kecil
2. Mulut dan bibir kering, haus berlebih
3. Pusing, lemas, atau sakit kepala
4. Kulit kurang elastis dan mata cekung (pada kasus berat)

Penanganan dehidrasi ringan dilakukan dengan meningkatkan asupan cairan secara bertahap dan istirahat. Jika disertai muntah berat (*Hiperemesis gravidarum*), segera konsultasi medis untuk infus jika diperlukan.

Pencegahan dan pemantauan mandiri dapat dilakukan dengan mencatat asupan makanan harian, minum air secara rutin, serta menghindari minuman berkafein tinggi. Keluarga berperan mendukung dengan menyediakan makanan bergizi dan mengingatkan jadwal ANC. Edukasi melalui kelas ibu hamil juga membantu meningkatkan kesadaran. Dengan pemantauan yang konsisten, risiko komplikasi dapat diminimalkan, sehingga kehamilan berjalan lancar dan bayi lahir sehat.

Pemantauan status nutrisi dan hidrasi adalah investasi jangka panjang bagi generasi mendatang. Konsultasikan selalu dengan bidan atau dokter untuk penyesuaian personal, karena setiap kehamilan unik. Dengan disiplin menjaga asupan gizi dan cairan, ibu hamil tidak hanya melindungi diri sendiri, tetapi juga memberikan fondasi terbaik bagi anak yang dikandung.

### **E. Dukungan Psikologis dan Edukasi Ibu Hamil**

Kehamilan bukan hanya proses fisik, tetapi juga melibatkan perubahan psikologis yang signifikan bagi ibu.

Dukungan psikologis dan edukasi yang tepat selama masa kehamilan dapat membantu ibu mengatasi kecemasan, depresi, dan ketidaknyamanan emosional, sehingga mendukung kesehatan ibu dan janin (Davis et al., 2024). Menurut data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan organisasi kesehatan dunia seperti WHO, sekitar 10-20% ibu hamil mengalami gangguan kesehatan mental, seperti depresi antenatal, yang dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, atau komplikasi lainnya. Oleh karena itu, perawatan asuhan kehamilan yang komprehensif mencakup pemeriksaan tanda bahaya sekaligus pendengaran aktif terhadap pertanyaan dan keluhan ibu, serta pengajaran cara menjaga kehamilan sehat dan menghindari hal-hal berbahaya.

Dalam pelayanan antenatal care (ANC), tenaga kesehatan seperti bidan atau dokter tidak hanya memeriksa kondisi fisik, tetapi juga memberikan ruang bagi ibu untuk menyampaikan kekhawatiran. Mendengarkan pertanyaan ibu secara empati membantu membangun kepercayaan dan mengurangi rasa isolasi. Selain itu, edukasi menjadi bagian krusial: ibu diajarkan tentang pola makan bergizi, istirahat cukup, olahraga ringan seperti senam hamil, serta larangan seperti merokok, konsumsi alkohol, atau paparan zat berbahaya. Edukasi ini juga mencakup informasi tentang tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, dan perawatan bayi baru lahir, yang dapat disampaikan melalui kelas ibu hamil atau konseling individu.

Adaptasi psikologis ibu hamil berbeda pada setiap trimester, dipengaruhi oleh perubahan hormonal, fisik, dan emosional. Berikut adalah gambaran utama:

#### 1. Trimester I

Ibu sering mengalami kekhawatiran dan ragu terhadap kehamilan, cemas akan kesehatan diri sendiri dan janin, serta khawatir melakukan hubungan seksual karena takut

membahayakan janin. Gejala seperti mual muntah hebat dapat memperburuk mood swing, membuat ibu merasa ambivalen senang sekaligus sedih atau lelah.

## 2. Trimester II

Periode ini sering disebut sebagai fase paling nyaman. Ibu mulai mengendalikan diri, menerima perubahan tubuh seperti perut yang membesar, dan aktif mencari informasi tentang kehamilan. Rasa bahagia muncul saat merasakan gerakan janin, membantu membangun ikatan emosional.

## 3. Trimester III

Ibu tidak sabar menanti kelahiran, tetapi kecemasan kembali muncul, terutama waspada terhadap tanda persalinan. Ketidaknyamanan fisik seperti nyeri punggung atau insomnia dapat memicu stres, ditambah kekhawatiran tentang proses melahirkan atau kesehatan bayi.

Dukungan psikologis sangat penting untuk membantu adaptasi ini. Dukungan utama datang dari keluarga, terutama suami, melalui kehadiran emosional, seperti mendampingi kunjungan ANC atau membantu pekerjaan rumah. Kurangnya dukungan sosial dapat meningkatkan risiko depresi. Tenaga kesehatan berperan memberikan dukungan moral, meyakinkan bahwa perubahan yang dirasakan normal, serta melakukan skrining dini gangguan mental menggunakan alat seperti Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Jika ditemukan gejala depresi atau kecemasan berat, rujukan ke psikolog atau psikiater diperlukan.

Edukasi juga menjadi alat pencegahan efektif. Melalui kelas ibu hamil, ibu belajar teknik relaksasi seperti pernapasan dalam atau yoga prenatal untuk mengurangi stres. Informasi tentang hubungan seksual yang aman selama kehamilan dapat menghilangkan kecemasan pada trimester pertama. Di Indonesia, program seperti kelas ibu hamil di puskesmas atau

posyandu mendukung ini, dengan fokus pada komunikasi interpersonal dan kelompok untuk berbagi pengalaman.

Dukungan psikologis dan edukasi bagi ibu hamil merupakan investasi penting dalam mewujudkan kehamilan yang sehat serta terciptanya keluarga yang harmonis. Pendekatan holistik dalam pelayanan antenatal care (ANC) yang mengintegrasikan pemeriksaan fisik, komunikasi empatik, serta pemberian edukasi yang tepat mampu membantu ibu memahami kondisi kehamilannya secara menyeluruh. Dengan demikian, risiko terjadinya gangguan kesehatan mental dapat diminimalkan. Peran keluarga dan masyarakat sangat diperlukan dalam menciptakan lingkungan yang suportif, sementara tenaga kesehatan bertanggung jawab melakukan deteksi dan intervensi dini secara profesional dan berkelanjutan.

Konsultasi secara rutin dengan bidan atau dokter sangat dianjurkan untuk memperoleh dukungan dan penanganan yang sesuai dengan kondisi masing-masing ibu hamil. Setiap kehamilan memiliki karakteristik yang berbeda, baik dari segi fisik, psikologis, maupun riwayat kesehatan, sehingga membutuhkan perhatian dan pendekatan yang individual. Dengan pendampingan tenaga kesehatan profesional, ibu hamil dapat memperoleh informasi yang tepat, deteksi dini terhadap komplikasi, serta asuhan kebidanan yang aman dan berkesinambungan guna menunjang kesehatan ibu dan perkembangan janin secara optimal.

\*\*\*\*\*

# BAB 4

## ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN

Persalinan merupakan momen penting dalam kehidupan seorang wanita yang menandai puncak dari proses kehamilan selama sembilan bulan. Asuhan kebidanan pada persalinan menjadi elemen utama dalam memastikan proses ini berlangsung secara aman, nyaman, dan bermartabat bagi ibu serta bayi yang akan dilahirkan. Bidan, sebagai tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi khusus dalam penanganan persalinan normal, bertanggung jawab untuk memberikan asuhan holistik yang mencakup pemantauan kondisi ibu dan janin, pendampingan emosional, serta intervensi yang tepat sesuai kebutuhan. Dalam era pelayanan kesehatan yang semakin menekankan pendekatan berpusat pada pasien, asuhan kebidanan tidak lagi hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga memperhatikan dimensi psikologis, sosial, dan spiritual ibu bersalin.

Penerapan asuhan kebidanan yang berkualitas pada persalinan juga turut berkontribusi dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir di Indonesia. Melalui pendekatan berbasis bukti, bidan melakukan penilaian berkala, mendeteksi dini tanda bahaya, serta memberikan dukungan non-farmakologis seperti teknik relaksasi, posisi nyaman, dan pemanfaatan air hangat untuk mengurangi rasa nyeri. Selain itu, komunikasi yang efektif dan pemberian informasi yang jelas kepada ibu serta keluarga menjadi kunci dalam membangun kepercayaan dan rasa aman selama proses persalinan.

## **A. Pengertian Persalinan**

Persalinan merupakan salah satu momen paling penting dalam kehidupan seorang wanita. Proses ini tidak hanya melibatkan aspek fisik, tetapi juga emosional dan spiritual yang mendalam. Persalinan didefinisikan sebagai proses pengeluaran hasil konsepsi, yaitu janin dan plasenta, yang telah mencapai usia cukup bulan melalui jalan lahir (Gu et al., 2020). Persalinan normal terjadi secara spontan pada kehamilan aterm (37–42 minggu), dengan presentasi belakang kepala janin, tanpa intervensi alat atau komplikasi signifikan pada ibu maupun bayi. Menurut standar kesehatan, persalinan normal merupakan proses fisiologis alami yang dimulai dengan kontraksi uterus teratur dan berakhir dengan kelahiran bayi serta plasenta. Proses ini tidak hanya mengeluarkan janin, tetapi juga menjadi pengalaman transformatif bagi wanita, yang sering kali membawa rasa pencapaian, ikatan emosional kuat dengan bayi, serta perubahan spiritual dalam memahami peran sebagai ibu.

Proses persalinan normal terbagi menjadi empat kala yang runtut dan saling berkaitan, memastikan kelahiran berlangsung aman dan lancar.

### **1. Kala I**

Tahap pembukaan serviks, dimulai dari kontraksi uterus teratur hingga pembukaan lengkap 10 cm. Tahap ini dibagi menjadi fase laten (pembukaan lambat hingga 4–6 cm) dan fase aktif (pembukaan cepat hingga lengkap). Durasi bisa mencapai 12–18 jam pada ibu primipara (melahirkan pertama kali) dan lebih singkat pada multipara.

### **2. Kala II**

Tahap pengeluaran janin, dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir. Ibu merasakan dorongan kuat untuk mengejan, dan proses ini biasanya berlangsung 1–2 jam pada primipara atau lebih cepat pada multipara.

### 3. Kala III

Tahap pengeluaran plasenta, dimulai setelah bayi lahir hingga plasenta keluar sepenuhnya, biasanya dalam 15–30 menit.

### 4. Kala IV

Tahap pemantauan pascapersalinan, selama 1–2 jam setelah plasenta lahir, untuk memastikan stabilitas ibu dan bayi, termasuk inisiasi menyusui dini (IMD).

Keberhasilan persalinan normal dipengaruhi oleh beberapa faktor utama yang saling berinteraksi, sering disebut sebagai "5P":



Gambar 4.1 Faktor Utama Keberhasilan Persalinan

Gambar di atas menjelaskan faktor utama yang memengaruhi keberhasilan persalinan, yang dikenal sebagai lima komponen penting. Faktor pertama adalah power, yaitu kekuatan kontraksi uterus dan kemampuan ibu dalam mengejan. Kontraksi yang adekuat dan terkoordinasi sangat menentukan kemajuan persalinan. Faktor kedua adalah passenger, yang berkaitan dengan kondisi janin, meliputi ukuran, posisi, sikap, dan presentasi janin di jalan lahir. Janin dengan posisi dan ukuran yang sesuai akan mempermudah

proses persalinan. Faktor ketiga adalah passage, yaitu kondisi jalan lahir ibu, termasuk bentuk dan ukuran panggul, elastisitas serviks, serta vagina yang harus memadai agar janin dapat lahir dengan aman. Faktor keempat adalah psikologis, yang mencakup kondisi mental ibu, seperti rasa tenang, percaya diri, dan adanya dukungan emosional dari keluarga maupun tenaga kesehatan. Faktor terakhir adalah penolong, yaitu peran bidan atau dokter yang kompeten dalam memberikan asuhan sayang ibu dan sayang bayi sehingga persalinan berlangsung aman dan nyaman.

Sebelum persalinan dimulai, tubuh ibu memberikan berbagai tanda yang menandakan proses akan segera berlangsung. Beberapa tanda utama meliputi turunnya posisi janin ke panggul (lightening), keluarnya lendir bercampur darah (bloody show), kontraksi teratur yang semakin kuat, pecah ketuban, serta nyeri punggung atau kram perut yang intens. Tanda-tanda ini bisa muncul beberapa hari hingga 24 jam sebelum persalinan aktif. Jika ketuban pecah atau kontraksi terjadi setiap 5 menit, segera hubungi fasilitas kesehatan untuk menghindari risiko infeksi atau komplikasi.

Persiapan yang matang sangat penting untuk mendukung persalinan normal. Secara fisik, ibu hamil disarankan menjaga nutrisi seimbang, olahraga ringan seperti senam hamil, dan istirahat cukup. Persiapan mental mencakup edukasi tentang proses persalinan, teknik relaksasi, dan pernapasan. Pilih fasilitas kesehatan yang mendukung persalinan normal, serta tentukan pendamping seperti suami atau keluarga. Siapkan tas persalinan berisi perlengkapan ibu dan bayi, serta rencana transportasi darurat.

Persalinan normal memberikan banyak manfaat bagi ibu dan bayi. Bagi ibu, pemulihan lebih cepat (hanya 1–2 hari rawat inap), risiko komplikasi lebih rendah, ikatan emosional dengan bayi lebih kuat melalui IMD, serta rasa pencapaian

psikologis. Bagi bayi, paparan bakteri baik di jalan lahir meningkatkan sistem kekebalan, pernapasan lebih optimal, dan risiko masalah kesehatan jangka panjang seperti obesitas atau diabetes lebih rendah. Secara keseluruhan, persalinan normal mendukung kesehatan optimal jangka panjang bagi keduanya.

Persalinan adalah proses alamiah yang penuh makna, meskipun menantang. Dengan pemahaman mendalam tentang pengertian, tahapan, faktor pengaruh, tanda-tanda, persiapan, dan manfaatnya, ibu hamil dapat menghadapinya dengan lebih percaya diri. Dukungan dari keluarga, tenaga kesehatan, dan lingkungan sangat krusial untuk menciptakan pengalaman positif. Persalinan normal tidak hanya melahirkan seorang bayi, tetapi juga memperkuat ikatan keluarga dan kesehatan generasi mendatang. Konsultasikan selalu dengan dokter atau bidan untuk persiapan pribadi yang optimal.

## **B. Sebab-Sebab Terjadinya Persalinan**

Persalinan merupakan proses fisiologis yang sangat kompleks dan hingga saat ini belum sepenuhnya dipahami secara pasti oleh ilmu kedokteran (Gomez-Lopez et al., 2022). Meskipun demikian, berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan mengapa persalinan dimulai tepat pada usia kehamilan cukup bulan. Onset persalinan melibatkan interaksi rumit antara faktor hormonal, mekanik, dan sinyal dari janin serta plasenta. Perubahan-perubahan ini menggeser rahim dari fase istirahat panjang (*quiescence*) menjadi fase kontraksi aktif, disertai pematangan serviks dan akhirnya pengeluaran janin.

Teori-teori yang ada tidak saling bertentangan, melainkan saling melengkapi dalam satu cascade biologis yang harmonis. Berikut ini akan diuraikan beberapa teori utama yang paling sering dibahas dalam literatur kebidanan.

1. Teori penurunan kadar hormon progesteron (*progesterone withdrawal*).

Selama kehamilan, progesteron berperan dominan dalam menjaga relaksasi rahim dengan menghambat kontraksi miometrium, mengurangi pembentukan gap junction antar sel otot rahim, serta menekan sensitivitas terhadap oksitosin dan prostaglandin. Menjelang aterm, terjadi pergeseran keseimbangan progesteron-estrogen. Pada manusia, kadar progesteron dalam darah tidak turun drastis seperti pada beberapa spesies hewan, tetapi efektivitas fungsionalnya menurun (*functional progesterone withdrawal*). Estrogen kemudian mendominasi, meningkatkan ekspresi reseptor oksitosin, protein kontraktil, dan enzim penghasil prostaglandin, sehingga memicu kontraksi uterus yang teratur.

2. Teori oksitosin

Oksitosin dikenal sebagai hormon uterotonik paling kuat. Kadar oksitosin dalam sirkulasi maternal tidak selalu meningkat signifikan sebelum persalinan dimulai, tetapi jumlah reseptor oksitosin di miometrium dan decidua melonjak hingga ratusan kali lipat menjelang akhir kehamilan. Peningkatan reseptor ini dipengaruhi oleh estrogen dan membuat rahim sangat sensitif terhadap oksitosin, baik yang dilepaskan dari hipofisis posterior ibu maupun dari janin. Reflex Ferguson tekanan bagian terendah janin pada serviks bawah juga merangsang pelepasan oksitosin lebih lanjut, menciptakan lingkaran positif yang memperkuat kontraksi.

3. Teori prostaglandin

Prostaglandin E2 (PGE2) dan PGF2 $\alpha$  merupakan mediator lokal yang sangat penting. Kadar prostaglandin meningkat tajam di decidua, membran amnion-korion, dan miometrium menjelang persalinan. Hormon ini tidak hanya

mematangkan serviks melalui degradasi kolagen dan peningkatan hidrasi jaringan, tetapi juga meningkatkan kontraktilitas uterus serta merangsang pelepasan oksitosin. Berbagai stimulus seperti inflamasi steril, peregangan rahim, atau sinyal janin dapat memicu sintesis prostaglandin, yang kemudian bekerja sinergis dengan oksitosin untuk memulai dan mempertahankan persalinan.

4. Teori plasenta menjadi tua (placental aging)

Seiring bertambahnya usia kehamilan, fungsi plasenta menurun secara fisiologis. Terjadi kalsifikasi, infark, dan penurunan perfusi yang menyebabkan produksi hormon plasenta seperti progesteron dan *human placental lactogen* (hPL) berkurang. Sebaliknya, produksi *corticotropin-releasing hormone* (CRH) plasenta meningkat, yang merangsang sumbu HPA janin sehingga kadar kortisol janin naik. Kortisol janin ini memicu maturasi organ seperti paru, sekaligus meningkatkan produksi estrogen maternal dan prostaglandin, sehingga memulai persalinan sebagai mekanisme adaptif untuk mencegah hipoksia janin akibat suplai oksigen dan nutrisi yang semakin terbatas.

5. Teori distensi rahim (*uterine stretch*)

Pertumbuhan janin dan volume cairan amnion menyebabkan peregangan dinding rahim yang semakin maksimal. Peregangan ini merangsang ekspresi gen kontraktil lokal, meningkatkan pembentukan gap junction, serta memicu produksi prostaglandin di miometrium dan membran janin. Prinsip ini mirip dengan hukum fisiologi organ berongga: ketika teregang berlebihan, organ akan berkontraksi untuk mengeluarkan isinya.

6. Teori iritasi mekanik

Tekanan bagian terendah janin pada serviks bawah mengiritasi pleksus saraf (*ganglion cervikalis*) di belakang serviks. Iritasi ini mengirim impuls saraf ke hipotalamus,

yang kemudian memicu pelepasan oksitosin dari hipofisis posterior serta meningkatkan produksi prostaglandin lokal. Teori ini menjelaskan mengapa persalinan sering dimulai setelah janin turun ke panggul (*engagement*).

Keseluruhan teori tersebut menunjukkan bahwa onset persalinan merupakan hasil integrasi sinyal dari janin (*maturity signal*), plasenta, dan ibu. Pada manusia, aktivasi sumbu HPA janin dan peningkatan CRH plasenta dianggap sebagai "jam biologis" utama yang mengoordinasikan semua perubahan. Proses ini juga melibatkan inflamasi fisiologis tanpa infeksi, yang mempersiapkan rahim untuk kontraksi efektif.

Pemahaman tentang sebab-sebab terjadinya persalinan memiliki implikasi klinis yang penting. Pengetahuan ini membantu tenaga kesehatan dalam mencegah persalinan prematur (misalnya dengan pemberian progesteron pada kasus berisiko), menginduksi persalinan bila diperlukan, atau mengenali tanda-tanda persalinan yang abnormal. Meskipun masih banyak misteri yang belum terpecahkan, perkembangan ilmu terus membawa pemahaman yang lebih baik untuk mendukung persalinan yang aman dan fisiologis.

Persalinan tetap merupakan proses alamiah yang menakjubkan, hasil harmoni sempurna antara ibu dan janin. Dengan memahami teori-teori ini, calon ibu dan tenaga kesehatan dapat lebih siap menghadapi momen sakral tersebut, serta memberikan asuhan yang berbasis bukti untuk kesehatan optimal ibu dan bayi.

### **C. Tahapan dan Mekanisme Persalinan**

Persalinan normal merupakan proses fisiologis yang dialami oleh ibu hamil untuk mengeluarkan janin beserta plasenta dari dalam rahim (Campbell et al., 2025). Proses ini dibagi menjadi empat kala utama, yaitu kala I (pembukaan), kala II (pengeluaran bayi), kala III (pengeluaran plasenta), dan

kala IV (pemantauan pasca persalinan). Setiap kala memiliki tahapan dan mekanisme spesifik yang saling berkaitan, dipengaruhi oleh kontraksi uterus (his), tenaga meneran ibu, serta adaptasi janin terhadap jalan lahir. Pemahaman terhadap tahapan ini penting untuk memastikan persalinan berjalan lancar dan aman, baik bagi ibu maupun bayi. Tahapan tersebut sebagai berikut:

#### 1. Kala I

Merupakan tahap terpanjang dalam persalinan, dimulai dari his pertama yang teratur hingga tercapai pembukaan serviks lengkap (10 cm). Pada tahap ini, serviks mengalami penipisan (effacement) dan pembukaan (dilatasi) akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan sering. Kala I terbagi menjadi dua fase utama: fase laten dan fase aktif. Fase laten berlangsung dari pembukaan 0 hingga sekitar 3-4 cm, dengan durasi rata-rata sekitar 8 jam pada ibu primipara (melahirkan pertama kali) dan lebih pendek pada multipara. Kontraksi pada fase ini masih ringan hingga sedang, dengan interval 5-20 menit dan durasi 30-45 detik. Ibu biasanya masih dapat beraktivitas normal, meskipun mulai merasakan nyeri.

Fase aktif dimulai ketika pembukaan mencapai 4 cm dan berlangsung hingga 10 cm. Fase ini dibagi lagi menjadi tiga subfase: akselerasi (3-4 cm hingga 4-9 cm, dengan kecepatan dilatasi meningkat), dilatasi maksimal (4-9 cm, kecepatan tertinggi sekitar 1 cm/jam pada primipara dan 1-2 cm/jam pada multipara), serta deselerasi (9-10 cm, kecepatan melambat). Durasi fase aktif rata-rata 4-8 jam pada primipara dan lebih singkat pada multipara. Kontraksi menjadi lebih intens, dengan frekuensi 3-5 kali dalam 10 menit dan durasi 40-60 detik. Pada akhir kala I, ketuban sering pecah secara spontan, dan ibu merasakan dorongan meneran yang kuat. Mekanisme pada kala I terutama

melibatkan penurunan kepala janin (*descent*) dan penyesuaian posisi (*engagement*) ke dalam panggul ibu, yang menjadi dasar bagi gerakan selanjutnya.

## 2. Kala II

Dimulai setelah pembukaan lengkap hingga bayi lahir sepenuhnya. Ini merupakan tahap pengeluaran janin, di mana ibu aktif meneran mengikuti kontraksi uterus. Durasi rata-rata 1-2 jam pada primipara dan 30-60 menit pada multipara. Mekanisme persalinan pada kala ini dikenal sebagai seven cardinal movements atau tujuh gerakan utama janin untuk menyesuaikan diri dengan jalan lahir:

### a. Engagement

Kepala janin masuk ke pintu atas panggul.

### b. Descent

Penurunan kepala janin secara bertahap, dibantu tekanan cairan amnion dan kontraksi uterus.

### c. Flexion

Kepala janin menekuk ke dada untuk meminimalkan diameter yang melewati panggul.

### d. Internal rotation

Kepala janin berputar untuk menyesuaikan dengan diameter panggul.

### e. Extension

Kepala janin ekstensi saat melewati vulva, sehingga lahir dahulu ubun-ubun kecil kemudian bagian belakang kepala.

### f. Restitution dan external rotation

Kepala janin berputar kembali untuk menyelaraskan dengan bahu.

### g. Expulsion

Pengeluaran bahu dan seluruh tubuh janin.

Gerakan-gerakan ini memastikan janin melewati panggul ibu dengan aman, menghindari komplikasi seperti distosia bahu.

### 3. Kala III

Berlangsung setelah bayi lahir hingga plasenta dan selaput ketuban keluar. Durasi normal 5-30 menit, baik pada primipara maupun multipara. Mekanisme utama adalah pemisahan plasenta dari dinding uterus akibat kontraksi yang terus berlanjut, diikuti pengeluaran melalui mekanisme Duncan (plasenta lahir dari pinggir) atau Schultze (dari tengah). Tanda-tanda pemisahan meliputi perdarahan segar, memanjangnya tali pusat, dan uterus menjadi keras serta naik ke atas. Penanganan aktif dengan suntikan oksitosin sering dilakukan untuk mencegah perdarahan berlebih.

Kala IV merupakan periode pemantauan selama 1-2 jam pertama pasca lahirnya plasenta. Meskipun sering dianggap tahap pemulihan, ini adalah masa kritis karena risiko perdarahan postpartum tertinggi terjadi di sini. Mekanisme utama adalah involusi uterus yang cepat, di mana uterus berkontraksi untuk menutup pembuluh darah terbuka di tempat implantasi plasenta. Pemantauan meliputi tanda vital ibu, kontraksi uterus, dan jumlah perdarahan (normal kurang dari 500 ml). Inisiasi menyusui dini juga didorong untuk merangsang pelepasan oksitosin alami.

Tahapan dan mekanisme persalinan ini saling berkesinambungan, dipengaruhi oleh faktor ibu (paritas, usia, nutrisi), janin (posisi, ukuran), dan lingkungan (dukungan tenaga kesehatan). Persalinan normal yang lancar memerlukan pemantauan ketat menggunakan partograf untuk mendeteksi penyimpangan dini. Dengan pemahaman yang baik, proses ini dapat menjadi pengalaman positif bagi ibu dan keluarga, sekaligus menjamin kesehatan optimal bagi bayi baru lahir.

#### **D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan**

Proses persalinan merupakan salah satu peristiwa fisiologis paling penting dalam kehidupan seorang wanita, yang melibatkan pengeluaran janin, plasenta, dan selaput ketuban dari rahim (Gomez-Lopez et al., 2021). Persalinan normal terjadi ketika semua elemen pendukung bekerja secara harmonis, menghasilkan kelahiran yang aman bagi ibu dan bayi. Namun, proses ini dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi.

Dalam ilmu kebidanan, faktor-faktor tersebut sering dirangkum dalam kerangka lima P (5P): Power (kekuatan), Passage (jalan lahir), Passenger (janin), Position (posisi ibu), dan Psyche (kondisi psikologis). Kerangka ini membantu memahami mengapa persalinan dapat berjalan lancar atau mengalami hambatan, sehingga memungkinkan intervensi dini jika diperlukan. Berikut ini penjelasan rincinya:

1. Power merujuk pada kekuatan kontraksi uterus (his) dan tenaga mengejan ibu.

Kontraksi uterus yang efektif harus teratur, semakin kuat, dan semakin lama durasinya untuk membuka serviks serta mendorong janin turun. His yang baik dipengaruhi oleh hormon seperti oksitosin dan prostaglandin. Selain itu, tenaga mengejan pada kala II persalinan bergantung pada kondisi fisik ibu, seperti kekuatan otot dan tingkat kelelahan. Jika power tidak memadai, misalnya akibat induksi yang tidak optimal atau penggunaan anestesi epidural, proses persalinan dapat memanjang atau memerlukan bantuan seperti vakum atau forceps.

2. Passage atau jalan lahir mencakup struktur panggul ibu, serviks, vagina, dan jaringan lunak di sekitarnya.

Panggul yang ideal memiliki ukuran dan bentuk yang memadai, seperti tipe ginekoid, untuk memungkinkan janin lewat dengan mudah. Kelainan panggul, seperti panggul

sempit akibat faktor genetik, malnutrisi, atau riwayat trauma, dapat menyebabkan distosia. Serviks juga harus melunak, menipis (efasemen), dan membuka (dilatasi) secara progresif. Faktor lingkungan seperti gizi ibu selama kehamilan turut memengaruhi kelenturan jaringan lunak ini.

3. Faktor ketiga adalah Passenger, yaitu janin beserta plasenta dan selaput ketuban.

Ukuran janin, posisi (*presentasi*), letak, dan sikap janin sangat menentukan kelancaran persalinan. Presentasi kepala (*occiput anterior*) adalah yang paling optimal, sementara posisi sungsang atau melintang sering memerlukan intervensi seperti *sectio caesarea*. Berat janin yang berlebih (*makrosomia*) atau kelainan bawaan juga dapat menghambat proses. Selain itu, plasenta yang berfungsi normal mendukung oksigenasi janin selama persalinan, sehingga gangguan plasenta dapat memperburuk kondisi.

4. Position atau posisi ibu selama persalinan memainkan peran penting.

Posisi tegak, seperti berjongkok atau berjalan, memanfaatkan gravitasi untuk membantu penurunan janin dan mengurangi tekanan pada jalan lahir. Sebaliknya, posisi terlentang dapat memperlambat proses karena menekan pembuluh darah besar dan mengurangi efisiensi kontraksi. Penelitian menunjukkan bahwa kebebasan bergerak selama kala I meningkatkan kenyamanan dan mempercepat persalinan.

5. Psyche atau kondisi psikologis ibu sering menjadi faktor penentu yang kurang mendapat perhatian.

Kecemasan, ketakutan, atau stres dapat melepaskan hormon katekolamin yang menghambat kontraksi uterus dan memperlambat persalinan. Sebaliknya, rasa aman, dukungan dari pendamping, dan lingkungan yang tenang mendorong

pelepasan oksitosin alami, sehingga mempercepat proses. Faktor psikologis ini saling terkait dengan yang lain; misalnya, rasa takut dapat mengurangi efektivitas tenaga mengejan.

Kelima faktor ini tidak berdiri sendiri, melainkan saling memengaruhi. Misalnya, psyche yang buruk dapat melemahkan power, sementara passage yang sempit memaksa passenger menyesuaikan posisi. Selain 5P, faktor pendukung lain seperti usia ibu, paritas, gizi, dan penolong persalinan juga berperan. Usia di bawah 20 atau di atas 35 tahun meningkatkan risiko komplikasi, sementara paritas tinggi dapat melonggarkan jaringan namun juga meningkatkan risiko perdarahan.

Dalam praktik klinis, pemahaman terhadap faktor-faktor ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk mengantisipasi risiko dan memberikan dukungan optimal. Persalinan yang lancar tidak hanya bergantung pada kondisi fisik, tetapi juga kesiapan mental dan lingkungan yang mendukung. Dengan persiapan antenatal yang baik, termasuk edukasi tentang 5P, ibu dapat lebih percaya diri menghadapi persalinan.

Proses persalinan mencerminkan keseimbangan kompleks antara tubuh ibu, janin, dan faktor eksternal. Pengenalan dini terhadap penyimpangan pada salah satu faktor dapat mencegah komplikasi serius, seperti distosia atau sectio caesarea darurat. Oleh karena itu, pendekatan holistik yang memperhatikan semua aspek ini menjadi kunci untuk mencapai persalinan yang aman dan memuaskan bagi ibu dan bayi.

## **E. Tanda-Tanda Persalinan dan Kesiapan Ibu**

Persalinan merupakan puncak dari proses kehamilan yang telah berlangsung selama sekitar 40 minggu. Bagi ibu hamil, terutama yang pertama kali mengalami, pengenalan tanda-tanda persalinan menjadi sangat penting untuk

menghindari kepanikan, memastikan tindakan tepat waktu, dan mencapai hasil persalinan yang optimal. Tanda-tanda persalinan dapat dibedakan menjadi tanda pendahulu (yang muncul beberapa minggu atau hari sebelum persalinan sesungguhnya) dan tanda persalinan mulai (yang menunjukkan proses persalinan sudah aktif) (Bashir et al., 2025). Selain itu, kesiapan ibu baik fisik maupun mental sangat menentukan kelancaran proses tersebut. Pemahaman yang baik terhadap kedua aspek ini memungkinkan ibu dan keluarga untuk merencanakan kunjungan ke fasilitas kesehatan pada saat yang tepat.

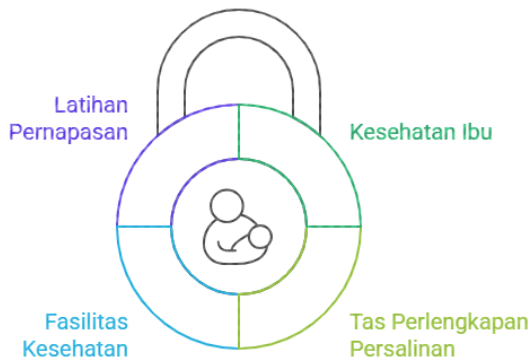
Tanda persalinan mulai atau inpartu menunjukkan bahwa proses persalinan telah benar-benar aktif dan ibu sebaiknya segera menuju fasilitas kesehatan. Tanda utama yang paling dapat diandalkan adalah:

1. Kontraksi uterus yang teratur, semakin kuat, semakin lama, dan semakin sering (biasanya setiap 5–10 menit dengan durasi 45–60 detik). Kontraksi ini terasa dari punggung menyebar ke perut bagian bawah dan tidak hilang meskipun ibu mengubah posisi atau beristirahat.
2. Keluarnya air ketuban secara tiba-tiba atau merembes perlahan. Cairan ketuban biasanya bening atau sedikit kekuningan. Jika berwarna hijau atau bercampur mekonium, segera ke rumah sakit karena dapat menandakan distress janin.
3. Keluarnya lendir bercampur darah yang lebih banyak dibandingkan bloody show sebelumnya.

Ketika salah satu atau kombinasi tanda ini muncul, terutama pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), ibu dianjurkan segera berangkat ke sarana kesehatan. Aturan praktis yang sering diajarkan adalah “5-1-1” untuk primigravida (ibu hamil pertama): kontraksi setiap 5 menit, durasi 1 menit, selama 1 jam berturut-turut. Untuk

multigravida (ibu yang pernah melahirkan sebelumnya), aturan “7-1-1” atau bahkan lebih cepat sering digunakan karena persalinan biasanya lebih singkat.

Selain mengenali tanda-tanda klinis, kesiapan ibu secara fisik dan mental memegang peranan penting dalam keberhasilan asuhan kebidanan. Kondisi fisik yang stabil mendukung proses pemulihan, sementara kesiapan mental membantu ibu menghadapi perubahan selama kehamilan, meningkatkan kepatuhan terhadap anjuran tenaga kesehatan, serta memperkuat kemampuan adaptasi terhadap kondisi yang dialami.



Gambar 4.2 Persiapan Persalinan

Berdasarkan pada gambar di atas dapat diketahui bahwa kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan sangat dipengaruhi oleh kondisi kesehatan yang optimal selama kehamilan, ditandai dengan kadar hemoglobin yang normal, tidak adanya hipertensi maupun diabetes gestasional yang tidak terkontrol, serta peningkatan berat badan sesuai dengan usia kehamilan. Selain itu, ibu perlu mempersiapkan tas perlengkapan persalinan sejak dini yang berisi pakaian ibu dan

bayi, dokumen medis, serta kebutuhan pribadi lainnya. Pemilihan fasilitas kesehatan dan penolong persalinan juga harus disesuaikan dengan tingkat risiko kehamilan untuk menjamin keamanan ibu dan bayi. Dukungan persiapan ini diperkuat melalui latihan pernapasan dan relaksasi yang diperoleh dari kelas antenatal, sehingga ibu lebih siap secara fisik dan mental saat menghadapi proses persalinan.

Sementara itu, kesiapan mental mencakup pemahaman proses persalinan, pengelolaan rasa takut, dan dukungan emosional dari pasangan atau keluarga. Rasa cemas yang berlebihan dapat memicu pelepasan hormon stres yang menghambat produksi oksitosin, sehingga memperlambat persalinan. Dukungan pendamping persalinan (doula atau suami) yang terlatih dapat meningkatkan rasa aman dan mengurangi kebutuhan intervensi medis.

Pengenalan tanda-tanda persalinan dan kesiapan ibu merupakan bagian integral dari perawatan kehamilan yang berkualitas. Edukasi antenatal yang rutin, kunjungan ke bidan atau dokter kandungan, serta diskusi terbuka dengan keluarga membantu ibu menghadapi persalinan dengan percaya diri. Ketika tanda-tanda muncul pada waktu yang tepat dan ibu telah siap secara holistik, peluang untuk mengalami persalinan normal yang aman dan memuaskan akan semakin besar. Proses ini bukan hanya tentang kelahiran bayi, tetapi juga tentang pemberdayaan ibu sebagai bagian dari pengalaman hidup yang tak terlupakan.

## **F. Penatalaksanaan Persalinan pada Ibu dengan Riwayat Hiperemesis**

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan kondisi mual dan muntah berat selama kehamilan, terutama pada trimester pertama, yang dapat menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat sebelum hamil, serta gangguan

elektrolit dan nutrisi (Anderson et al., 2024). Kondisi ini memengaruhi sekitar 0,3-3% kehamilan dan sering kali memerlukan rawat inap untuk rehidrasi dan pengobatan antiemetik. Meskipun gejala HG biasanya mereda setelah trimester pertama, riwayat HG pada kehamilan sebelumnya dapat meningkatkan risiko rekurensi hingga 80% pada kehamilan berikutnya. Namun, penatalaksanaan persalinan pada ibu dengan riwayat HG tidak berbeda secara signifikan dari persalinan normal, kecuali adanya pemantauan lebih ketat terhadap potensi komplikasi maternal dan janin akibat dampak nutrisi sebelumnya.

Penting untuk memahami bahwa HG jarang berlanjut hingga akhir kehamilan, sehingga proses persalinan umumnya bersifat fisiologis. Penatalaksanaan antenatal yang baik, termasuk pengelolaan nutrisi dan hidrasi selama trimester awal, menjadi kunci untuk meminimalkan risiko. Studi menunjukkan bahwa ibu dengan riwayat HG memiliki risiko lebih tinggi terhadap beberapa outcome persalinan, seperti kelahiran prematur, berat badan lahir rendah (BBLR), dan bayi kecil untuk usia gestasi (small for gestational age/SGA).

Meta-analisis dari berbagai penelitian menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan risiko komplikasi kehamilan pada ibu dengan *Hiperemesis gravidarum*. Namun, peningkatan risiko tersebut tidak selalu bermakna secara klinis apabila kondisi *Hiperemesis gravidarum* dapat dikendalikan dengan penatalaksanaan yang tepat dan berkesinambungan. Pengelolaan yang baik, meliputi terapi medis, pemantauan status gizi, keseimbangan cairan, serta dukungan psikologis, berperan penting dalam menurunkan dampak negatif terhadap kesehatan ibu dan janin. Pendekatan multidisiplin juga dinilai efektif dalam mencegah komplikasi lanjutan.

Untuk memperjelas risiko outcome persalinan, berikut adalah tabel perbandingan berdasarkan data dari meta-analisis dan studi kohort besar:

Tabel 5.1  
Risiko Outcome Persalinan pada Ibu dengan Riwayat  
*Hiperemesis gravidarum* Dibandingkan Tanpa HG

No	Outcome Persalinan	Risiko Relatif (Odds Ratio)	Keterangan
1	Kelahiran Prematur (<37 minggu)	1.32 (95% CI: 1.04-1.68)	Peningkatan risiko sedang, terkait malnutrisi maternal
2	Berat Badan Lahir Rendah (<2500 g)	1.28 (95% CI: 1.02-1.60)	Lebih sering pada HG berat, tetapi jarang jika nutrisi dikoreksi
3	Small for Gestational Age (SGA)	Variabel (1.1-1.5)	Terkait penurunan berat badan maternal <7 kg selama kehamilan
4	Masuk NICU atau Resusitasi Neonatal	Meningkat (data terbatas)	Risiko lebih tinggi pada kasus HG tidak terkontrol
5	Makrosomia atau Stillbirth	Menurun	HG justru melindungi dari outcome ini

Sumber: *European Journal of Obstetrics & Gynecology* (2023)

Tabel di atas menjelaskan outcome persalinan pada kasus Hyperemesis Gravidarum (HG) beserta risiko relatifnya. Kelahiran prematur (<37 minggu) memiliki odds ratio 1,32 (95% CI: 1,04-1,68), menunjukkan peningkatan risiko sedang yang terkait malnutrisi maternal. Berat badan lahir rendah (<2500 g) dengan odds ratio 1,28 (95% CI: 1,02-1,60) lebih sering terjadi pada HG berat, meski jarang jika nutrisi dikoreksi. Small for Gestational Age (SGA) bervariasi (1,1-

1,5), terutama jika penurunan berat badan maternal <7 kg. Masuk NICU atau resusitasi neonatal meningkat pada HG tidak terkontrol, sementara makrosomia dan stillbirth justru menurun, sehingga HG memberikan efek protektif terhadap outcome tersebut.

Dalam praktik klinis, penatalaksanaan persalinan melibatkan pendekatan multidisiplin. Selama kala I persalinan, pemantauan hidrasi dan elektrolit tetap penting karena riwayat dehidrasi sebelumnya dapat memengaruhi toleransi ibu terhadap nyeri dan kontraksi. Pemberian cairan intravena (IV) rutin direkomendasikan jika ada tanda dehidrasi ringan. Antiemetik seperti ondansetron atau metoklopramid dapat diberikan jika mual kambuh, meskipun jarang terjadi pada akhir kehamilan. Pada kala II, fokus pada pencegahan perdarahan postpartum karena risiko gangguan koagulasi akibat defisiensi nutrisi sebelumnya. Pemantauan janin intensif dianjurkan, termasuk cardiotocography (CTG) kontinu, mengingat risiko SGA atau prematuritas.

Selain itu, aspek psikologis tidak boleh diabaikan. Riwayat HG sering dikaitkan dengan *posttraumatic stress disorder* (PTSD) atau kecemasan perinatal, yang dapat memengaruhi proses persalinan. Dukungan psikologis, termasuk konseling pra-persalinan, membantu meningkatkan kenyamanan ibu. Jika diperlukan, induksi persalinan atau *sectio caesarea* dapat dipertimbangkan berdasarkan indikasi obstetrik standar, bukan semata karena riwayat HG. Secara keseluruhan, dengan pengelolaan antenatal yang optimal, sebagian besar ibu dengan riwayat HG dapat menjalani persalinan pervaginam spontan dengan outcome baik.

\*\*\*\*\*

# BAB 5

## ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

Bayi baru lahir merupakan tahap awal kehidupan yang penuh kerentanan, di mana adaptasi dari lingkungan intrauterin ke dunia eksternal memerlukan perhatian khusus dari tenaga kesehatan. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir bertujuan untuk memastikan transisi yang aman dan optimal, mencakup pemantauan tanda-tanda vital, pencegahan hipotermi, serta inisiasi menyusui dini (Daniel et al., 2025). Proses ini tidak hanya melibatkan intervensi fisik, tetapi juga pendekatan holistik yang mempertimbangkan aspek emosional orang tua, sehingga membangun fondasi kesehatan jangka panjang. Dengan prinsip *evidence-based*, bidan berperan sebagai penjaga gerbang dalam mengidentifikasi risiko dini seperti asfiksia atau infeksi, yang dapat dicegah melalui prosedur standar seperti resusitasi neonatus jika diperlukan.

Pendekatan asuhan ini mengintegrasikan protokol nasional dan internasional, seperti rekomendasi WHO tentang perawatan esensial bayi baru lahir, yang menekankan kontak kulit ke kulit dan pemberian vitamin K serta imunisasi hepatitis B. Melalui observasi teliti terhadap refleks primitif, pola napas, dan warna kulit, bidan dapat mendeteksi penyimpangan sekecil apa pun yang berpotensi mengancam kelangsungan hidup. Edukasi kepada keluarga tentang tanda bahaya, higiene tali pusat, dan pola tidur bayi menjadi bagian integral, memperkuat kemitraan antara profesional kesehatan dan orang tua.

## **A. Pengertian dan Karakteristik Bayi Baru Lahir**

Bayi baru lahir, yang sering disebut sebagai neonatus, merupakan tahap awal kehidupan manusia yang penuh dengan perubahan signifikan (Cainelli et al., 2025). Periode ini menjadi momen krusial karena bayi harus beradaptasi dari kehidupan di dalam rahim ibu ke lingkungan luar yang independen. Memahami pengertian dan karakteristiknya membantu orang tua serta tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan yang optimal, sehingga mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang sehat.

Secara medis, bayi baru lahir atau neonatus didefinisikan sebagai bayi yang berusia dari 0 hingga 28 hari setelah kelahiran. Definisi ini didasarkan pada standar organisasi kesehatan dunia (WHO) dan berbagai pedoman kesehatan nasional, seperti yang diterapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pada masa ini, bayi mengalami transisi fisiologis besar, termasuk penyesuaian sistem pernapasan, sirkulasi darah, pengaturan suhu tubuh, dan pola makan. Bayi neonatus normal biasanya lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dengan berat badan antara 2500-4000 gram. Jika berat badan di bawah itu, bayi dikategorikan sebagai berat lahir rendah, yang memerlukan perhatian khusus.

Karakteristik bayi baru lahir dapat dibagi menjadi beberapa aspek utama, yaitu fisik, fisiologis, dan perilaku. Berikut penjelasan rincinya:

### **1. Fisik**

Bayi neonatus memiliki penampilan yang khas. Kulitnya sering kemerahan dan dilapisi verniks kaseosa, yaitu lapisan putih seperti keju yang melindungi kulit selama di dalam rahim. Rambut halus (lanugo) mungkin masih terlihat pada beberapa bagian tubuh, terutama pada bayi prematur, dan akan hilang secara alami. Kepala bayi relatif besar dibandingkan tubuh, dengan ubun-ubun

(fontanel) yang lembut untuk memungkinkan pertumbuhan otak pesat. Panjang tubuh rata-rata 48-53 cm, lingkaran kepala 33-35 cm, dan ekstremitas seperti tangan serta kaki sering dalam posisi fleksi (menekuk). Selain itu, feses pertama bayi berupa mekonium, yang berwarna hitam kehijauan dan lengket, biasanya keluar dalam 24 jam pertama.

2. Karakteristik fisiologis mencerminkan adaptasi tubuh bayi.

Denyut jantung bayi neonatus cepat, yaitu 120-160 kali per menit, sementara pernapasan sekitar 40-60 kali per menit dan mungkin belum teratur pada awalnya. Suhu tubuh bayi mudah berfluktuasi karena mekanisme termoregulasi belum sempurna, sehingga rentan terhadap hipotermia jika tidak dijaga kehangatannya. Bayi juga mengalami penurunan berat badan fisiologis hingga 10% pada minggu pertama, yang kemudian pulih kembali melalui asupan ASI. Sistem pencernaan mulai bekerja dengan baik, ditandai dengan kemampuan menghisap dan menelan yang kuat.

3. Perilaku

Bayi baru lahir banyak menunjukkan refleks primitif yang esensial untuk kelangsungan hidup. Beberapa refleks utama meliputi:

a. Refleks rooting

Bayi menoleh dan membuka mulut mencari puting saat pipi atau bibir disentuh.

b. Refleks mengisap (sucking) dan menelan (swallowing)

Memungkinkan bayi menyusui secara efektif sejak lahir.

c. Refleks Moro

Bayi meregangkan tangan dan kaki saat terkejut, seperti respons terhadap suara keras.

d. Refleks menggenggam (grasping)

Bayi menggenggam erat jari yang diletakkan di telapak tangannya.

Refleks-refleks ini menunjukkan fungsi saraf yang normal dan biasanya hilang setelah beberapa bulan. Bayi neonatus juga tidur sebagian besar waktu, sekitar 16-18 jam per hari, dengan pola bangun hanya untuk menyusu. Tangisan menjadi komunikasi utama, sering dipicu oleh lapar, dingin, atau ketidaknyamanan.

Periode neonatal ini dibagi menjadi neonatal dini (0-7 hari) dan neonatal lanjut (8-28 hari), di mana risiko masalah kesehatan lebih tinggi pada minggu pertama. Penilaian Apgar score segera setelah lahir digunakan untuk mengevaluasi adaptasi bayi, mencakup warna kulit, denyut jantung, refleks, tonus otot, dan usaha pernapasan. Skor 7-10 menandakan kondisi baik.

Pemahaman terhadap pengertian dan karakteristik bayi baru lahir sangat penting untuk mencegah komplikasi. Orang tua perlu memberikan inisiasi menyusu dini (IMD), menjaga kebersihan tali pusat, dan memantau tanda-tanda bahaya seperti kesulitan bernapas atau demam. Dengan perawatan yang tepat, masa neonatus menjadi fondasi kuat bagi perkembangan selanjutnya. Periode ini tidak hanya tentang kelangsungan hidup, tetapi juga tentang membangun ikatan emosional antara bayi dan keluarga, yang akan memengaruhi kesehatan jangka panjang si kecil.

## **B. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal**

Kelahiran seorang bayi merupakan momen yang penuh harapan bagi setiap keluarga. Bayi baru lahir, yang sering disebut sebagai neonatus, memerlukan perhatian khusus untuk memastikan kondisinya sehat dan normal. Pemahaman tentang tanda-tanda bayi baru lahir yang normal sangat penting bagi orang tua, karena hal ini membantu mendeteksi dini jika ada kelainan yang memerlukan intervensi medis. Menurut standar kesehatan global dan nasional, bayi baru lahir normal adalah

bayi yang lahir cukup bulan (gestasi 37-42 minggu), dengan adaptasi yang baik terhadap lingkungan luar rahim (Kitamura et al., 2024).

Penilaian kesehatan segera setelah lahir, yaitu melalui skor Apgar. Skor Apgar adalah alat sederhana yang dikembangkan oleh Dr. Virginia Apgar pada 1952 untuk mengevaluasi kondisi bayi pada menit pertama dan kelima setelah lahir. Penilaian ini mencakup lima kriteria: warna kulit (appearance), denyut jantung (pulse), respons terhadap rangsang (grimace), tonus otot (activity), dan pernapasan (respiration). Setiap kriteria diberi nilai 0-2, sehingga total skor maksimal 10. Bayi dengan skor 7-10 dianggap normal dan sehat, skor 4-6 memerlukan pengamatan lebih lanjut, sementara skor di bawah 4 menunjukkan kebutuhan bantuan medis segera. Kebanyakan bayi baru lahir memiliki skor 8-9, karena sering kehilangan 1 poin akibat warna kebiruan pada tangan dan kaki yang masih normal.

Selanjutnya, tanda vital bayi baru lahir normal mencakup parameter fisiologis yang stabil. Denyut jantung berkisar 120-160 kali per menit, pernapasan 30-60 kali per menit dengan pola ritmis, dan suhu tubuh sekitar 36,5-37,5°C. Bayi normal akan menangis kuat segera setelah lahir, menunjukkan pernapasan yang baik dan adaptasi paru-paru. Warna kulit pink merata, meskipun tangan dan kaki mungkin sedikit kebiruan (*akrosianosis*) yang hilang dalam beberapa hari.

Aspek penting lainnya adalah ukuran antropometri yang meliputi berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala bayi. Berdasarkan standar WHO dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), nilai antropometri bayi baru lahir normal memiliki rentang tertentu dan dapat berbeda antara bayi laki-laki dan perempuan, sehingga penilaian harus disesuaikan dengan jenis

kelamin. Berikut tabel perbandingan ukuran normal bayi baru lahir :

Tabel 6.1 Ukuran Antropometri Bayi Baru Lahir Normal

No	Parameter	Laki-laki	Perempuan
1	Berat Badan (kg)	2,5 - 4,3	2,4 - 4,0
2	Panjang Badan (cm)	46,3 - 53,4	45,8 - 52,9
3	Lingkar Kepala (cm)	32,1 - 36,9	31,7 - 36,5

Sumber: WHO Child Growth Standards dan IDAI (2020)

Tabel di atas menjelaskan standar antropometri bayi baru lahir (usia 0 bulan) berdasarkan jenis kelamin menurut pedoman pertumbuhan anak. Untuk parameter berat badan, bayi laki-laki memiliki rentang normal 2,5 hingga 4,3 kg, sedangkan bayi perempuan berkisar 2,4 hingga 4,0 kg. Selanjutnya, panjang badan bayi laki-laki berada pada 46,3 hingga 53,4 cm, sementara bayi perempuan sedikit lebih pendek yaitu 45,8 hingga 52,9 cm. Terakhir, lingkar kepala bayi laki-laki normalnya 32,1 hingga 36,9 cm, dan bayi perempuan 31,7 hingga 36,5 cm. Rentang ini mencerminkan variasi pertumbuhan normal pada bayi baru lahir.

Karakteristik fisik bayi baru lahir normal juga mencakup penampilan kulit dan organ. Kulit bayi sering tertutup vernix caseosa (lapisan putih seperti keju) dan lanugo (rambut halus), yang melindungi selama dalam rahim dan akan hilang secara bertahap. Mata mungkin bengkak sementara, dan sering ada bercak merah atau milia (bintik putih kecil). Kepala mungkin memanjang (molding) akibat proses persalinan, tetapi akan kembali normal dalam beberapa minggu. Refleks primitif merupakan tanda penting kesehatan saraf. Beberapa refleks normal meliputi:

1. Refleks Moro (*startle*)

Bayi melempar tangan dan kaki saat terkejut, hilang pada usia 4-6 bulan.

## 2. Refleks Rooting dan Sucking

Bayi mencari puting dan menyusu saat pipi disentuh.

## 3. Refleks Grasp

Bayi menggenggam jari yang diletakkan di telapak tangan.

## 4. Refleks Babinski

Jari kaki mengembang saat telapak kaki digores.

Refleks ini menunjukkan sistem saraf yang matang dan akan menghilang seiring perkembangan. Perilaku bayi baru lahir normal meliputi pola tidur 16-18 jam per hari, menyusu setiap 2-3 jam, dan buang air kecil setidaknya 6 kali serta buang air besar (mekonium hitam) dalam 24 jam pertama. Bayi juga responsif terhadap suara dan sentuhan orang tua.

Tanda-tanda bayi baru lahir normal mencerminkan adaptasi yang sukses dari kehidupan intrauterin ke ekstraterin. Orang tua disarankan memantau secara rutin melalui kunjungan posyandu atau dokter anak, serta memberikan inisiasi menyusu dini dan kontak kulit ke kulit untuk mendukung kesehatan optimal. Jika ditemukan tanda tidak normal seperti sesak napas, demam, atau tidak menyusu, segera konsultasikan ke fasilitas kesehatan. Dengan pemahaman ini, orang tua dapat lebih percaya diri dalam merawat buah hati, memastikan tumbuh kembang yang sehat di masa depan.

### **C. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir**

Kelahiran merupakan momen transisi paling dramatis dalam kehidupan manusia, di mana bayi baru lahir harus beradaptasi dari lingkungan intrauterin yang aman dan bergantung sepenuhnya pada ibu, menuju kehidupan ekstranutrinn yang mandiri. Proses ini, yang disebut periode transisi, melibatkan perubahan fisiologis cepat pada berbagai sistem organ untuk memastikan kelangsungan hidup. Adaptasi fisiologis bayi baru lahir mencakup penyesuaian sistem pernapasan, kardiovaskular, termoregulasi, serta sistem lain

seperti metabolisme, ginjal, dan imun (Morimoto et al., 2024). Pemahaman mendalam tentang proses ini penting bagi tenaga kesehatan untuk mendeteksi dini gangguan adaptasi yang dapat mengancam nyawa bayi.

Salah satu adaptasi utama adalah pada sistem pernapasan. Dalam rahim, janin mendapatkan oksigen melalui plasenta, sehingga paru-paru berisi cairan dan tidak berfungsi untuk pertukaran gas. Setelah lahir, stimulasi seperti udara dingin, tekanan saat melalui jalan lahir, dan perubahan kimiawi (penurunan oksigen dan peningkatan karbon dioksida) memicu napas pertama. Cairan paru dikeluarkan melalui kompresi toraks dan diserap ke sistem limfatik, sementara paru mengembang dengan udara. Resistensi vaskular paru menurun drastis, memungkinkan aliran darah ke paru untuk oksigenasi. Pada bayi normal, proses ini berlangsung lancar dalam hitungan menit, tetapi pada bayi prematur atau dengan komplikasi, dapat timbul kesulitan bernapas yang memerlukan intervensi.

Adaptasi kardiovaskular tidak kalah krusial. Sirkulasi janin memiliki shunt khusus seperti foramen ovale, duktus arteriosus, dan duktus venosus untuk melewati paru yang belum aktif. Setelah lahir, pemotongan tali pusat menghentikan aliran dari plasenta, meningkatkan tekanan sistemik dan menurunkan tekanan pulmoner. Foramen ovale menutup secara fungsional karena perubahan tekanan atrium, duktus arteriosus menyempit akibat peningkatan oksigen, dan duktus venosus obliterasi. Perubahan ini mengalihkan sirkulasi dari pola fetal ke pola dewasa, di mana paru menjadi pusat oksigenasi. Kegagalan adaptasi, seperti paten duktus arteriosus, dapat menyebabkan sianosis atau gangguan jantung kongenital yang memerlukan pemantauan ketat.

Selanjutnya, adaptasi termoregulasi menjadi tantangan besar karena bayi baru lahir rentan terhadap hipotermia. Di

dalam rahim, suhu tubuh janin dijaga oleh ibu, tetapi di luar rahim, bayi harus mengatur suhunya sendiri. Permukaan tubuh relatif besar dibandingkan massa, kulit tipis, dan cadangan lemak bawah kulit minim menyebabkan kehilangan panas cepat melalui konveksi, konduksi, radiasi, dan evaporasi. Bayi menghasilkan panas melalui termogenesis nonshivering dengan membakar lemak coklat (*brown fat*) yang melimpah di sekitar bahu, leher, dan ginjal. Mekanisme ini diaktifkan oleh hormon seperti katekolamin. Hipotermia dapat memicu stres metabolik, sehingga perawatan seperti skin-to-skin contact atau inkubator esensial untuk menjaga suhu netral termal.

Adaptasi lain yang saling berkaitan meliputi:

1. Sistem metabolisme dan hati

Bayi baru lahir rentan hipoglikemia karena cadangan glikogen terbatas dan peningkatan kebutuhan energi. Hati yang belum matang menyebabkan ikterus fisiologis akibat pemecahan eritrosit fetal yang berlebih dan konjugasi bilirubin lambat.

2. Sistem ginjal dan keseimbangan cairan

Fungsi ginjal belum sempurna, sehingga kemampuan mengonsentrasikan urin terbatas, meningkatkan risiko dehidrasi atau kelebihan cairan.

3. Sistem imun

Bayi bergantung pada antibodi maternal melalui plasenta dan ASI, karena sistem imun sendiri belum matang.

4. Sistem gastrointestinal

Usus mulai berfungsi untuk mencerna ASI, dengan refleks menghisap dan menelan yang aktif.

Proses adaptasi ini biasanya selesai dalam 24-48 jam pertama, ditandai dengan periode reaktivitas: fase pertama (30-60 menit setelah lahir) dengan kewaspadaan tinggi, diikuti fase tidur, lalu fase reaktivitas kedua. Namun, faktor seperti

prematuritas, asfiksia, atau persalinan sesar dapat mengganggu transisi ini.

Adaptasi fisiologis bayi baru lahir merupakan bukti keajaiban alam yang memungkinkan kehidupan mandiri. Keberhasilan proses ini bergantung pada maturasi janin, kondisi persalinan, dan perawatan pascalahir yang tepat. Tenaga kesehatan berperan vital dalam memantau tanda-tanda vital, mendukung inisiasi menyusui dini, dan mencegah komplikasi. Dengan pemahaman yang baik, angka morbiditas dan mortalitas neonatus dapat ditekan, memberikan fondasi kesehatan jangka panjang bagi generasi mendatang.

#### **D. Kelainan-Kelainan pada Bayi Baru Lahir**

Kelainan kongenital atau cacat bawaan pada bayi baru lahir merupakan penyimpangan struktur atau fungsi tubuh yang terjadi sejak masa perkembangan janin dalam kandungan (Geda et al., 2023). Kondisi ini dapat memengaruhi berbagai sistem organ, mulai dari yang ringan hingga berat, dan sering kali memerlukan intervensi medis dini untuk mencegah komplikasi jangka panjang. Di Indonesia, kelainan kongenital menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas neonatus, dengan faktor risiko seperti genetik, infeksi selama kehamilan, paparan zat berbahaya, serta defisiensi nutrisi seperti asam folat dan yodium.

Pemahaman tentang kelainan ini penting bagi tenaga kesehatan untuk melakukan deteksi dini melalui pemeriksaan fisik saat lahir, USG prenatal, atau skrining neonatus, sehingga penanganan dapat segera dilakukan guna meningkatkan kualitas hidup bayi. Kelainan tersebut antara lain:

1. Kelainan kongenital sering kali multifaktorial, melibatkan interaksi antara faktor genetik dan lingkungan.

Beberapa contoh yang umum dijumpai meliputi labioskizis (bibir sumbing) dan labiopalatoskizis (bibir dan

langit-langit sumbing), yang terjadi akibat kegagalan fusi struktur wajah pada minggu ke-6 hingga ke-10 kehamilan. Gejala utama adalah celah pada bibir atau langit-langit mulut, menyebabkan kesulitan menyusui, infeksi telinga berulang, dan gangguan bicara. Diagnosis ditegakkan melalui pemeriksaan fisik, sementara pengobatan melibatkan operasi rekonstruksi bertahap, dimulai pada usia 3-6 bulan untuk bibir dan 9-18 bulan untuk langit-langit, disertai terapi wicara dan dukungan nutrisi.

2. Kelainan pada sistem pencernaan juga sering terjadi.

Atresia esofagus adalah penyumbatan atau tidak terbentuknya esofagus, sering disertai fistula trakeoesofageal, menyebabkan bayi mengalami muntah berbusa, kesulitan menelan, dan distress pernapasan segera setelah lahir. Atresia rekti anus (*imperforate anus*) ditandai dengan tidak adanya lubang anus, sehingga mekonium tidak keluar dalam 24-48 jam pertama. Penyakit Hirschsprung disebabkan oleh absennya sel ganglion pada dinding usus, mengakibatkan obstruksi usus dengan gejala distensi abdomen dan sembelit kronis. Obstruksi bilieris atau atresia bilier adalah penyumbatan saluran empedu, yang gejalanya berupa ikterus persisten setelah minggu kedua, tinja pucat, dan urine gelap. Diagnosis kelainan ini melibatkan rontgen, USG, atau biopsi, dengan pengobatan utama berupa operasi korektif dini, seperti prosedur Kasai untuk atresia bilier atau pull-through untuk Hirschsprung.

3. Kelainan pada dinding abdomen dan diafragma juga mengancam jiwa.

Omfalokel adalah penonjolan isi perut melalui dasar tali pusat, dilapisi membran tipis, sering disertai kelainan lain seperti jantung atau kromosom. Hernia diafragmatika kongenital terjadi akibat cacat pada diafragma, sehingga organ abdomen masuk ke rongga toraks, menekan paru dan

menyebabkan hipoplasia paru serta gagal napas berat. Gejala utama adalah sianosis dan distress pernapasan sejak lahir. Pengobatan memerlukan operasi darurat untuk mengembalikan organ dan memperbaiki cacat, sering dengan dukungan ventilator atau ECMO pada kasus berat.

4. Kelainan pada sistem saraf pusat tidak kalah penting.

Meningocele adalah menonjolan meninges melalui cacat tulang belakang tanpa melibatkan jaringan saraf, sedangkan ensefalocele melibatkan jaringan otak yang menonjol melalui cacat tengkorak, biasanya di daerah oksipital. Hidrosefalus kongenital ditandai dengan penumpukan cairan serebrospinal, menyebabkan pembesaran kepala progresif, fontanel menonjol, dan risiko gangguan neurologis. Diagnosis melalui USG prenatal atau CT scan, dengan pengobatan berupa pemasangan shunt ventrikuloperitoneal untuk mengalirkan cairan berlebih.

5. Kelainan pada alat kelamin eksternal seperti fimosis dan hipospadia lebih sering pada bayi laki-laki.

Fimosis adalah penyempitan kulup penis yang melekat pada glans, menyebabkan kesulitan berkemih atau infeksi. Hipospadia terjadi ketika muara uretra tidak di ujung penis melainkan di sisi ventral, sering disertai chordee (kelengkungan penis). Gejala termasuk aliran urine tidak lurus dan risiko infeksi saluran kemih. Pengobatan biasanya operasi urethroplasti pada usia 6-18 bulan, dan sirkumisi dikontraindikasikan pada hipospadia karena kulit kulup diperlukan untuk rekonstruksi.

Kelainan kongenital pada bayi baru lahir memerlukan pendekatan multidisiplin, melibatkan dokter anak, bedah anak, ahli genetika, dan tim rehabilitasi. Pencegahan primer melalui suplementasi asam folat, vaksinasi rubela, penghindaran rokok dan alkohol selama kehamilan, serta skrining prenatal dapat menurunkan insidens. Deteksi dini dan intervensi tepat waktu

tidak hanya menyelamatkan nyawa, tetapi juga meminimalkan disabilitas jangka panjang, memberikan kesempatan bagi bayi untuk tumbuh optimal dalam masyarakat.

### **E. Pemeriksaan Fisik dan Penilaian Awal Bayi**

Pemeriksaan fisik dan penilaian awal bayi baru lahir merupakan langkah krusial dalam perawatan neonatus yang bertujuan mendeteksi dini kelainan, menilai adaptasi fisiologis, serta memastikan bayi berada dalam kondisi optimal sebelum pulang dari fasilitas kesehatan (Shalaby et al., 2025). Proses ini dilakukan segera setelah lahir, idealnya dalam 24 jam pertama, dan dilanjutkan dengan pemeriksaan berulang pada usia 6–8 minggu untuk menemukan kelainan yang mungkin terlewat pada awal kelahiran, seperti kelainan jantung kongenital, celah langit-langit mulut tersembunyi, atau dislokasi pinggul kongenital. Selain pemeriksaan fisik, penilaian awal juga mencakup pemberian profilaksis, seperti vitamin K, untuk mencegah komplikasi serius. Pendekatan sistematis dan menyeluruh ini dapat menurunkan risiko morbiditas serta mortalitas neonatus secara signifikan.

Penilaian awal dimulai sejak menit pertama kehidupan dengan penggunaan skor Apgar pada menit ke-1 dan ke-5 setelah lahir. Skor ini mengevaluasi lima parameter: warna kulit (Appearance), frekuensi denyut jantung (Pulse), respons terhadap rangsang (Grimace), tonus otot (Activity), dan pola pernapasan (Respiration). Nilai 7–10 menunjukkan bayi dalam kondisi baik, 4–6 memerlukan stimulasi atau oksigen, sedangkan di bawah 4 menandakan kebutuhan resusitasi segera. Skor Apgar tidak hanya membantu menentukan kebutuhan intervensi akut, tetapi juga memberikan gambaran awal tentang adaptasi kardiorespirasi bayi.

Pemeriksaan fisik menyeluruh dilakukan secara head-to-toe setelah bayi stabil secara termal dan pernapasan.

Prosedur ini mencakup pengukuran antropometri serta inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada setiap sistem organ. Berikut adalah komponen utama pemeriksaan fisik awal:

1. Pengukuran antropometri

Panjang badan, berat badan, dan lingkar kepala diplot pada kurva pertumbuhan untuk menilai apakah bayi sesuai usia kehamilan (*appropriate for gestational age/AGA*, *small for gestational age/SGA*, atau *large for gestational age/LGA*). Penurunan berat badan fisiologis hingga 10% pada minggu pertama dianggap normal.

2. Kepala dan leher

Memeriksa bentuk kepala (caput succedaneum, cefalhematoma), fontanel anterior dan posterior, mata (*red reflex* untuk deteksi katarak atau retinoblastoma), hidung, mulut (memastikan tidak ada celah langit-langit tersembunyi), telinga, serta klavikula (untuk fraktur persalinan).

3. Toraks dan paru

Inspeksi simetri gerak napas, auskultasi suara napas, serta deteksi retraksi atau sianosis.

4. Jantung dan pembuluh darah

Auskultasi bunyi jantung untuk mendeteksi murmur (meskipun murmur fisiologis sering hilang spontan), serta palpasi nadi femoralis untuk skrining koarktasi aorta.

5. Abdomen

Inspeksi tali pusat, palpasi hati dan limpa, serta memastikan anus paten dengan keluarnya mekonium dalam 24–48 jam pertama.

6. Genitalia dan ekstremitas

Memeriksa hipospadia, fimosis, testis undescended pada laki-laki, serta manuver *Ortolani-Barthlow* untuk deteksi *developmental dysplasia of the hip* (DDH).

## 7. Kulit dan neurologis

Menilai ikterus, tanda perdarahan, refleks Moro, menghisap, dan grasping.

Salah satu intervensi penting pascalahir adalah pemberian vitamin K intramuskular segera setelah lahir, idealnya dalam 1 jam pertama. Bayi baru lahir memiliki cadangan vitamin K rendah karena transfer plasenta terbatas dan usus masih steril sehingga belum menghasilkan vitamin K dari bakteri. Defisiensi ini meningkatkan risiko hemorrhagic disease of the newborn (HDN), yang dapat berupa perdarahan perdana (24 jam pertama), klasik (hari ke-2-7), atau lanjut (minggu ke-2-12). Pemberian vitamin K 1 mg intramuskular terbukti lebih efektif dan memberikan perlindungan lebih lama dibandingkan dosis oral, terutama pada bayi yang exclusively breastfed karena ASI mengandung vitamin K rendah.

Pemeriksaan fisik berulang pada usia 6-8 minggu sangat dianjurkan karena beberapa kelainan tidak tampak jelas saat lahir. Contohnya:

1. Murmur jantung patologis yang baru terdeteksi setelah duktus arteriosus menutup.
2. Celah langit-langit posterior yang tersembunyi.
3. Dislokasi atau displasia pinggul yang progresif.
4. Kelainan mata seperti katarak atau strabismus.

Pemeriksaan ini juga mencakup evaluasi pertumbuhan, perkembangan neuromotor, serta status imunisasi awal. Pemeriksaan fisik dan penilaian awal bayi baru lahir merupakan fondasi perawatan neonatus yang berkualitas. Dengan pendekatan sistematis, penggunaan skor Apgar, pemberian vitamin K, serta pemeriksaan lanjutan pada usia 6–8 minggu, tenaga kesehatan dapat mendeteksi dini kelainan dan mencegah komplikasi serius. Proses ini tidak hanya menyelamatkan nyawa, tetapi juga mendukung tumbuh kembang optimal bayi di masa mendatang, sekaligus

memberikan rasa aman bagi orang tua melalui edukasi dan konseling yang tepat.

## **F. Hubungan Kondisi Maternal Hiperemesis dengan Neonatus**

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan kondisi mual dan muntah berat pada ibu hamil yang terjadi pada trimester pertama, sering kali menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan signifikan, serta gangguan elektrolit (Sridevi, 2025). Kondisi ini berbeda dengan morning sickness biasa karena intensitasnya yang ekstrem dan dapat mengganggu asupan nutrisi ibu. Meskipun HG umumnya mereda setelah trimester pertama, dampaknya terhadap janin dan neonatus (bayi baru lahir) menjadi perhatian utama dalam bidang obstetri. Hubungan antara HG maternal dengan kondisi neonatus melibatkan mekanisme tidak langsung, terutama melalui malnutrisi dan dehidrasi ibu yang memengaruhi pertumbuhan janin.

Penyebab pasti HG belum sepenuhnya diketahui, tetapi diduga terkait peningkatan hormon *human chorionic gonadotropin* (hCG) dan estrogen, serta faktor risiko seperti kehamilan kembar atau riwayat keluarga. Kondisi ini dialami oleh sekitar 1-3% ibu hamil dan dapat menyebabkan komplikasi jika tidak ditangani. Dampak pada neonatus muncul karena kurangnya nutrisi yang disalurkan melalui plasenta, yang berpotensi menghambat perkembangan janin. Beberapa studi menunjukkan bahwa HG berat meningkatkan risiko outcomes negatif pada bayi baru lahir, meskipun hasil penelitian masih bervariasi.

Dampak HG terhadap neonatus dapat dikategorikan menjadi beberapa aspek utama berdasarkan tinjauan sistematis dari berbagai penelitian:

1. Berat Badan Lahir Rendah (*Low Birth Weight/LBW*) dan *Small for Gestational Age* (SGA)

Meta-analisis menunjukkan bahwa HG dikaitkan dengan peningkatan risiko bayi lahir dengan berat badan rendah, terutama jika ibu mengalami penurunan berat badan signifikan. Hal ini disebabkan oleh malnutrisi maternal yang mengurangi pasokan nutrisi ke janin.

2. Kelahiran Prematur (*Preterm Birth*)

Beberapa studi menemukan odds ratio lebih tinggi untuk kelahiran sebelum 34 minggu, karena stres fisiologis pada ibu dapat memicu persalinan dini.

3. Kebutuhan Perawatan Intensif Neonatal

Bayi dari ibu dengan HG lebih sering memerlukan resusitasi atau rawat inap di NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*), meskipun tidak selalu signifikan secara statistik.

4. Risiko Jangka Panjang

Tinjauan jangka panjang menunjukkan peningkatan kecil risiko gangguan neurodevelopmental, seperti autisme atau ADHD, serta masalah kesehatan mental seperti kecemasan pada anak.

Selain dampak jangka pendek, terdapat indikasi bahwa kondisi tertentu selama kehamilan dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan jangka panjang pada anak laki-laki, seperti kelainan kardiovaskular dan kemungkinan terjadinya kanker testis. Meskipun temuan ini belum didukung oleh bukti ilmiah yang kuat dan masih bersifat terbatas, hasil penelitian awal menunjukkan adanya keterkaitan yang perlu dicermati. Oleh karena itu, diperlukan penelitian lanjutan dengan desain yang lebih komprehensif untuk memastikan hubungan sebab akibat serta faktor risiko yang berperan.

Namun, tidak semua sama seperti di atas. Beberapa kohort besar menemukan bahwa dengan penanganan dini, seperti rehidrasi intravena dan suplemen nutrisi, risiko adverse

outcomes pada neonatus dapat diminimalkan. Misalnya, tidak ada peningkatan signifikan pada Apgar score rendah, malformasi kongenital, atau kematian perinatal. Bahkan, HG kadang dikaitkan dengan penurunan risiko makrosomia (bayi besar) atau stillbirth.

Hubungan antara *Hiperemesis gravidarum* dan kondisi ibu serta janin dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti tingkat keparahan gejala, lamanya keluhan berlangsung, serta ketepatan intervensi medis yang diberikan. Penanganan yang optimal meliputi pemberian antiemetik yang aman, misalnya ondansetron, pemenuhan kebutuhan nutrisi melalui nutrisi parenteral bila diperlukan, serta pemantauan rutin menggunakan ultrasonografi. Konsultasi sejak dini sangat dianjurkan agar komplikasi dapat dicegah dan kesejahteraan ibu serta janin tetap terjaga.

Hubungan antara HG maternal dengan kondisi neonatus bersifat kompleks dan tidak selalu kausal langsung. Meskipun ada risiko peningkatan untuk LBW, preterm birth, dan masalah jangka panjang, banyak kasus menunjukkan outcomes normal jika ditangani tepat. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memahami mekanisme underlying dan strategi pencegahan. Dengan pemantauan kehamilan yang baik, sebagian besar ibu dengan HG dapat melahirkan bayi sehat, sehingga penting untuk meningkatkan kesadaran dan akses perawatan dini.

\*\*\*\*\*

# BAB 6

## ASUHAN NIFAS DAN KONTINUITAS PELAYANAN

Masa nifas merupakan periode penting dalam kehidupan seorang ibu setelah melahirkan, yang berlangsung sekitar enam minggu hingga organ reproduksi kembali ke kondisi sebelum kehamilan. Pada fase ini, ibu mengalami berbagai perubahan fisik, hormonal, dan psikologis yang memerlukan perhatian khusus agar pemulihan berjalan optimal dan terhindar dari komplikasi seperti infeksi, perdarahan berlebih, atau gangguan emosional. Asuhan nifas yang berkualitas tidak hanya mencakup pemantauan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, tetapi juga pendampingan dalam inisiasi menyusui dini, perawatan luka perineum atau bekas operasi caesar, serta edukasi tentang tanda bahaya yang harus segera ditangani.

Kontinuitas pelayanan menjadi kunci keberhasilan asuhan nifas karena masa ini merupakan bagian dari rangkaian perawatan berkelanjutan sejak antenatal hingga pascapersalinan (Zelka et al., 2023). Pelayanan yang terintegrasi antara bidan, dokter kandungan, dan tenaga kesehatan lainnya memastikan ibu mendapatkan dukungan tanpa terputus, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Dengan pendekatan yang berkesinambungan, risiko morbiditas dan mortalitas maternal dapat ditekan secara signifikan, sekaligus meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi dalam jangka panjang. Oleh karena itu, pemahaman mendalam tentang asuhan nifas dan kontinuitas pelayanan sangat esensial bagi tenaga kesehatan demi tercapainya kesehatan ibu yang holistik.

## **A. Konsep Asuhan Nifas dalam *Continuity of care***

Masa nifas merupakan periode penting pasca persalinan yang memerlukan perhatian khusus dari tenaga kesehatan, khususnya bidan. Asuhan nifas yang diberikan secara berkesinambungan atau dalam kerangka *Continuity of care* (CoC) menjadi pendekatan utama dalam praktik kebidanan di Indonesia. *Continuity of care* adalah model asuhan kebidanan yang komprehensif dan berkelanjutan, mencakup tahapan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga keluarga berencana. Pendekatan ini bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi dengan memberikan pelayanan yang terintegrasi dan berfokus pada kebutuhan individu perempuan.

Pengertian *Continuity of care* dalam konteks kebidanan adalah serangkaian pelayanan yang diberikan oleh bidan yang sama atau tim yang konsisten, mulai dari masa kehamilan hingga pasca persalinan (Bradford et al., 2022). Menurut berbagai literatur kebidanan di Indonesia, CoC tidak hanya terbatas pada satu tahap, melainkan melibatkan hubungan kemitraan antara bidan dan perempuan, sehingga memungkinkan deteksi dini komplikasi dan pemberian intervensi yang tepat waktu. Dalam asuhan nifas, CoC memastikan bahwa pemantauan pasca persalinan berlanjut secara seamless dari tahap sebelumnya, sehingga ibu merasa didukung secara psikologis dan fisik.

Masa nifas sendiri didefinisikan sebagai periode pemulihan tubuh ibu setelah persalinan, yang berlangsung sekitar 6 minggu atau hingga 42 hari. Selama masa ini, terjadi perubahan fisiologis signifikan, seperti involusi uteri, pengeluaran lochia, dan pemulihan organ reproduksi. Tujuan utama asuhan nifas adalah mencegah komplikasi seperti perdarahan postpartum, infeksi, dan depresi pasca melahirkan, sekaligus mendukung inisiasi menyusui dini dan perawatan bayi baru lahir. Dalam kerangka CoC, asuhan nifas tidak

berdiri sendiri, melainkan merupakan kelanjutan dari asuhan antenatal dan intranatal, sehingga bidan dapat mengantisipasi risiko berdasarkan riwayat sebelumnya.

Standar asuhan nifas di Indonesia mengacu pada pedoman Kementerian Kesehatan, yang menekankan kunjungan nifas minimal empat kali: kunjungan pertama (KF1) pada 6 jam hingga 6 hari postpartum, KF2 pada hari ke-7 hingga ke-14, KF3 pada hari ke-15 hingga ke-28, dan KF4 pada hari ke-29 hingga ke-42. Pada setiap kunjungan, bidan melakukan pengkajian menyeluruh menggunakan pendekatan manajemen kebidanan Varney, yang meliputi:

1. Pengkajian data subjektif dan objektif dilakukan secara menyeluruh dengan menggali keluhan ibu, seperti nyeri atau ketidaknyamanan, serta mengamati pengeluaran lochia, kontraksi uteri, dan tanda vital untuk menilai kondisi fisiologis ibu nifas secara akurat dan berkesinambungan.
2. Interpretasi data bertujuan menganalisis hasil pengkajian guna mengidentifikasi masalah aktual maupun potensial yang mungkin terjadi pada ibu. Proses ini membantu tenaga kesehatan menentukan prioritas masalah dan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.
3. Perencanaan intervensi disusun berdasarkan hasil interpretasi data, meliputi pemberian konseling menyusui, anjuran senam nifas, serta perencanaan rujukan apabila ditemukan tanda bahaya. Perencanaan ini disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi individu ibu.
4. Implementasi asuhan merupakan tahap pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan, seperti pemberian tablet tambah darah, edukasi perawatan diri, serta dukungan psikologis. Pelaksanaan dilakukan secara aman, tepat, dan berorientasi pada pemulihan kesehatan ibu nifas.
5. Evaluasi hasil asuhan dilakukan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan. Seluruh proses asuhan

didokumentasikan secara sistematis menggunakan format SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) sebagai bentuk pertanggungjawaban dan kesinambungan pelayanan.

Dalam konsep *Continuity of care* (CoC), kunjungan nifas tidak berdiri sendiri, melainkan terintegrasi dengan asuhan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana. Melalui pendekatan ini, bidan dapat memantau pemulihan kondisi ibu, pertumbuhan dan perkembangan bayi, serta kesiapan keluarga dalam merencanakan kehamilan berikutnya. Pada kunjungan nifas keempat (KF4), bidan berperan memberikan konseling holistik, termasuk edukasi mengenai pilihan kontrasepsi pasca persalinan yang aman, efektif, dan sesuai dengan kondisi kesehatan ibu serta kebutuhan keluarga.

Manfaat penerapan CoC pada asuhan nifas sangat signifikan. Pertama, meningkatkan kepuasan ibu karena adanya hubungan kepercayaan dengan bidan yang sama, yang mengurangi kecemasan dan risiko depresi postpartum. Kedua, memfasilitasi deteksi dini komplikasi, seperti bendungan ASI atau infeksi, melalui pemantauan berkelanjutan. Ketiga, mendukung keberhasilan menyusui eksklusif dengan intervensi seperti pijat oksitosin atau kompres hangat. Keempat, berkontribusi pada penurunan angka kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB) di Indonesia, sebagaimana direkomendasikan oleh World Health Organization (WHO) melalui model Midwifery-led *Continuity of care*.

Meskipun demikian, tantangan dalam implementasi CoC pada asuhan nifas masih ada, seperti keterbatasan sumber daya di daerah pedesaan, beban kerja bidan yang tinggi, dan kurangnya integrasi dengan layanan kesehatan primer. Untuk mengatasi ini, diperlukan penguatan kompetensi bidan melalui pendidikan berkelanjutan dan dukungan sistem kesehatan nasional.

Konsep asuhan nifas dalam *Continuity of care* menekankan pendekatan yang humanis, komprehensif, dan berkelanjutan. Dengan menerapkan model ini, bidan tidak hanya memenuhi standar profesi, tetapi juga berkontribusi pada pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) terkait kesehatan ibu dan anak. Penerapan CoC yang konsisten akan membawa dampak positif jangka panjang bagi kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia, memastikan masa nifas berjalan aman dan optimal.

## **B. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas**

Masa nifas, atau yang sering disebut sebagai periode postpartum, merupakan tahap penting dalam kehidupan seorang wanita setelah melahirkan. Masa ini dimulai sejak kelahiran plasenta dan berlangsung sekitar enam minggu hingga organ reproduksi kembali ke kondisi sebelum kehamilan. Selama periode ini, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisiologis yang bertujuan untuk pemulihan, seperti involusi uterus dan pengeluaran lochia. Di samping itu, terjadi pula perubahan psikologis akibat fluktuasi hormonal, adaptasi peran baru sebagai ibu, serta faktor lingkungan. Pemahaman terhadap perubahan ini esensial untuk mendukung kesehatan ibu dan bayi, karena jika tidak ditangani dengan baik, dapat menimbulkan komplikasi seperti infeksi atau gangguan mental. Artikel ini akan membahas secara runtut perubahan fisiologis dan psikologis pada masa nifas, beserta implikasinya.

Pembahasan inti dimulai dari perubahan fisiologis yang mencakup beberapa sistem tubuh utama. Perubahan paling signifikan terjadi pada sistem reproduksi (Kazma et al., 2020). Uterus mengalami proses involusi, yaitu penyusutan ukuran dari sekitar 1.000 gram pasca persalinan menjadi 50-100 gram pada akhir masa nifas. Proses ini ditandai dengan pengeluaran lochia, yaitu cairan darah dan jaringan dari tempat lepasnya

plasenta. Lochia mengalami tahapan perubahan warna dan komposisi yang normal, seperti yang dijelaskan dalam tabel berikut.

Tabel 6.2 Tahapan Perubahan Lochia pada Masa Nifas

No	Tahapan	Waktu Muncul	Karakteristik	Komposisi Utama
1	Lochia Rubra	Hari 1-3	Merah segar, berbau amis	Darah segar, gumpalan
2	Lochia Serosa	Hari 4-10	Merah muda/cokelat, lebih encer	Darah lama, serum, leukosit
3	Lochia Alba	Hari 11 hingga akhir	Putih/kuning, sedikit	Lendir serviks, leukosit

Sumber: Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui

Tabel di atas menjelaskan tahapan lochia, yaitu cairan yang keluar dari vagina setelah persalinan, yang mencerminkan proses pemulihan rahim. Tahap pertama adalah Lochia Rubra pada hari 1-3, berwarna merah segar dengan bau amis, terdiri atas darah segar dan gumpalan. Selanjutnya, Lochia Serosa muncul pada hari 4-10, berubah menjadi merah muda atau cokelat serta lebih encer, mengandung darah lama, serum, dan leukosit. Terakhir, Lochia Alba terjadi mulai hari ke-11 hingga berakhir, berwarna putih atau kuning dengan jumlah sedikit, terutama terdiri dari lendir serviks dan leukosit. Perubahan ini menunjukkan penyembuhan rahim secara bertahap.

Selain sistem reproduksi, perubahan juga terjadi pada sistem kardiovaskuler, perkemihan, pencernaan, dan muskuloskeletal. Volume darah yang meningkat selama kehamilan kembali normal dalam 4-6 minggu, dengan kemungkinan penurunan nadi sementara. Sistem perkemihan sering mengalami poliuri (peningkatan produksi urine) pada hari ke-2 hingga ke-5 untuk mengeluarkan cairan berlebih,

tetapi dapat disertai retensi urine akibat edema atau trauma persalinan. Sistem pencernaan cenderung mengalami konstipasi karena penurunan motilitas usus, sementara otot perut dan ligamen menjadi kendur pasca peregangan selama kehamilan. Perubahan ini bersifat fisiologis dan normal, tetapi memerlukan perhatian seperti asupan serat tinggi dan hidrasi cukup untuk mencegah komplikasi.

Transisi ke perubahan psikologis, masa nifas sering kali disertai fluktuasi emosi akibat penurunan drastis hormon estrogen dan progesteron setelah kelahiran plasenta. Kondisi ringan yang umum adalah postpartum blues atau baby blues, yang dialami oleh 50-80% ibu nifas. Gejala meliputi mudah menangis, cemas, mood labil, dan insomnia, biasanya muncul pada hari ke-3 hingga ke-10 dan hilang dalam 2 minggu. Di Indonesia, prevalensi baby blues cukup tinggi, mencapai 37-80% pada ibu postpartum, dengan faktor risiko seperti kurangnya dukungan suami, usia muda, atau paritas tinggi. Jika tidak teratasi, sekitar 10-20% kasus dapat berkembang menjadi postpartum depression (PPD), yang lebih berat dengan gejala seperti hilang minat, rasa bersalah berlebih, dan gangguan ikatan dengan bayi.

Proses adaptasi psikologis dapat dibagi menjadi tiga fase:

1. Fase taking-in terjadi pada 1–2 hari pertama setelah persalinan, ditandai dengan kondisi ibu yang masih pasif, fokus pada kebutuhan diri sendiri, serta sangat bergantung pada bantuan dan perhatian orang lain, baik keluarga maupun tenaga kesehatan.
2. Fase taking-hold merupakan tahap ketika ibu mulai menunjukkan minat dan kemampuan dalam merawat bayinya secara aktif. Namun, pada fase ini ibu masih rentan mengalami kecemasan, keraguan, serta membutuhkan dukungan emosional dan bimbingan berkelanjutan.

3. Fase letting-go adalah tahap penerimaan peran baru sebagai ibu secara penuh. Ibu mulai mandiri, mampu menyesuaikan diri dengan perubahan peran dan tanggung jawab, serta membangun ikatan yang lebih stabil dengan bayi dan lingkungan sekitarnya.

Faktor pendukung, terutama dukungan keluarga dan pemenuhan kebutuhan istirahat yang cukup, memiliki peran penting dalam menjaga keseimbangan psikologis ibu. Dukungan emosional, perhatian, serta keterlibatan keluarga dapat membantu ibu merasa lebih aman, dihargai, dan tidak terbebani secara mental. Selain itu, istirahat yang adekuat memungkinkan pemulihan fisik dan emosional yang optimal, sehingga dapat menurunkan tingkat stres, kecemasan, serta mencegah munculnya gangguan psikologis selama masa kehamilan maupun nifas.

Perubahan fisiologis dan psikologis pada masa nifas merupakan proses alami pemulihan yang saling terkait. Perubahan fisiologis mendukung pemulihan fisik, sementara aspek psikologis memengaruhi kesejahteraan emosional dan ikatan ibu-bayi. Dengan pemantauan rutin oleh tenaga kesehatan, istirahat adekuat, nutrisi baik, dan dukungan sosial, sebagian besar ibu dapat melewati masa ini dengan lancar. Namun, jika gejala seperti lochia abnormal, demam, atau depresi berkepanjangan muncul, segera konsultasikan ke profesional kesehatan untuk pencegahan komplikasi jangka panjang. Pemahaman dan dukungan dari keluarga serta masyarakat akan membantu ibu nifas mencapai adaptasi optimal, sehingga mendukung kesehatan generasi mendatang.

### **C. Pemulihan Ibu Pasca *Hiperemesis gravidarum***

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan kondisi mual dan muntah berat selama kehamilan yang dapat menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan signifikan, serta gangguan

nutrisi dan elektrolit. Kondisi ini memengaruhi sekitar 1-3% ibu hamil dan sering kali memerlukan perawatan intensif, termasuk rawat inap. Meskipun gejala HG biasanya mereda setelah trimester pertama atau kedua, dampaknya terhadap kesehatan ibu dapat berlanjut hingga masa nifas atau pasca melahirkan. Pemulihan pasca HG tidak hanya melibatkan aspek fisik, tetapi juga psikologis, karena kondisi ini sering meninggalkan jejak yang mendalam pada kesejahteraan ibu secara keseluruhan.

Pada tahap awal pasca melahirkan, sebagian besar ibu mengalami penghilangan gejala mual dan muntah secara langsung setelah persalinan. Hal ini terjadi karena hormon kehamilan, seperti human chorionic gonadotropin (hCG), yang diduga menjadi pemicu utama HG, menurun drastis setelah plasenta dikeluarkan. Namun, tidak semua ibu merasakan pemulihan instan. Beberapa kasus menunjukkan bahwa gejala ringan, seperti kepekaan terhadap bau atau aversion terhadap makanan tertentu, dapat bertahan beberapa hari hingga minggu setelah melahirkan. Selain itu, kelemahan otot, kelelahan kronis, dan gangguan pencernaan sering kali masih dirasakan karena tubuh telah mengalami malnutrisi berkepanjangan selama kehamilan.

Proses pemulihan fisik pasca HG memerlukan waktu yang bervariasi, tergantung pada tingkat keparahan kondisi selama kehamilan. Rata-rata, pemulihan memakan waktu 4-6 bulan, tetapi pada kasus berat atau yang berlangsung hingga akhir kehamilan, bisa mencapai satu hingga dua tahun (O'Brien et al., 2023). Aturan umum yang sering disebutkan adalah bahwa tubuh membutuhkan 1-2 bulan pemulihan untuk setiap bulan di mana ibu mengalami malnutrisi atau dehidrasi parah akibat HG. Faktor-faktor seperti kekurangan vitamin B (khususnya tiamin/B1), zat besi, dan asam lemak esensial

memperburuk kondisi ini. Oleh karena itu, pemulihan fisik harus difokuskan pada beberapa aspek utama:

1. Restorasi nutrisi

Restorasi nutrisi dilakukan melalui pemberian diet bergizi seimbang yang tinggi protein, karbohidrat kompleks, serta makanan fermentasi. Pola makan ini bertujuan memperbaiki status gizi, mendukung fungsi pencernaan, meningkatkan daya tahan tubuh, dan membantu proses pemulihan ibu secara bertahap.

2. Suplementasi vitamin dan mineral

Suplementasi vitamin dan mineral diberikan di bawah pengawasan tenaga medis untuk mengatasi defisiensi akibat asupan yang tidak adekuat. Pemberian suplemen yang tepat membantu menjaga keseimbangan metabolisme, mendukung fungsi organ vital, serta menunjang kesehatan ibu dan janin.

3. Aktivitas fisik ringan

Aktivitas fisik ringan dilakukan secara bertahap untuk membantu memulihkan kekuatan otot dan kebugaran tubuh. Hal ini penting karena istirahat panjang selama sakit dapat menyebabkan penurunan massa otot, sehingga latihan ringan membantu mencegah kelemahan berkepanjangan.

4. Pemantauan kesehatan rutin

Pemantauan kesehatan secara rutin diperlukan untuk mendeteksi kemungkinan komplikasi lanjutan, seperti gangguan fungsi hati atau tiroid yang bersifat sementara. Evaluasi berkala memungkinkan penanganan dini sehingga kondisi ibu tetap stabil selama masa kehamilan.

Selain dampak fisik, aspek psikologis sering menjadi tantangan terbesar dalam pemulihan pasca HG. Kondisi ini dapat memicu gangguan mood perinatal, seperti depresi pasca melahirkan dan kecemasan, yang memengaruhi hingga sebagian besar penderita. Beberapa ibu bahkan mengalami

gejala *post-traumatic stress disorder* (PTSD) akibat trauma selama kehamilan, seperti rawat inap berulang atau ketakutan akan kesehatan janin. Risiko ini meningkat pada kasus HG berat, di mana ibu merasa kehilangan kendali atas tubuhnya. Dukungan psikologis menjadi krusial, termasuk konseling, terapi perilaku kognitif, atau kelompok dukungan khusus untuk survivor HG. Keluarga dan pasangan juga perlu dilibatkan untuk memberikan dukungan emosional, karena pemulihan holistik memerlukan lingkungan yang mendukung.

Untuk mendukung pemulihan yang optimal, ibu pasca HG disarankan mengadopsi pendekatan terintegrasi. Pertama, konsultasi rutin dengan dokter kandungan dan ahli gizi untuk memantau kemajuan. Kedua, penerapan gaya hidup sehat, seperti istirahat cukup, menghindari pemicu stres, dan menyusui jika memungkinkan, karena proses ini dapat membantu restorasi hormon alami. Ketiga, bergabung dengan komunitas atau organisasi seperti HER Foundation yang menyediakan sumber daya khusus untuk pemulihan HG. Dengan penanganan yang tepat, sebagian besar ibu dapat pulih sepenuhnya tanpa komplikasi jangka panjang, meskipun beberapa mungkin memerlukan waktu lebih lama untuk kembali ke kondisi pra-kehamilan.

Pemulihan pasca *Hiperemesis gravidarum* menekankan pentingnya kesabaran dan perawatan diri. Kondisi ini bukan hanya tantangan selama kehamilan, melainkan pengalaman yang memengaruhi transisi menjadi ibu baru. Dengan dukungan medis, nutrisi yang adekuat, dan perhatian terhadap kesehatan mental, ibu dapat mencapai pemulihan penuh dan menikmati peran barunya dengan lebih baik. Pencegahan pada kehamilan berikutnya juga perlu dipertimbangkan melalui konseling pra-konsepsi, mengingat risiko rekurensi yang tinggi. Pemahaman yang lebih baik tentang HG akan membantu

masyarakat dan tenaga kesehatan memberikan empati serta intervensi dini yang diperlukan.

#### **D. Dukungan Nutrisi dan Laktasi**

Pasca *Hiperemesis gravidarum* (HG), ibu sering mengalami defisit nutrisi yang signifikan akibat mual muntah berat selama kehamilan, yang menyebabkan malnutrisi, dehidrasi, dan penurunan berat badan. Periode nifas menjadi masa krusial untuk memulihkan cadangan nutrisi tubuh, terutama jika ibu memilih menyusui. Laktasi meningkatkan kebutuhan energi dan nutrisi hingga 500 kalori ekstra per hari, sehingga dukungan nutrisi yang adekuat tidak hanya mendukung pemulihan ibu, tetapi juga produksi ASI yang berkualitas serta pertumbuhan bayi. Tanpa intervensi yang tepat, defisiensi vitamin dan mineral dapat berlanjut, memengaruhi kesehatan jangka panjang ibu dan anak.

Pemulihan nutrisi pasca HG memerlukan pendekatan bertahap dan individual. Tubuh ibu mungkin masih sensitif terhadap makanan tertentu, dengan aversion yang bertahan beberapa bulan. Prinsip utama adalah mengonsumsi makanan bergizi tinggi dalam porsi kecil tapi sering untuk menghindari beban pada sistem pencernaan (Maslin et al., 2023). Fokus pada makanan padat nutrisi membantu mengembalikan kekurangan yang umum terjadi, seperti vitamin B1 (tiamin), vitamin B6, zat besi, dan asam lemak esensial. Suplementasi di bawah pengawasan dokter sangat dianjurkan, termasuk multivitamin prenatal yang kaya akan vitamin B kompleks, karena defisiensi tiamin dapat menyebabkan komplikasi serius seperti ensefalopati Wernicke.

Dalam mendukung laktasi, nutrisi yang baik menjadi fondasi utama. Menyusui membantu restorasi hormon alami dan mempercepat pemulihan fisik, tetapi tantangannya sering muncul pada ibu pasca HG. Banyak ibu mengalami kesulitan

awal karena kelelahan kronis, trauma psikologis dari kehamilan sulit, atau rasa tidak nyaman terhadap tubuh sendiri setelah kehilangan kendali selama HG. Beberapa bahkan mengalami gejala post-traumatic stress disorder (PTSD) yang memengaruhi kemampuan menyusui. Namun, hormon seperti oksitosin dan prolaktin yang dilepaskan saat menyusui dapat meningkatkan rasa tenang dan ikatan dengan bayi, yang sering terganggu selama kehamilan HG.

Untuk mengoptimalkan dukungan nutrisi dan laktasi, beberapa langkah praktis dapat diterapkan:

1. Konsumsi makanan kaya protein seperti telur, ikan, daging tanpa lemak, dan produk susu untuk mendukung produksi ASI dan perbaikan jaringan tubuh.
2. Tambahkan karbohidrat kompleks dan makanan fermentasi (yogurt, kefir) untuk memperbaiki kesehatan usus yang terganggu akibat muntah berkepanjangan.
3. Pastikan hidrasi yang cukup dengan minum air minimal 3 liter per hari, ditambah elektrolit jika diperlukan, karena dehidrasi dapat menurunkan produksi ASI.
4. Konsultasi dengan ahli gizi atau konselor laktasi untuk rencana makan personal, termasuk smoothie bergizi tinggi kalori jika nafsu makan masih rendah.

Pantau berat badan dan kadar nutrisi melalui pemeriksaan darah rutin, serta cari bantuan profesional jika produksi ASI rendah atau bayi tidak bertambah berat badan dengan baik.

Dukungan dari lingkungan sekitar sangat penting dalam proses ini. Keluarga dan pasangan perlu membantu dengan persiapan makanan, tugas rumah tangga, dan dukungan emosional untuk mengurangi stres yang dapat menghambat laktasi. Bergabung dengan komunitas survivor HG, seperti melalui organisasi seperti HER Foundation, memberikan ruang berbagi pengalaman dan tips praktis tentang menyusui pasca

HG. Banyak ibu menemukan bahwa menyusui menjadi cara menyembuhkan trauma, meskipun beberapa memilih tidak menyusui karena alasan pribadi dan itu pun sah serta didukung sepenuhnya.

Dukungan nutrisi dan laktasi pasca *Hiperemesis gravidarum* menuntut kesabaran, perencanaan matang, dan pendekatan holistik yang mencakup aspek fisik serta psikologis. Dengan nutrisi yang tepat dan dukungan yang memadai, ibu dapat memulihkan kesehatan secara optimal sambil memberikan ASI eksklusif jika diinginkan. Proses ini tidak hanya mempercepat pemulihan, tetapi juga memperkuat ikatan ibu-bayi dan meningkatkan kesejahteraan keluarga baru. Pencegahan defisiensi pada kehamilan berikutnya melalui konseling nutrisi pra-konsepsi juga perlu dipertimbangkan, mengingat risiko rekurensi HG yang tinggi.

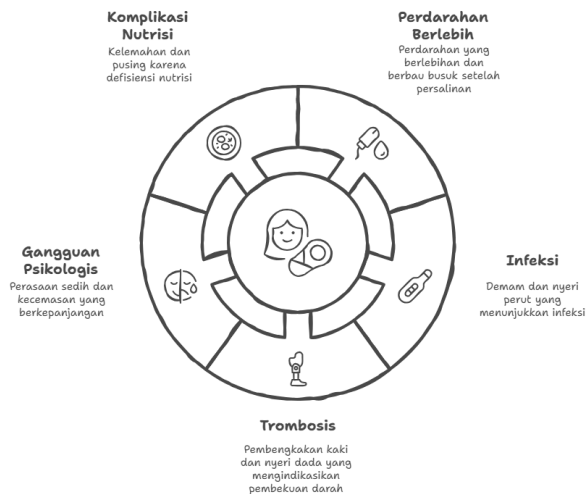
## **E. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas**

Masa nifas, yang berlangsung sekitar enam minggu setelah persalinan, merupakan periode pemulihan penting bagi ibu pasca melahirkan. Bagi ibu yang mengalami *Hiperemesis gravidarum* (HG) selama kehamilan, masa ini menjadi lebih rentan karena dampak malnutrisi, dehidrasi berkepanjangan, dan gangguan elektrolit yang dapat meninggalkan jejak pada tubuh. HG tidak hanya memengaruhi kehamilan, tetapi juga meningkatkan risiko komplikasi nifas, seperti gangguan psikologis, defisiensi nutrisi lanjutan, dan potensi masalah kardiovaskular jangka panjang. Deteksi dini komplikasi masa nifas sangat krusial untuk mencegah morbiditas dan mortalitas ibu, serta memastikan pemulihan optimal.

Komplikasi masa nifas umumnya mencakup perdarahan postpartum, infeksi puerperal, trombosis vena dalam, mastitis, dan gangguan mood seperti depresi postpartum (Meyling et al., 2023). Pada ibu pasca HG, risiko ini dapat meningkat karena

tubuh telah mengalami stres metabolik berat. Misalnya, defisiensi vitamin B1 (tiamin) dari muntah berkepanjangan dapat menyebabkan ensefalopati Wernicke yang jarang tetapi serius, atau gangguan elektrolit yang memicu aritmia jantung. Selain itu, kelelahan kronis dan trauma psikologis dari HG sering memicu post-traumatic stress disorder (PTSD) atau depresi postpartum, yang memengaruhi hingga 20% penderita HG.

Deteksi dini memungkinkan intervensi cepat dan pencegahan eskalasi komplikasi. Tanda bahaya yang perlu diwaspadai meliputi:



Gambar 6.1 Komplikasi Persalinan

Berdasarkan gambar di atas, terdapat beberapa tanda bahaya yang perlu diwaspadai pada ibu nifas. Perdarahan berlebih ditandai dengan lochia berbau busuk, jumlah darah berlebihan, atau perdarahan yang tidak berhenti setelah minggu pertama. Infeksi dapat dikenali melalui demam tinggi, nyeri perut hebat, serta gangguan berkemih. Trombosis atau emboli ditandai pembengkakan kaki mendadak, nyeri betis, nyeri dada,

atau sesak napas. Gangguan psikologis meliputi kesedihan berkepanjangan dan kecemasan berlebih. Selain itu, komplikasi nutrisi lanjutan seperti kelemahan ekstrem dan pusing perlu diperhatikan. Pada ibu pasca *Hiperemesis gravidarum*, pemantauan khusus berupa pemeriksaan elektrolit, fungsi hati, dan status nutrisi secara rutin sangat dianjurkan.

Proses deteksi dini idealnya dilakukan melalui kunjungan nifas berjadwal, sesuai pedoman kesehatan nasional yang merekomendasikan minimal empat kunjungan: hari ke-6, minggu ke-2, ke-4, dan ke-6. Tenaga kesehatan harus melakukan pengkajian komprehensif, termasuk anamnesis riwayat HG, pemeriksaan fisik (tanda vital, fundus uteri, lochia), dan skrining psikososial. Edukasi kepada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya sangat penting, misalnya melalui Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Dukungan dari bidan atau dokter kandungan, serta konselor laktasi jika menyusui, membantu mengidentifikasi masalah dini. Pada kasus HG berat, rujukan ke spesialis nutrisi atau psikolog direkomendasikan untuk mencegah komplikasi jangka panjang.

\*\*\*\*\*

# BAB 7

## ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA BERENCANA

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya nasional yang strategis di Indonesia untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk, meningkatkan kesejahteraan keluarga, serta mendukung pembangunan berkelanjutan (Utomo et al., 2021). Asuhan kebidanan pada keluarga berencana melibatkan pemberian pelayanan komprehensif oleh bidan, mulai dari konseling, pemilihan metode kontrasepsi yang sesuai, hingga pemantauan efek samping dan evaluasi berkelanjutan. Bidan, sebagai garda terdepan dalam kesehatan reproduksi, berperan penting dalam memberikan penyuluhan, edukasi, dan dukungan kepada pasangan usia subur agar dapat merencanakan kelahiran anak secara bijaksana, sehingga tercipta keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.

Pendekatan manajemen kebidanan, seperti tujuh langkah Varney, menjadi dasar dalam pelaksanaan asuhan ini, mencakup pengkajian data subjektif dan objektif, identifikasi masalah, perencanaan tindakan, hingga dokumentasi. Melalui peran ini, bidan tidak hanya membantu mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, tetapi juga mempromosikan kesehatan ibu dan anak, mengurangi risiko komplikasi reproduksi, serta berkontribusi pada pencapaian target nasional seperti penurunan angka kematian ibu dan stunting. Dengan demikian, asuhan kebidanan pada keluarga berencana menjadi fondasi utama dalam membangun generasi yang berkualitas dan masyarakat yang lebih sehat.

## A. Konsep dan Peran Program Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu kebijakan strategis nasional di Indonesia yang telah menjadi bagian integral dari pembangunan bangsa. Program ini tidak hanya bertujuan untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk, tetapi juga untuk membangun keluarga yang berkualitas, sehat, dan sejahtera. Dalam konteks Indonesia sebagai negara dengan populasi besar, KB menjadi instrumen penting untuk mencapai keseimbangan antara jumlah penduduk dengan sumber daya yang tersedia. Konsep dasar KB menekankan pada perencanaan keluarga yang bertanggung jawab, sehingga setiap pasangan suami istri dapat menentukan jumlah anak, jarak kelahiran, dan waktu kehamilan sesuai dengan kondisi kesehatan dan ekonomi keluarga.

Secara konseptual, Keluarga Berencana didefinisikan sebagai upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui beberapa pendekatan utama (Silumbwe et al., 2020). Menurut Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, KB meliputi:



Gambar 7.1 Strategi Kesehatan Keluarga

Berdasarkan tabel di atas, dapat dijelaskan bahwa pembangunan keluarga berfokus pada empat pilar utama yang saling berkaitan. Pendewasaan usia perkawinan bertujuan mencegah risiko kesehatan akibat pernikahan dini. Pengaturan kelahiran dilakukan agar kehamilan terencana dan aman. Pembinaan ketahanan keluarga menekankan penguatan peran, komunikasi, dan nilai keluarga. Selanjutnya, peningkatan kesejahteraan keluarga diarahkan untuk mewujudkan keluarga kecil yang sehat, bahagia, dan berkualitas secara berkelanjutan.

Konsep ini mengarah pada norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS), di mana keluarga dengan dua anak dianggap ideal untuk mencapai kesejahteraan optimal. Program KB terintegrasi dalam pembangunan nasional, dengan tujuan menciptakan keseimbangan antara pertumbuhan penduduk dan kemampuan produksi negara, baik secara ekonomi, sosial, maupun spiritual. Peran Program Keluarga Berencana sangat luas dan multifaset.

1. Mengendalikan laju pertumbuhan penduduk yang eksplosif.

Sejak diluncurkan secara nasional pada era Orde Baru tahun 1970 melalui Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), program ini berhasil menurunkan Total Fertility Rate (TFR) secara signifikan, dari sekitar 5-6 anak per wanita pada 1960-an menjadi sekitar 2-3 anak pada dekade berikutnya. Dampaknya, program KB telah mencegah kelahiran jutaan anak yang tidak direncanakan, sehingga mengurangi kepadatan penduduk dan beban terhadap sumber daya alam.

2. Memberikan kontribusi besar dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Kehamilan yang direncanakan dengan jarak ideal (minimal 3-5 tahun antar kelahiran) mengurangi risiko komplikasi, seperti anemia pada ibu dan malnutrisi pada anak. Penggunaan kontrasepsi modern juga melindungi dari

kehamilan berisiko tinggi, terutama pada usia muda atau tua. Selain itu, program ini meningkatkan akses layanan kesehatan reproduksi, termasuk pencegahan penyakit menular seksual.

3. Berperan dalam peningkatan kesejahteraan keluarga.

Keluarga kecil memungkinkan alokasi sumber daya yang lebih baik untuk pendidikan, gizi, dan kesehatan anak, sehingga menghasilkan generasi yang lebih berkualitas. Hal ini mendukung bonus demografi, di mana proporsi penduduk usia produktif lebih besar, yang menjadi kunci menuju Generasi Emas 2045. Program ini juga memberdayakan perempuan melalui pengendalian reproduksi, sehingga mereka dapat berpartisipasi lebih aktif dalam pembangunan.

4. Di era terkini, Program KB telah berevolusi menjadi Program Bangga Kencana (Pembangunan Keluarga, Kependudukan, dan Keluarga Berencana) di bawah BKKBN.

Program ini lebih holistik, dengan fokus pada penurunan stunting, pendewasaan usia perkawinan, dan pemberdayaan keluarga melalui inisiatif seperti Kampung KB, Generasi Berencana (GenRe), dan pendampingan keluarga berisiko. Strategi utama meliputi penguatan data keluarga berbasis teknologi, advokasi masyarakat, dan kolaborasi lintas sektor. Dampaknya terlihat pada peningkatan Indeks Pembangunan Keluarga dan kontribusi terhadap target Sustainable Development Goals (SDGs).

Meskipun demikian, tantangan masih ada, seperti disparitas akses di daerah pedesaan, resistensi budaya, dan efek samping kontrasepsi pada sebagian pengguna. Namun, keberhasilan KB diakui secara internasional sebagai model pengendalian penduduk yang efektif. Program ini bukan

sekadar pembatasan kelahiran, melainkan investasi jangka panjang untuk membangun bangsa yang kuat.

Konsep dan peran Program Keluarga Berencana mencerminkan komitmen Indonesia terhadap pembangunan berkelanjutan. Dengan terus beradaptasi terhadap dinamika sosial dan teknologi, program ini akan tetap relevan dalam mewujudkan keluarga berkualitas, penduduk yang seimbang, dan negara yang maju. Partisipasi aktif masyarakat dan pemerintah menjadi kunci utama keberhasilannya, demi generasi mendatang yang lebih sejahtera.

## **B. Sasaran Program Keluarga Berencana**

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu upaya strategis pemerintah Indonesia yang dikelola oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Program ini telah menjadi bagian integral dari pembangunan nasional sejak era 1970-an, dengan tujuan utama mengendalikan laju pertumbuhan penduduk sambil meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Dalam perkembangannya, program KB berevolusi menjadi Program Bangsa Kencana (Pembangunan Keluarga, Kependudukan, dan Keluarga Berencana), yang lebih menekankan pada pembentukan keluarga berkualitas. Sasaran program ini tidak hanya terfokus pada pengendalian jumlah anak, tetapi juga pada pencapaian kesejahteraan holistik, termasuk kesehatan ibu dan anak, serta pertumbuhan penduduk yang seimbang.

Secara historis, program KB dimulai untuk menekan ledakan penduduk yang dapat menghambat pembangunan ekonomi dan sosial (Irma & Mario, 2020). Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) menjadi landasan awal, di mana keluarga kecil dianggap sebagai dasar masyarakat sejahtera. Saat ini, sasaran program KB lebih luas, mencakup penurunan Total Fertility Rate (TFR) hingga 2,1 anak per

wanita, peningkatan prevalensi kontrasepsi modern, dan pengurangan unmet need (kebutuhan KB yang tidak terpenuhi). Program ini juga terintegrasi dengan upaya penurunan stunting dan peningkatan ketahanan keluarga.

Pembahasan inti dari sasaran program KB dapat dibagi menjadi beberapa aspek utama, yaitu:

#### 1. Sasaran utama

Pasangan Usia Subur (PUS), yaitu pasangan suami-istri di mana istri berusia 15-49 tahun, karena kelompok ini memiliki potensi tertinggi untuk hamil dan melahirkan. Sasaran ini mencakup peningkatan akses pelayanan KB yang berkualitas, termasuk kontrasepsi modern seperti pil, suntik, IUD, implan, hingga metode jangka panjang seperti vasektomi dan tubektomi. Tujuannya adalah mengurangi kehamilan tidak diinginkan, menunda usia kawin pertama, dan mengatur jarak kelahiran untuk kesehatan ibu dan anak.

#### 2. Sasaran khusus

Meliputi kelompok rentan, seperti PUS di wilayah tertinggal, terpencil, perbatasan, kepulauan, miskin perkotaan, serta keluarga berisiko stunting. Dalam konteks pencegahan stunting, sasaran difokuskan pada calon pengantin, ibu hamil, ibu pasca persalinan, serta anak balita (0-59 bulan). Program Bangga Kencana juga menargetkan lansia melalui Bina Keluarga Lansia (BKL) untuk meningkatkan kualitas hidup di usia lanjut. Selain itu, remaja menjadi sasaran penting melalui pendewasaan usia perkawinan dan edukasi kesehatan reproduksi, guna menurunkan angka kelahiran remaja (ASFR 15-19 tahun).

#### 3. Strategi pencapaian sasaran

Melibatkan advokasi, komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kepada pemangku kepentingan, serta pemberdayaan kader seperti Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) dan Tim Pendamping Keluarga (TPK).

Pendekatan berbasis wilayah dan segmentasi sasaran memastikan intervensi tepat guna, seperti di Kampung KB yang mengintegrasikan program lintas sektor.

Untuk memperjelas indikator utama sasaran program KB, berikut disajikan tabel yang merangkum target strategis berdasarkan Rencana Strategis (Renstra) BKKBN periode terkini.

Tabel 7.1  
Indikator Utama dan Target Sasaran Program Keluarga Berencana (Bangga Kencana)

No	Indikator	Target 2024	Keterangan
1	Total Fertility Rate (TFR)	2,1 anak per wanita	Pengendalian pertumbuhan penduduk
2	Modern Contraceptive Prevalence Rate (mCPR)	63,41%	Peningkatan penggunaan kontrasepsi modern
3	Unmet Need KB	7,40%	Penurunan kebutuhan KB tidak terpenuhi
4	Indeks Pembangunan Keluarga (IPK)	51,11	Pengukuran ketahanan keluarga
5	Prevalensi Stunting	14%	Integrasi dengan pencegahan stunting

Sumber: Renstra BKKBN 2020-2024

Sasaran Program Keluarga Berencana di Indonesia adalah mewujudkan keluarga berkualitas sebagai fondasi bangsa maju menuju Generasi Emas 2045. Dengan fokus pada PUS dan kelompok rentan, program ini tidak hanya mengendalikan jumlah penduduk, tetapi juga meningkatkan kesejahteraan ibu, anak, dan keluarga secara keseluruhan.

Keberhasilan program ini bergantung pada partisipasi masyarakat, dukungan pemerintah daerah, dan integrasi dengan program lain seperti penurunan stunting. Melalui Bangga Kencana, Indonesia diharapkan mencapai pertumbuhan penduduk seimbang, sumber daya manusia unggul, dan kesejahteraan berkelanjutan. Upaya ini perlu terus ditingkatkan agar target nasional tercapai, memberikan manfaat jangka panjang bagi generasi mendatang.

### **C. Jenis-Jenis Metode Kontrasepsi**

Metode kontrasepsi merupakan cara yang digunakan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, sekaligus mendukung perencanaan keluarga yang berkualitas (Swan et al., 2022). Dalam konteks kesehatan reproduksi, pemilihan metode kontrasepsi yang tepat sangat penting karena tidak hanya memengaruhi efektivitas pencegahan kehamilan, tetapi juga kesehatan secara keseluruhan, termasuk perlindungan terhadap infeksi menular seksual (IMS) dan dampak pada kesuburan di masa depan. Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) serta Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), metode kontrasepsi dapat diklasifikasikan berdasarkan mekanisme kerja, durasi penggunaan, dan kandungan hormonnya. Klasifikasi ini membantu pasangan suami istri dalam membuat keputusan yang informed dan sesuai dengan kebutuhan mereka.

Secara umum, metode kontrasepsi dibagi menjadi dua kelompok besar: hormonal dan non-hormonal. Metode hormonal bekerja dengan mengatur kadar hormon dalam tubuh untuk menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks, atau mengubah lapisan rahim sehingga sulit terjadi pembuahan. Sementara itu, metode non-hormonal lebih mengandalkan penghalang fisik, reaksi kimia, atau prosedur permanen tanpa melibatkan perubahan hormon. Selain itu, ada pula metode

alami yang bergantung pada pengamatan siklus kesuburan. Efektivitas metode-metode ini bervariasi, dengan tingkat kegagalan yang lebih rendah pada metode jangka panjang seperti implan atau IUD (di atas 99% jika digunakan benar), dibandingkan metode alami yang lebih bergantung pada kedisiplinan pengguna.

Untuk memperjelas pembagian gagasan, berikut adalah klasifikasi utama jenis-jenis metode kontrasepsi beserta contoh dan karakteristiknya:

#### 1. Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode ini umumnya efektif tinggi (sekitar 91-99% dengan penggunaan sempurna) dan sering digunakan untuk menunda atau menjarakkan kehamilan. Contohnya meliputi:

- a. Pil KB (kombinasi estrogen-progestin atau progestin saja), yang diminum setiap hari untuk mencegah ovulasi dan membuat menstruasi lebih teratur.
- b. Suntik KB (1 bulan atau 3 bulan), yang mengandung progestin untuk menghambat pelepasan sel telur.
- c. Implan (susuk KB), berupa batang kecil yang ditanam di bawah kulit lengan dan efektif hingga 3-5 tahun.
- d. IUD hormonal (seperti Mirena), yang melepaskan hormon levonorgestrel secara lokal di rahim.

Kelebihan metode ini adalah kemudahan pengelolaan siklus haid dan pengurangan risiko kanker ovarium, tetapi dapat menimbulkan efek samping seperti perubahan berat badan atau mood.

#### 2. Metode Kontrasepsi Penghalang (Barrier)

Metode ini mencegah pertemuan sperma dan sel telur secara fisik, dengan efektivitas sekitar 71-88% tergantung penggunaan. Yang paling populer adalah kondom pria atau wanita, yang tidak hanya mencegah kehamilan tetapi juga melindungi dari IMS termasuk HIV. Contoh lain termasuk diafragma, cervical cap, atau spons kontrasepsi yang

dikombinasikan dengan spermisida. Kelebihannya adalah tanpa efek hormonal dan mudah didapat, meskipun memerlukan penggunaan setiap kali berhubungan seksual.

3. Metode Kontrasepsi dalam Rahim (Intrauterine Device/IUD)

IUD termasuk metode jangka panjang dengan efektivitas sangat tinggi (>99%). Ada dua jenis: IUD tembaga (non-hormonal) yang menciptakan lingkungan toksik bagi sperma, dan IUD hormonal yang menggabungkan efek hormon. IUD dapat bertahan 5-10 tahun dan reversibel, artinya kesuburan kembali cepat setelah dilepas.

4. Metode Kontrasepsi Permanen

Disebut juga kontrasepsi mantap (kontap), metode ini hampir 100% efektif dan ditujukan bagi pasangan yang tidak ingin anak lagi. Untuk wanita, tubektomi (pengikatan atau pemotongan saluran telur); untuk pria, vasektomi (pemotongan vas deferens). Prosedur ini aman, tidak memengaruhi hormon atau gairah seksual, dan mengurangi risiko kanker ovarium pada wanita.

5. Metode Kontrasepsi Alami atau Perilaku

Metode ini tanpa alat atau hormon, seperti Metode Amenore Laktasi (MAL) untuk ibu menyusui eksklusif, metode ritme/kalender (menghindari hubungan saat masa subur), atau senggama terputus. Efektivitasnya lebih rendah (sekitar 76-88%) karena bergantung pada pengamatan akurat siklus tubuh.

Pemilihan metode kontrasepsi harus mempertimbangkan faktor individu seperti usia, kondisi kesehatan, frekuensi hubungan seksual, dan rencana memiliki anak di masa depan. Konsultasi dengan dokter atau bidan sangat dianjurkan untuk menghindari risiko efek samping dan memastikan efektivitas optimal. Di Indonesia, program Keluarga Berencana oleh BKKBN terus mempromosikan

metode jangka panjang (MKJP) seperti IUD dan implan karena tingkat kegagalannya rendah dan mendukung penurunan angka fertilitas total (TFR).

Kontrasepsi bukan hanya alat pencegah kehamilan, melainkan investasi dalam kesehatan keluarga yang berkelanjutan, mengurangi kehamilan berisiko tinggi, dan meningkatkan kesejahteraan ekonomi serta sosial. Dengan pemahaman yang mendalam, setiap pasangan dapat memilih metode yang paling sesuai, sehingga mencapai keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.

#### **D. Pemilihan KB pada Ibu dengan Riwayat Hiperemesis**

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan kondisi mual dan muntah berat selama kehamilan yang dapat menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan signifikan, serta gangguan nutrisi pada ibu dan janin. Riwayat HG pada kehamilan sebelumnya menjadi faktor risiko utama untuk terjadinya kembali pada kehamilan berikutnya, dengan kemungkinan rekurensi hingga 80% pada beberapa kasus. Dalam konteks keluarga berencana (KB), pemilihan metode kontrasepsi bagi ibu dengan riwayat HG memerlukan pertimbangan khusus. Hal ini karena beberapa faktor risiko HG, seperti intoleransi terhadap kontrasepsi hormonal berbasis estrogen, dapat memengaruhi tolerabilitas metode tertentu (Kjeldsen et al., 2021). Pemilihan yang tepat tidak hanya mencegah kehamilan tidak diinginkan, tetapi juga meminimalkan efek samping yang dapat menyerupai atau memperburuk gejala mual muntah, sehingga mendukung kualitas hidup dan kesehatan reproduksi jangka panjang.

Penyebab pasti HG belum sepenuhnya dipahami, tetapi melibatkan faktor hormonal, genetik, dan lingkungan. Peningkatan kadar hormon human chorionic gonadotropin (hCG) dan estrogen selama kehamilan diduga menjadi pemicu

utama. Studi menunjukkan bahwa wanita dengan riwayat intoleransi terhadap pil KB kombinasi (mengandung estrogen) lebih rentan mengalami HG, karena sensitivitas terhadap estrogen eksogen. Oleh karena itu, dalam pemilihan KB pasca-HG, prioritas diberikan pada metode yang menghindari fluktuasi hormon estrogen, terutama pada ibu yang mengalami gejala mual berat akibat kontrasepsi oral sebelumnya. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) serta pedoman Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (MEC) tidak secara spesifik mengklasifikasikan riwayat HG sebagai kontraindikasi absolut, tetapi merekomendasikan pendekatan individual berdasarkan riwayat efek samping hormonal.

Untuk memperjelas, berikut adalah rekomendasi pemilihan metode KB bagi ibu dengan riwayat HG, disusun berdasarkan mekanisme kerja dan potensi efek samping:

#### 1. Metode Non-Hormonal (Pilihan Utama)

Metode ini direkomendasikan sebagai prioritas karena tidak melibatkan hormon sintetis yang dapat memicu mual. Efektivitasnya tinggi jika digunakan benar, dan tidak ada risiko interaksi dengan sensitivitas estrogen. Contoh:

##### a. Kondom (pria atau wanita)

Efektif >98% dengan penggunaan sempurna, juga melindungi dari infeksi menular seksual (IMS).

##### b. IUD tembaga (non-hormonal)

Jangka panjang (hingga 10 tahun), efektivitas >99%, reversibel cepat. Cocok untuk ibu yang ingin menunda kehamilan lama tanpa efek hormonal.

##### c. Metode permanen (tubektomi atau vasektomi)

Hampir 100% efektif, direkomendasikan jika pasangan telah yakin tidak ingin anak lagi.

## 2. Metode Hormonal Progestin Saja (Pilihan Alternatif)

Metode ini lebih aman dibandingkan yang mengandung estrogen, karena progestin jarang menyebabkan mual berat. Efektivitas tinggi (>99% untuk jenis jangka panjang). Contoh:

### a. Implan (susuk KB)

Efektif 3-5 tahun, minim efek samping sistemik.

### b. Suntik progestin (3 bulan)

Mudah diakses melalui program BKKBN.

### c. Pil KB progestin saja (minipil)

Cocok untuk ibu menyusui, tetapi memerlukan kedisiplinan minum setiap hari.

Metode ini sesuai MEC kategori 1 (tanpa restriksi) untuk riwayat HG.

## 3. Metode Hormonal Kombinasi (Dihindari jika Ada Riwayat Intoleransi)

Pil KB kombinasi, patch, atau cincin vaginal mengandung estrogen sintetis yang dapat memicu mual mirip gejala HG pada wanita sensitif. Jika riwayat HG terkait intoleransi estrogen (misalnya mual saat pakai pil KB sebelum hamil), metode ini sebaiknya dihindari (MEC kategori 2-3, tergantung keparahan). Alternatifnya, mulai dengan dosis rendah dan monitor ketat.

## 4. Metode Alami atau Perilaku

Seperti metode ritme, amenore laktasi, atau senggama terputus. Efektivitas lebih rendah (76-88%), tetapi bebas hormon. Cocok sebagai pendamping jika digabung dengan metode lain.

Pemilihan KB harus melibatkan konsultasi mendalam dengan dokter kandungan atau bidan terlatih. Faktor lain yang dipertimbangkan mencakup usia, kondisi kesehatan (misalnya obesitas atau migraine yang juga risiko HG), status menyusui, dan rencana kehamilan masa depan. Program KB Indonesia

melalui BKKBN mendorong metode jangka panjang reversibel (MKJP) seperti IUD dan implan, yang aman bagi penyintas HG. Selain itu, edukasi tentang pencegahan HG pada kehamilan berikutnya seperti suplemen vitamin B6 pra-konsepsi dapat dikombinasikan dengan pemilihan KB.

Riwayat *Hiperemesis gravidarum* menekankan pentingnya kontrasepsi yang personal dan aman hormon. Dengan memilih metode yang sesuai, ibu dapat menghindari kehamilan berisiko tinggi sekaligus menjaga kesehatan fisik dan mental. Pendekatan ini tidak hanya mendukung prinsip keluarga berencana yang berkualitas, tetapi juga memberdayakan perempuan untuk mengambil kendali atas reproduksinya, mengurangi beban psikososial dari pengalaman HG sebelumnya, dan mencapai kesejahteraan keluarga yang optimal.

### **E. Konseling KB Berbasis Kebutuhan dan Kondisi Ibu**

Konseling keluarga berencana (KB) berbasis kebutuhan dan kondisi ibu merupakan pendekatan utama dalam pelayanan KB yang berkualitas di Indonesia (Charurat et al., 2020). Pendekatan ini menekankan pada pemahaman mendalam terhadap situasi individu ibu, termasuk kondisi kesehatan fisik, psikologis, sosial-ekonomi, serta rencana reproduksi pribadi. Menurut pedoman BKKBN dan Kementerian Kesehatan RI tahun 2021, konseling KB bukan sekadar penyampaian informasi kontrasepsi, melainkan proses komunikasi dua arah yang menghormati hak reproduksi, memastikan informed choice, dan mendukung pengambilan keputusan mandiri. Dalam era Program Bangga Kencana, konseling ini menjadi kunci untuk meningkatkan cakupan peserta KB aktif, mengurangi putus pakai kontrasepsi, serta menurunkan angka kehamilan tidak diinginkan yang berdampak pada kesehatan ibu dan anak.

Pendekatan berbasis kebutuhan mengacu pada prinsip rights-based family planning yang selaras dengan rekomendasi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), yaitu client-centered counseling. Artinya, konselor harus menghindari pendekatan direktif atau coercive, melainkan membangun rapport, mengeksplorasi nilai dan preferensi klien, serta mendukung keputusan yang sesuai dengan gaya hidup dan kondisi spesifik. Di Indonesia, hal ini diwujudkan melalui penggunaan Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK) atau lembar balik, yang membantu ibu memvisualisasikan pilihan metode kontrasepsi berdasarkan efektivitas, efek samping, dan kesesuaian pribadi. Konseling juga dilakukan secara berkelanjutan sepanjang siklus hidup, mulai dari calon pengantin, pasangan usia subur, ibu hamil, hingga nifas, untuk memastikan kontinuitas dan adaptasi terhadap perubahan kondisi.

Proses konseling KB berbasis kebutuhan dan kondisi ibu, berikut adalah tahapan utama yang direkomendasikan dalam pedoman nasional:

1. Membangun Hubungan dan Menggali Kebutuhan (Rapport Building dan Exploration)

Konselor menyapa dengan ramah, menjaga kerahasiaan, dan menanyakan situasi saat ini ibu, seperti riwayat kehamilan, kondisi kesehatan (misalnya hipertensi, diabetes, atau riwayat *Hiperemesis gravidarum*), status menyusui, frekuensi hubungan seksual, serta rencana memiliki anak lagi. Tahap ini menggunakan prinsip GATHER (Greet, Ask, Tell, Help, Explain, Return) atau REDI (*Rapport, Exploration, Decision-making, Implementing*) untuk membangun kepercayaan dan mengidentifikasi hambatan psikososial, seperti ketakutan efek samping atau tekanan keluarga.

## 2. Memberikan Informasi Komprehensif dan Objektif

Konselor menyajikan semua pilihan metode kontrasepsi secara netral, mulai dari hormonal (pil, suntik, implan, IUD hormonal), non-hormonal (IUD tembaga, kondom, diafragma), hingga permanen dan alami. Informasi disesuaikan dengan kondisi ibu, misalnya menghindari metode estrogen pada ibu dengan riwayat mual berat, atau merekomendasikan MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang) bagi ibu yang ingin menunda kehamilan lama. Penggunaan ABPK atau roda MEC (Medical Eligibility Criteria) WHO membantu penapisan amanitas metode.

## 3. Mendukung Pengambilan Keputusan (*Decision-Making*)

Ibu dan pasangan (jika hadir) didorong untuk memilih sendiri berdasarkan nilai pribadi, tanpa paksaan. Konselor hanya memberikan klarifikasi jika diperlukan, memastikan ibu memahami cara penggunaan, efek samping potensial, dan tanda bahaya. Pendekatan ini meningkatkan kepuasan dan kelanjutan penggunaan, karena keputusan terasa milik sendiri.

## 4. Implementasi dan Tindak Lanjut

Setelah pemilihan, konselor menjelaskan prosedur pemasangan/penggunaan, memberikan jadwal kunjungan ulang, dan sarana menghubungi jika ada keluhan. Konseling pasca-pelayanan penting untuk mengatasi efek samping dini dan mencegah drop-out.

Faktor kondisi ibu yang harus dipertimbangkan secara khusus mencakup usia, paritas, riwayat medis, status gizi, dan konteks budaya. Misalnya, pada ibu nifas menyusui eksklusif, prioritas diberikan pada metode progestin saja atau non-hormonal untuk tidak mengganggu ASI.

\*\*\*\*\*

# BAB 8

## INOVASI DAN PRAKTIK PROFESIONAL DALAM ASUHAN HIPEREMESIS

*Hyperemesis gravidarum* (HG) merupakan kondisi medis serius yang ditandai dengan mual dan muntah berlebihan selama kehamilan, sering kali menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan, dan gangguan elektrolit yang memerlukan intervensi profesional. Dalam praktik asuhan keperawatan, pendekatan holistik menjadi kunci utama, di mana tenaga kesehatan seperti bidan dan dokter harus menerapkan protokol standar yang mencakup penilaian awal, pemberian cairan intravena, serta dukungan nutrisi dan psikologis untuk mengurangi dampak fisik dan emosional pada ibu hamil (Harmsen van der Vliet-Torij et al., 2022). Profesional kesehatan mengelola gejala HG, mencegah komplikasi, dan mengutamakan kolaborasi interdisipliner.

Inovasi dalam asuhan HG telah berkembang pesat, termasuk pengembangan terapi targeted berbasis genetika dan integrasi teknologi seperti telehealth untuk pemantauan jarak jauh, yang memungkinkan akses perawatan lebih cepat dan personalisasi bagi pasien. Uji klinis terbaru, seperti penelitian obat NGM120, menjanjikan pengobatan spesifik yang dapat meredakan gejala secara signifikan, sementara model perawatan berbasis bukti seperti relokasi layanan rumah sakit telah meningkatkan kepuasan pasien melalui pendekatan yang lebih empati dan efisien. Inovasi ini tidak hanya merevolusi praktik klinis, tetapi juga membantah mitos lama seputar HG, mendorong penelitian berkelanjutan untuk meningkatkan hasil kesehatan maternal secara keseluruhan.

## **A. Peran Tenaga Kesehatan dalam Praktik Profesional**

Tenaga kesehatan merupakan pilar utama dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Mereka adalah individu yang mengabdikan diri di bidang kesehatan dengan kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan formal, serta memiliki kewenangan untuk melakukan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Hasanbasri et al., 2024). Praktik profesional tenaga kesehatan tidak hanya berfokus pada pengobatan, tetapi juga pada pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan edukasi masyarakat. Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menekankan perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan sepanjang mereka mematuhi standar profesi, etika, dan kebutuhan pasien.

Praktik profesional tenaga kesehatan diatur secara ketat untuk menjamin kualitas pelayanan dan keselamatan pasien. Setiap tenaga kesehatan wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) sebagai bukti legalitas. STR menunjukkan bahwa mereka telah lulus uji kompetensi dan memenuhi standar nasional, sementara SIP mengizinkan praktik di lokasi tertentu. Selain itu, mereka terikat pada kode etik profesi masing-masing, seperti Kode Etik Kedokteran Indonesia atau Kode Etik Keperawatan, yang menekankan prinsip beneficence (berbuat baik), non-maleficence (tidak merugikan), autonomy (menghormati otonomi pasien), dan justice (keadilan). Praktik ini juga harus peka budaya dan menghormati hak pasien, termasuk informed consent dan kerahasiaan medis.

Tenaga kesehatan memiliki peran multifungsi dalam masyarakat. Mereka bertindak sebagai care provider yang menangani kebutuhan fisik, mental, dan sosial pasien. Dalam konteks Indonesia, peran ini mencakup promosi kesehatan melalui edukasi, pencegahan penyakit seperti vaksinasi dan

pengendalian epidemi, pengobatan di fasilitas kesehatan, serta rehabilitasi pasca-penyakit.

Berikut adalah tabel yang merangkum beberapa jenis tenaga kesehatan utama beserta peran pokoknya dalam praktik profesional.

Tabel 8.1  
Jenis Tenaga Kesehatan dan Peran Utama dalam Praktik Profesional

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Peran Utama
1	Dokter dan Dokter Gigi (Tenaga Medis)	Diagnosis, pengobatan, intervensi bedah, dan manajemen kasus kompleks
2	Perawat dan Bidan (Tenaga Keperawatan)	Asuhan keperawatan harian, persalinan, edukasi pasien, dan pemantauan kondisi
3	Apoteker (Tenaga Kefarmasian)	Pengelolaan obat, konseling penggunaan obat, dan pencegahan kesalahan medikasi
4	Tenaga Kesehatan Masyarakat	Promosi kesehatan, epidemiologi, pencegahan penyakit, dan kebijakan kesehatan
5	Ahli Gizi dan Fisioterapis	Penanganan nutrisi, rehabilitasi fisik, dan pemulihan fungsi tubuh
6	Tenaga Keteknisian Medis (misalnya Radiografer)	Pemeriksaan penunjang seperti radiologi dan laboratorium

Sumber: Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Tabel di atas menggambarkan keragaman jenis tenaga kesehatan di Indonesia, yang dikelompokkan berdasarkan

klasifikasi resmi pemerintah. Setiap jenis memiliki kompetensi spesifik yang saling melengkapi, sehingga membentuk sistem pelayanan kesehatan yang terintegrasi. Misalnya, dokter fokus pada diagnosis kuratif, sementara tenaga kesehatan masyarakat lebih pada pencegahan di tingkat komunitas. Perbedaan ini memastikan distribusi tugas yang efisien, mengurangi beban pada satu profesi saja, dan meningkatkan aksesibilitas pelayanan bagi masyarakat luas, terutama di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Namun, tantangan seperti kekurangan tenaga di daerah tertentu menunjukkan perlunya peningkatan distribusi dan pelatihan berkelanjutan.

Dalam praktik profesional, tenaga kesehatan juga memiliki kewajiban hukum dan etis. Mereka harus memberikan pelayanan sesuai standar prosedur operasional (SPO), mendapatkan persetujuan pasien, dan mendokumentasikan setiap tindakan. Pelanggaran etik dapat dikenai sanksi oleh majelis disiplin profesi. Di sisi lain, mereka berhak atas perlindungan hukum, keselamatan kerja, dan pengembangan kompetensi melalui pendidikan berkelanjutan. Peran ini semakin relevan di tengah pandemi dan bencana kesehatan, di mana tenaga kesehatan menjadi garda terdepan.

Untuk meningkatkan kualitas praktik, pemerintah mendorong kolaborasi interprofesional dan penerapan teknologi kesehatan. Organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) atau Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) berperan dalam menetapkan standar dan kode etik. Pendidikan berkelanjutan, seperti preceptorship dan mentorship, juga penting untuk membekali tenaga kesehatan baru dengan keterampilan klinis.

Peran tenaga kesehatan dalam praktik profesional adalah fondasi pembangunan kesehatan nasional. Dengan komitmen pada etika, kompetensi, dan kolaborasi, mereka tidak hanya menyembuhkan individu, tetapi juga membangun

masyarakat yang lebih sehat dan resilien. Di masa depan, penguatan regulasi dan distribusi tenaga kesehatan akan semakin vital untuk mencapai Indonesia Sehat.

## **B. Inovasi Pelayanan Kebidanan pada *Hiperemesis gravidarum***

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan kondisi mual dan muntah berat pada kehamilan trimester pertama yang dapat menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan signifikan, serta gangguan nutrisi dan elektrolit. Kondisi ini memengaruhi sekitar 0,3-3% kehamilan dan sering menjadi penyebab utama rawat inap pada awal kehamilan. Berbeda dengan mual muntah biasa (*emesis gravidarum*) yang ringan dan hilang sendiri, HG memerlukan intervensi dini untuk mencegah komplikasi bagi ibu dan janin, seperti malnutrisi janin atau gangguan psikologis ibu. Dalam konteks pelayanan kebidanan, inovasi diperlukan untuk meningkatkan kualitas asuhan yang holistik, efektif, dan berorientasi pada pasien, mengingat pendekatan tradisional sering terfokus pada pengobatan medis semata tanpa memadai memenuhi kebutuhan fisik, emosional, dan sosial ibu hamil (Lima-De-La-Iglesia et al., 2024).

Pelayanan kebidanan konvensional pada HG biasanya mengikuti manajemen Varney dengan tujuh langkah, termasuk pengkajian data, interpretasi, diagnosis potensial, tindakan segera, rencana asuhan, pelaksanaan, dan evaluasi. Namun, inovasi terkini menekankan pendekatan multidisiplin dan holistik yang mengintegrasikan intervensi non-farmakologis, teknologi, serta dukungan psikososial. Beberapa inovasi utama dalam pelayanan kebidanan adalah sebagai berikut:

### **1. Pendekatan Holistik Terintegrasi Komplementer**

Inovasi ini menekankan pemenuhan kebutuhan holistik ibu, mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Bidan dapat menggunakan asesmen komprehensif

dengan kuesioner khusus, seperti Hyperemesis Impact of Symptoms Questionnaire, untuk menyusun rencana asuhan individual. Pendekatan ini menggabungkan terapi komplementer seperti aromaterapi lemon atau jahe, yang telah terbukti mengurangi intensitas mual melalui inhalasi. Studi menunjukkan bahwa integrasi ini meningkatkan kepuasan ibu dan mengurangi durasi gejala, meskipun implementasinya masih perlu ditingkatkan melalui pelatihan bidan.

## 2. Model Rawat Jalan (Ambulatory/Outpatient Care) dan Day Case Management

Inovasi signifikan adalah pengembangan unit rawat jalan khusus HG, seperti hydration clinic multidisiplin yang melibatkan bidan, dokter, dan nutrisisionis. Model ini memungkinkan hidrasi intravena, pemberian obat antiemetik, dan monitoring tanpa rawat inap penuh, sehingga mengurangi biaya, disrupsi keluarga, dan risiko infeksi nosokomial. Di beberapa negara, model ini telah mengurangi hari rawat inap hingga signifikan, dengan bidan berperan utama dalam *continuity of care* antara trimester pertama dan kedua. Di Indonesia, adaptasi model ini dapat dilakukan di puskesmas atau praktik mandiri bidan untuk kasus ringan hingga sedang.

## 3. Intervensi Non-Farmakologis Berbasis Bukti

Bidan semakin mengintegrasikan terapi non-obat sebagai lini pertama, seperti akupresur pada titik P6 (Neiguan) di pergelangan tangan, yang efektif mengurangi mual dan meningkatkan berat badan. Selain itu, modifikasi diet (makan sedikit tapi sering, makanan hambar tinggi protein), relaksasi, dan edukasi gaya hidup menjadi fokus. Terapi jahe atau inhalasi aromaterapi juga direkomendasikan karena aman dan murah. Inovasi ini

selaras dengan prinsip kebidanan yang memprioritaskan intervensi minimal invasif.

#### 4. Pemanfaatan Teknologi dan Telemedicine

Meskipun masih berkembang, telemedicine memungkinkan konsultasi jarak jauh oleh bidan untuk monitoring gejala, edukasi, dan dukungan emosional, terutama di daerah terpencil. Kombinasi dengan aplikasi monitoring gejala dapat mendeteksi dini deteriorasi, mengurangi kunjungan darurat. Di era pasca-pandemi, inovasi ini potensial untuk meningkatkan aksesibilitas pelayanan kebidanan pada HG.

#### 5. Dukungan Psikososial dan Pencegahan Rekurensi

Inovasi lain adalah perencanaan kehamilan preemtif bagi ibu dengan riwayat HG, termasuk penggunaan antiemetik dini dan edukasi sejak pra-konsepsi. Dukungan kelompok atau konseling psikologis oleh bidan membantu mengatasi dampak mental, seperti depresi atau trauma, yang sering menyertai HG.

Inovasi-inovasi ini tidak hanya meningkatkan outcome klinis, seperti pengurangan dehidrasi dan rawat inap, tetapi juga memperbaiki kualitas hidup ibu melalui pendekatan berpusat pada pasien. Namun, tantangan utama di Indonesia adalah keterbatasan pelatihan bidan dalam terapi komplementer dan infrastruktur rawat jalan khusus. Diperlukan kolaborasi antarprofesi, peningkatan kompetensi melalui pendidikan lanjutan, serta integrasi dalam pedoman nasional Kementerian Kesehatan. Dengan demikian, pelayanan kebidanan pada HG dapat lebih efektif, aman, dan manusiawi, mendukung visi kesehatan ibu yang berkelanjutan.

Inovasi pelayanan kebidanan pada *Hiperemesis gravidarum* mencerminkan evolusi dari pendekatan medis sentris menuju model holistik dan teknologi-supported. Implementasi yang luas akan mengurangi beban fisik-

emosional ibu hamil serta risiko komplikasi janin, sekaligus memperkuat peran bidan sebagai penyedia asuhan primer yang komprehensif.

### **C. Pendekatan Interprofesional dan Kolaboratif**

*Hiperemesis gravidarum* (HG) merupakan kondisi kompleks yang tidak hanya memengaruhi aspek fisik ibu hamil, seperti dehidrasi dan gangguan nutrisi, tetapi juga berdampak pada kesehatan psikologis, sosial, dan bahkan janin. Pendekatan tradisional yang hanya berfokus pada pengobatan medis sering kali kurang efektif karena mengabaikan dimensi multidimensi dari kondisi ini. Oleh karena itu, pendekatan interprofesional dan kolaboratif menjadi krusial dalam pelayanan kebidanan untuk HG. Pendekatan ini melibatkan kerjasama tim dari berbagai profesi kesehatan, seperti bidan, dokter obstetri, nutrisisionis, psikolog, dan perawat, guna memberikan asuhan holistik yang berpusat pada pasien.

Kolaborasi interprofesional dalam asuhan kebidanan berperan penting dalam meningkatkan keberhasilan penatalaksanaan *Hiperemesis gravidarum* (Araújo et al., 2025). Kerja sama antara bidan, dokter, dan keluarga tidak hanya berdampak pada perbaikan outcome klinis, seperti penurunan frekuensi rawat inap dan pemulihan status nutrisi ibu, tetapi juga meningkatkan kualitas hidup melalui dukungan emosional yang berkelanjutan serta upaya pencegahan komplikasi jangka panjang bagi ibu dan janin.

Konsep interprofesional collaborative practice (IPCP) dalam manajemen HG telah didukung oleh berbagai pedoman internasional, seperti dari American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) dan Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), yang menekankan tim multidisiplin untuk koordinasi perawatan. Di Indonesia, meskipun implementasinya masih terbatas, kolaborasi ini

selaras dengan prinsip asuhan kebidanan Varney dan pedoman Kementerian Kesehatan tentang pelayanan antenatal terintegrasi. Tantangan utama adalah fragmentasi perawatan, di mana bidan sering menangani kasus ringan secara mandiri, sementara kasus berat memerlukan rujukan ke dokter tanpa koordinasi lanjutan.

Pendekatan kolaboratif mengatasi hal ini dengan membangun komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan, ibu, dan keluarga. Melalui pembagian peran yang jelas serta penyusunan rencana asuhan bersama, pelayanan kebidanan dapat diberikan secara terpadu, berkesinambungan, dan sesuai kebutuhan. Kolaborasi ini membantu meningkatkan kepatuhan ibu terhadap asuhan, meminimalkan risiko komplikasi, serta mendukung pencapaian hasil kesehatan ibu dan janin yang optimal.

Beberapa komponen utama dalam pendekatan interprofesional dan kolaboratif pada HG adalah sebagai berikut:

1. Peran Bidan sebagai Koordinator Primer

Bidan berfungsi sebagai penyedia asuhan primer yang melakukan pengkajian awal, edukasi, dan intervensi non-farmakologis seperti modifikasi diet atau akupresur. Bidan juga memfasilitasi *continuity of care*, menghubungkan ibu dengan tim lain untuk memastikan pemantauan berkelanjutan, terutama di puskesmas atau praktik mandiri.

2. Kolaborasi dengan Dokter Obstetri/Ginekologi

Dokter spesialis terlibat dalam diagnosis diferensial, pemberian antiemetik, hidrasi intravena, dan penanganan komplikasi seperti ketosis atau gangguan elektrolit. Kolaborasi ini penting untuk kasus sedang hingga berat, di mana bidan merujuk pasien dan tetap terlibat dalam follow-up, sehingga mengurangi risiko rawat inap berulang.

### 3. Kontribusi Nutrisisionis/Dietisien

Nutrisisionis merancang rencana makan individual, seperti diet tinggi protein rendah lemak atau suplemen enteral jika diperlukan. Di Indonesia, asuhan gizi terintegrasi telah terbukti meningkatkan berat badan ibu dan mencegah malnutrisi, dengan kolaborasi ini menjadi kunci dalam pencegahan penurunan berat badan signifikan.

### 4. Dukungan Psikolog atau Konselor

HG sering disertai depresi, kecemasan, atau posttraumatic stress disorder. Psikolog memberikan terapi suportif atau kognitif-behavioral, sementara bidan dapat mengintegrasikan skrining psikososial awal. Kolaborasi ini mengurangi dampak mental jangka panjang dan meningkatkan adherensi terhadap pengobatan.

### 5. Peran Pendukung Lainnya

Perawat membantu monitoring vital dan hidrasi, sementara farmasis memastikan keamanan obat selama kehamilan. Di setting rawat jalan atau hydration clinic, tim multidisiplin ini dapat mengurangi biaya dan disrupsi keluarga.

Manfaat pendekatan ini terbukti dari studi internasional, di mana model multidisiplin mengurangi durasi gejala, meningkatkan kepuasan pasien, dan menurunkan risiko komplikasi janin seperti restriksi pertumbuhan. Di Indonesia, implementasi dapat dimulai dari puskesmas dengan pembentukan tim kolaboratif, pelatihan interprofesional, dan penggunaan telemedicine untuk koordinasi di daerah terpencil. Namun, hambatan seperti keterbatasan sumber daya dan kurangnya pedoman nasional spesifik perlu diatasi melalui kebijakan kesehatan yang mendukung IPCP.

Pendekatan interprofesional dan kolaboratif dalam pelayanan kebidanan pada *Hiperemesis gravidarum* merupakan evolusi menuju asuhan yang lebih efektif dan manusiawi.

Dengan mengintegrasikan keahlian berbagai profesi, pendekatan ini tidak hanya mengoptimalkan outcome fisik dan nutrisi, tetapi juga mendukung kesehatan mental ibu, sehingga berkontribusi pada kehamilan yang lebih sehat dan visi kesehatan reproduksi nasional yang berkelanjutan.

#### **D. Pemanfaatan Teknologi dalam Asuhan Maternal**

Asuhan maternal merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan reproduksi yang mencakup perawatan selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Di era digital saat ini, pemanfaatan teknologi telah menjadi faktor kunci dalam meningkatkan kualitas dan aksesibilitas asuhan maternal, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Teknologi tidak hanya membantu dalam pemantauan kesehatan ibu dan janin, tetapi juga mengatasi tantangan seperti keterbatasan akses di daerah terpencil, kekurangan tenaga kesehatan, dan risiko komplikasi yang tinggi (Atkinson et al., 2023). Pendahuluan ini akan membahas bagaimana teknologi modern, mulai dari telehealth hingga kecerdasan buatan (AI), telah mengubah paradigma asuhan maternal menjadi lebih efisien, preventif, dan inklusif.

Salah satu bentuk teknologi yang paling menonjol adalah telehealth atau telemedicine, yang memungkinkan konsultasi jarak jauh melalui video atau aplikasi mobile. Di Indonesia, pandemi COVID-19 mempercepat adopsi telehealth dalam asuhan antenatal, seperti penggunaan aplikasi Halodoc, Alodokter, atau SEHATI tele-CTG untuk pemantauan detak jantung janin secara remote. Telehealth mengurangi kebutuhan kunjungan fisik ke fasilitas kesehatan, sehingga lebih aman dan nyaman bagi ibu hamil, terutama di wilayah rural. Selain itu, aplikasi seperti Sahabat Ibu Hamil (ASIH) menyediakan edukasi interaktif tentang keluhan trimester pertama, sementara

chatbot berbasis AI memberikan informasi tentang tanda bahaya kehamilan.

Teknologi ini berperan penting dalam mendukung pelayanan kebidanan modern dengan meningkatkan kepatuhan ibu hamil terhadap jadwal antenatal care (ANC) secara teratur. Selain itu, pemanfaatannya memungkinkan tenaga kesehatan melakukan pemantauan kondisi ibu secara berkelanjutan, sehingga deteksi dini terhadap komplikasi kehamilan, seperti hipertensi gestasional, dapat dilakukan lebih cepat, tepat, dan efektif guna mencegah risiko yang lebih serius.

Teknologi wearable devices juga semakin populer dalam pemantauan kehamilan. Perangkat seperti smartwatch atau sensor khusus dapat melacak detak jantung ibu, aktivitas fisik, pola tidur, dan bahkan gerakan janin secara real-time. Di tingkat global, wearable seperti Apple Watch atau Fitbit telah digunakan untuk mendeteksi perubahan fisiologis yang terkait dengan hormon kehamilan, sementara di Indonesia, aplikasi mobile seperti m-Kesehatan Ibu Anak (m-KIA) membantu memantau tumbuh kembang anak sejak masa prenatal. Perangkat ini memungkinkan ibu hamil untuk mengawasi kesehatan mereka sendiri di rumah, mengurangi risiko kunjungan terlambat ke bidan atau dokter. Kombinasi dengan remote monitoring, seperti pengukuran tekanan darah di rumah, telah terbukti efektif dalam mengurangi angka kematian maternal akibat preeklamsia.

Kecerdasan buatan (AI) dan machine learning semakin integratif dalam asuhan maternal. AI dapat menganalisis data besar dari rekam medis elektronik untuk memprediksi risiko komplikasi, seperti perdarahan pascapersalinan atau kelahiran prematur. Di Indonesia, inovasi seperti Tele-Midwifery berbasis chatbot meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya, sementara sistem prediksi AI membantu bidan dalam pengambilan keputusan. Teknologi ini juga mendukung

ultrasonografi point-of-care (OPOCUS) yang lebih akurat dan terjangkau. Selain itu, aplikasi SMS seperti yang dikembangkan oleh Jhpiego di Indonesia telah menjangkau ratusan ribu ibu dengan informasi tentang persalinan aman dan perawatan bayi baru lahir.

Untuk memperjelas perbandingan berbagai teknologi yang digunakan dalam asuhan maternal, berikut adalah tabel yang merangkum contoh-contoh utama beserta manfaatnya.

Tabel 8.2

Contoh Teknologi dalam Asuhan Maternal dan Manfaatnya

No	Teknologi	Contoh Aplikasi/Perangkat	Manfaat Utama
1	Telehealth/ Telemedicine	Halodoc, Alodokter, SEHATI tele-CTG	Konsultasi jarak jauh, edukasi interaktif, deteksi dini komplikasi
2	Aplikasi Mobile	Sahabat Ibu Hamil (ASIH), m-KIA	Pemantauan keluhan kehamilan, edukasi tentang ANC
3	Wearable Devices	Smartwatch (Fitbit, Apple Watch), sensor janin	Pemantauan real-time detak jantung, aktivitas, pola tidur
4	AI dan Chatbot	Tele-Midwifery chatbot, predictive analytics	Prediksi risiko, edukasi personalisasi, dukungan mental health
5	Remote Monitoring	Pengukur tekanan darah rumah, fetal doppler	Penggantian pemeriksaan fisik di klinik

Sumber: telehealth di Indonesia (2020-2024)

Tabel tersebut menunjukkan bahwa telehealth dan aplikasi mobile mendominasi di Indonesia karena kemudahan akses melalui smartphone yang semakin meluas, dengan penetrasi mencapai lebih dari 70% populasi. Manfaat utama meliputi pengurangan biaya transportasi dan waktu, peningkatan kepatuhan ANC hingga 20-30% berdasarkan studi di Zanzibar dan Nigeria yang serupa, serta deteksi dini yang dapat menurunkan angka kematian maternal. Namun, wearable dan AI masih lebih umum di negara maju, meski potensinya besar untuk diadopsi di Indonesia guna mengatasi disparitas urban-rural. Secara keseluruhan, integrasi teknologi ini telah membuktikan efisiensinya dalam meningkatkan outcome maternal tanpa mengorbankan kualitas, meskipun tantangan seperti literasi digital dan infrastruktur internet perlu diatasi.

Meskipun teknologi membawa banyak manfaat, tantangan tetap ada, seperti kesenjangan digital di daerah pedesaan, isu privasi data, dan kebutuhan pelatihan bagi tenaga kesehatan. Di Indonesia, program seperti Kader Kita yang melibatkan kader posyandu dengan aplikasi digital menunjukkan pendekatan hybrid yang efektif. Ke depan, integrasi teknologi dengan sistem kesehatan nasional, seperti Buku KIA digital, akan semakin memperkuat asuhan maternal.

Pemanfaatan teknologi dalam asuhan maternal telah merevolusi pelayanan kesehatan ibu, dari pencegahan hingga intervensi dini. Dengan dukungan kebijakan pemerintah dan kolaborasi internasional, teknologi ini berpotensi menurunkan angka kematian maternal secara signifikan, menciptakan generasi yang lebih sehat, dan mewujudkan akses kesehatan yang merata bagi semua ibu hamil di Indonesia

## **E. Tantangan dan Etika Praktik Kebidanan**

Praktik kebidanan merupakan salah satu pilar utama dalam sistem kesehatan reproduksi di Indonesia, dengan fokus

pada pendampingan perempuan sepanjang siklus kehidupan reproduksinya, mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, hingga kesehatan keluarga berencana. Bidan tidak hanya bertindak sebagai penyedia asuhan klinis, tetapi juga sebagai advokat hak-hak perempuan dan bayi baru lahir. Namun, di tengah peran strategis ini, praktik kebidanan sering kali dihadapkan pada berbagai tantangan etis yang kompleks. Etika dalam kebidanan menjadi landasan moral untuk memastikan pelayanan yang bermutu, menghormati otonomi pasien, dan menjaga integritas profesi (Honkavuo, 2022). Pembahasan ini akan menguraikan prinsip etika kebidanan, tantangan yang dihadapi, serta implikasinya terhadap praktik profesional.

Etika profesi kebidanan di Indonesia diatur melalui Kode Etik Bidan yang ditetapkan oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) sejak tahun 1986 dan disahkan pada Kongres Nasional IBI tahun 1988. Kode etik ini selaras dengan standar internasional dari International Confederation of Midwives (ICM), yang menekankan empat prinsip utama: penghormatan terhadap otonomi perempuan, beneficence (berbuat baik), non-maleficence (tidak merugikan), dan justice (keadilan). Di tingkat nasional, Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan memperkuat kerangka ini. Kode etik bidan Indonesia mencakup kewajiban terhadap klien, tugas profesi, rekan sejawat, dan masyarakat, dengan penekanan pada kerahasiaan, informed consent, dan praktik berbasis bukti (*evidence-based practice*). Prinsip-prinsip ini bertujuan untuk melindungi martabat perempuan, memastikan pelayanan yang transparan, serta mencegah konflik kepentingan.

Meskipun kerangka etika yang kuat telah ada, praktik kebidanan di Indonesia menghadapi sejumlah tantangan yang

dapat menguji penerapan prinsip-prinsip tersebut. Tantangan ini dapat diklasifikasikan menjadi beberapa aspek utama:

#### 1. Konflik Otonomi dan Informed Consent

Bidan sering menghadapi situasi di mana pasien atau keluarga menolak intervensi medis berdasarkan keyakinan budaya atau agama, seperti penolakan transfusi darah atau vaksinasi. Hal ini menimbulkan dilema antara menghormati otonomi pasien dan kewajiban untuk mencegah kerugian pada ibu atau janin. Di era digital, informasi yang salah dari media sosial semakin memperumit proses informed consent, di mana bidan harus memastikan pasien memahami risiko dan manfaat secara akurat.

#### 2. Keterbatasan Sumber Daya dan Lingkungan Kerja

Di daerah terpencil, bidan kerap bekerja dengan fasilitas minim, seperti kurangnya peralatan darurat atau akses rujukan. Tantangan ini menguji prinsip non-maleficence, karena keterlambatan penanganan dapat menyebabkan komplikasi. Selain itu, beban kerja berlebih dan kurangnya dukungan institusi meningkatkan risiko burnout, yang berpotensi menurunkan kualitas pelayanan etis.

#### 3. Isu Privasi dan Keamanan Data di Era Digital

Perkembangan teknologi seperti telemedicine dan rekam medis elektronik membawa manfaat, tetapi juga risiko pelanggaran kerahasiaan. Bidan harus menavigasi etika penggunaan data pasien, terutama dalam konteks regulasi perlindungan data pribadi yang masih berkembang di Indonesia.

#### 4. Persaingan Profesional dan Integritas

Persaingan tidak sehat antar tenaga kesehatan, termasuk praktik di luar kewenangan, dapat mengerosi integritas profesi. Contohnya, kasus malpraktik akibat kelalaian dokumentasi atau komunikasi yang buruk sering

kali berujung pada hilangnya kepercayaan masyarakat terhadap bidan.

#### 5. Pengaruh Budaya dan Sosial

Dalam masyarakat multikultural Indonesia, bidan harus menghadapi norma budaya yang kadang bertentangan dengan praktik berbasis bukti, seperti preferensi persalinan tradisional yang berisiko. Hal ini menuntut sensitivitas budaya tanpa mengorbankan standar etika profesional.

tantangan-tantangan tersebut tidak hanya berkaitan dengan kemampuan individu bidan, tetapi juga bersifat struktural karena dipengaruhi oleh kebijakan kesehatan nasional, sistem pelayanan, serta distribusi tenaga kesehatan yang belum merata, khususnya di daerah terpencil. Kondisi ini dapat berdampak pada kualitas dan akses asuhan kebidanan bagi masyarakat. Di sisi lain, pesatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan menuntut bidan untuk senantiasa meningkatkan pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan. Hal ini sejalan dengan amanat Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dalam menjaga profesionalisme dan mutu pelayanan kebidanan.

Untuk mengatasi tantangan tersebut, diperlukan pendekatan multifaset. Pertama, penguatan pendidikan etika dalam kurikulum kebidanan, termasuk simulasi kasus dilema etis, dapat meningkatkan kompetensi pengambilan keputusan. Kedua, kolaborasi antara IBI, pemerintah, dan institusi kesehatan untuk menyediakan pelatihan rutin dan perlindungan hukum bagi bidan. Ketiga, promosi praktik berbasis bukti dan komunikasi empati untuk membangun kepercayaan pasien. Keempat, penerapan pedoman etis dalam penggunaan teknologi digital guna menjaga privasi. Dengan demikian, bidan dapat mempertahankan integritas profesi sambil berkontribusi pada penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Tantangan dan etika praktik kebidanan saling terkait erat, di mana etika berfungsi sebagai kompas dalam menghadapi kompleksitas praktik sehari-hari. Di tengah dinamika kesehatan global dan nasional, komitmen terhadap kode etik tidak hanya menjaga martabat profesi, tetapi juga memastikan hak-hak perempuan dan anak terpenuhi. Bidan sebagai garda terdepan kesehatan reproduksi memiliki potensi besar untuk menjadi agen perubahan, asalkan didukung oleh sistem yang kuat dan pemahaman etis yang mendalam. Pada akhirnya, penguatan etika kebidanan akan berkontribusi pada pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan di bidang kesehatan Indonesia.

## **F. Penguatan Mutu Layanan dan Kestinambungan Asuhan**

Praktik kebidanan di Indonesia memainkan peran krusial dalam upaya penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), serta pencapaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs) bidang kesehatan. Penguatan mutu layanan kebidanan menjadi prioritas nasional, terutama dalam konteks transformasi kesehatan yang dicanangkan pemerintah (Nove et al., 2024). Sementara itu, kesinambungan asuhan (*continuity of care/CoC*) merupakan model pendekatan yang menekankan pelayanan terintegrasi dari masa kehamilan hingga nifas dan keluarga berencana, dengan bidan sebagai penyedia utama. Pembahasan ini akan menguraikan konsep penguatan mutu layanan, model kesinambungan asuhan, tantangan implementasi, serta strategi penguatan di Indonesia pada era terkini.

Penguatan mutu layanan kebidanan didasarkan pada kerangka regulasi yang kuat. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menetapkan beberapa peraturan utama, seperti Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan, yang

mengatur jenis dan mutu pelayanan dasar yang wajib diberikan. Selain itu, Permenkes Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan mencakup fasilitas seperti klinik dan puskesmas, di mana bidan sering berpraktik. Ikatan Bidan Indonesia (IBI) juga aktif mendorong peningkatan mutu melalui program pendidikan berkelanjutan dan penjaminan kompetensi.

Pada tahun 2025, Kolegium Kebidanan meluncurkan Kerangka Pengembangan Kurikulum Pendidikan Kebidanan baru, yang berfokus pada standar global untuk meningkatkan kualitas lulusan bidan. Strategi penguatan mutu meliputi audit klinis, supervisi berkala, dan penerapan *evidence-based practice* untuk memastikan pelayanan aman, efektif, dan berorientasi pada pasien.

Kesinambungan asuhan kebidanan atau *Continuity of Midwifery Care* (CoMC) merupakan suatu model pelayanan yang menempatkan satu bidan atau tim kecil bidan sebagai pendamping utama perempuan secara berkelanjutan sepanjang siklus reproduksi, mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga perawatan bayi baru lahir dan keluarga berencana. Model ini bertujuan membangun hubungan saling percaya, meningkatkan kualitas komunikasi, serta memastikan pelayanan yang holistik, individual, dan berkesinambungan sesuai kebutuhan perempuan.. Model ini mencakup tiga aspek utama:

1. Kesinambungan informasi

Kesinambungan informasi diwujudkan melalui dokumentasi asuhan yang lengkap, sistematis, dan mudah dipahami, serta transfer data yang akurat antar tahap pelayanan untuk menjamin kesinambungan dan keselamatan asuhan kebidanan.

## 2. Kestinambungan hubungan

Kestinambungan hubungan tercapai melalui interaksi berkelanjutan antara bidan dan klien, yang membangun rasa saling percaya, meningkatkan kenyamanan, serta membuat perempuan merasa didukung secara emosional selama proses asuhan.

## 3. Kestinambungan manajemen

Kestinambungan manajemen menekankan koordinasi asuhan secara terpadu mulai dari antenatal care, intranatal care, postnatal care, pelayanan keluarga berencana, hingga asuhan bayi baru lahir secara berkesinambungan.

Di Indonesia, model CoC telah terintegrasi dalam pendidikan kebidanan dan praktik mandiri bidan (PMB). Penelitian menunjukkan bahwa CoC meningkatkan kepuasan ibu, mengurangi intervensi medis yang tidak perlu, serta berkontribusi pada penurunan komplikasi maternal dan neonatal. Program Desa Bidan sejak era sebelumnya telah menjadi fondasi, di mana bidan ditempatkan di wilayah rural untuk memberikan asuhan berkelanjutan. Pada 2025-2026, tema Musyawarah Cabang IBI di berbagai daerah, seperti "Satukan Langkah dalam Transformasi Kesehatan untuk Penguatan Pelayanan Kebidanan Berkesinambungan Berbasis Bukti", mencerminkan komitmen organisasi profesi untuk mengimplementasikan model ini secara luas.

Meskipun demikian, implementasi penguatan mutu dan kestinambungan asuhan menghadapi beberapa tantangan. Pertama, distribusi bidan yang tidak merata, terutama di daerah terpencil, menyebabkan beban kerja berlebih dan kesulitan dalam menjaga kestinambungan. Kedua, keterbatasan infrastruktur, seperti fasilitas rujukan dan teknologi digital, menghambat dokumentasi dan telemedicine untuk CoC. Ketiga, pengaruh budaya dan informasi salah di masyarakat kadang menolak pendekatan berbasis bukti. Keempat,

meskipun kurikulum baru telah diluncurkan, transisi ke praktik lapangan memerlukan waktu dan pelatihan lanjutan. Tantangan ini diperburuk oleh fluktuasi data kesehatan, di mana AKI masih menjadi isu prioritas meskipun ada penurunan bertahap.

Untuk mengatasi tantangan tersebut, diperlukan strategi multifaset yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan. Beberapa langkah konkret meliputi:

1. Penguatan pendidikan dan kompetensi

Penguatan pendidikan bidan dilakukan melalui integrasi *Continuity of care* dalam kurikulum profesi, disertai pelatihan mHealth guna meningkatkan kompetensi monitoring jarak jauh dan pelayanan berkelanjutan.

2. Kolaborasi lintas sektor

Kolaborasi lintas sektor melibatkan IBI, Kementerian Kesehatan, dan BPJS Kesehatan untuk memperkuat implementasi CoC melalui program JKN, sehingga akses pelayanan kebidanan bermutu semakin merata.

3. Pemanfaatan teknologi

Pemanfaatan teknologi diwujudkan melalui pengembangan aplikasi digital untuk dokumentasi CoC yang terintegrasi, memudahkan kesinambungan informasi, meningkatkan efisiensi pelayanan, serta mendukung pengambilan keputusan klinis.

4. Advokasi dan supervisi

Advokasi dan supervisi dilaksanakan melalui audit mutu berkala serta pembinaan oleh kolegium kebidanan guna memastikan kepatuhan terhadap standar praktik dan peningkatan kualitas asuhan berkelanjutan.

5. Pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui edukasi berkelanjutan mengenai manfaat *Continuity of care*, sehingga meningkatkan kesadaran, kepercayaan, dan pemanfaatan layanan kebidanan secara optimal.

Dengan implementasi strategi ini, penguatan mutu layanan dan kesinambungan asuhan dapat tercapai secara berkelanjutan. Penguatan mutu layanan dan kesinambungan asuhan kebidanan merupakan elemen esensial dalam transformasi kesehatan Indonesia. Model CoC tidak hanya meningkatkan outcome klinis, tetapi juga memperkuat hubungan bidan-klien yang berpusat pada perempuan (*women-centred care*). Di tengah perkembangan regulasi dan komitmen IBI pada 2025-2026, bidan memiliki peluang besar untuk menjadi agen utama penurunan AKI dan AKB.

Keberhasilan pencapaian tujuan kesehatan maternal tidak terlepas dari adanya dukungan sistemik yang kuat, penerapan inovasi berbasis bukti ilmiah, serta kolaborasi lintas profesi yang berkesinambungan. Sinergi antara tenaga kesehatan, keluarga, dan pemangku kebijakan menjadi kunci dalam meningkatkan mutu pelayanan kebidanan secara menyeluruh. Dengan penguatan sistem pelayanan yang responsif dan berorientasi pada kebutuhan ibu dan anak, upaya ini diharapkan mampu menurunkan risiko komplikasi kehamilan serta meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Pada akhirnya, hal tersebut akan berkontribusi nyata dalam mewujudkan generasi Indonesia yang lebih sehat, produktif, dan berdaya saing, sejalan dengan visi Indonesia Emas 2045.

\*\*\*\*\*

# BAB 9

## STUDI KASUS ASUHAN KEBIDANAN PADA *HIPEREMESIS GRAVIDARUM*

*Hiperemesis gravidarum* merupakan salah satu komplikasi kehamilan yang ditandai oleh mual dan muntah berlebihan, sering kali menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan, serta ketidakseimbangan elektrolit pada ibu hamil. Kondisi ini biasanya muncul pada trimester pertama dan dapat berlanjut hingga trimester kedua, memengaruhi sekitar 0,3 hingga 3 persen kehamilan di seluruh dunia, termasuk di Indonesia di mana prevalensinya mencapai hingga 14,8 persen. Faktor risiko meliputi peningkatan hormon seperti estrogen dan hCG, terutama pada primigravida atau kehamilan kembar, yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan berpotensi membahayakan kesehatan janin jika tidak ditangani dengan tepat.

Dalam praktik kebidanan, asuhan pada *Hiperemesis gravidarum* mengikuti manajemen standar seperti pendekatan Varney, yang mencakup pengkajian mendalam, diagnosis dini, intervensi terapeutik, serta evaluasi berkelanjutan. Contohnya, pada kasus seorang ibu hamil berusia 21 tahun dengan kehamilan pertama pada usia 9 minggu, diagnosis hiperemesis tingkat satu diatasi melalui rehidrasi infus, obat antiemetik, edukasi nutrisi dengan pola makan kecil tapi sering, dan dukungan emosional, menghasilkan perbaikan gejala dalam tiga hari. Pendekatan pada kasus serupa menekankan konseling keluarga dan pemantauan gizi guna meningkatkan kualitas hidup ibu hamil serta mendukung perkembangan janin optimal secara komprehensif melalui asuhan.

## **A. Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan**

Asuhan kebidanan pada masa kehamilan merupakan salah satu pilar utama dalam upaya menjaga kesehatan ibu dan janin secara optimal. Di Indonesia, pelayanan *antenatal care* (ANC) dirancang untuk mendeteksi dini risiko kehamilan, memberikan edukasi, serta memantau perkembangan janin melalui kunjungan rutin. Meskipun standar terkini dari Kementerian Kesehatan merekomendasikan minimal enam kali kunjungan dengan distribusi spesifik per trimester, pendekatan empat kali kunjungan tetap menjadi dasar dalam praktik mandiri bidan, terutama ketika diterapkan dengan prinsip *Continuity of care*.

Pendekatan ini memungkinkan bidan membangun hubungan berkelanjutan dengan pasien melalui komunikasi yang terbuka dan saling percaya. Dengan hubungan yang baik, bidan dapat memahami kebutuhan fisik dan psikologis pasien secara lebih mendalam. Hal tersebut mendukung pemantauan kondisi ibu hamil secara lebih personal dan efektif, sehingga asuhan kebidanan dapat disesuaikan dengan perkembangan kondisi pasien serta meningkatkan keberhasilan penatalaksanaan secara menyeluruh..

Kasus Ny. J, seorang primigravida berusia 29 tahun (G1P0A0), mengilustrasikan penerapan asuhan kebidanan yang komprehensif melalui empat kunjungan ANC dari trimester I hingga III. Kehamilan dimulai dengan HPHT 9 Mei 2022 dan taksiran persalinan 16 Februari 2023. Proses asuhan ini menunjukkan bagaimana bidan merespons berbagai keluhan fisiologis dan minor yang umum terjadi selama kehamilan, sekaligus memastikan kondisi ibu dan janin tetap stabil.

Pada kunjungan pertama (22 Juni 2022, usia kehamilan 6 minggu 1 hari), fokus utama adalah penanganan *Hiperemesis gravidarum*. Keluhan mual dan muntah berlebih disertai penurunan berat badan dari 56 kg menjadi 55 kg menjadi

perhatian utama. *Hiperemesis gravidarum* merupakan kondisi yang lebih parah dibandingkan morning sickness biasa, sering dikaitkan dengan peningkatan hormon hCG pada trimester awal. Kondisi ini dapat menyebabkan dehidrasi dan kekurangan nutrisi jika tidak ditangani dengan baik. Bidan memberikan edukasi tentang sifat fisiologis keluhan ini, menyarankan pola makan sedikit tapi sering, menghindari makanan pemicu, serta konsumsi suplemen zat besi pada malam hari untuk mengurangi efek samping mual. Anjuran aktivitas ringan seperti jalan santai dan pemberian obat anti muntah juga diberikan. Pendekatan ini bersifat nonfarmakologis terlebih dahulu, sesuai dengan prinsip manajemen *Hiperemesis gravidarum* tingkat ringan hingga sedang di tingkat pelayanan primer.

Kunjungan kedua (23 Agustus 2022, usia kehamilan 14 minggu 4 hari) menandai transisi ke trimester II, di mana keluhan utama bergeser menjadi kram pada kedua kaki dan rasa cemas. Peningkatan berat badan menjadi 61 kg menunjukkan pemulihan nutrisi pasca-hiperemesis. Kram kaki sering disebabkan oleh perubahan sirkulasi dan tekanan rahim yang mulai membesar. Intervensi berupa edukasi perawatan payudara dini, senam hamil untuk relaksasi otot, serta konsumsi makanan bergizi mencerminkan upaya promotif dan preventif.

Senam hamil tidak hanya berperan dalam mengurangi keluhan fisik seperti kram dan ketegangan otot, tetapi juga memberikan manfaat signifikan terhadap kesejahteraan psikologis ibu primigravida. Melalui aktivitas fisik yang terarah dan aman, ibu hamil dapat meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi kecemasan, serta membantu proses adaptasi terhadap perubahan fisiologis dan emosional selama kehamilan, sehingga mendukung kondisi ibu yang lebih sehat dan siap menghadapi persalinan.

Selanjutnya, kunjungan ketiga (13 Oktober 2022, usia kehamilan 22 minggu) mengungkap keluhan susah BAB (konstipasi) dan kontraksi hilang-timbul. Konstipasi merupakan keluhan umum pada trimester II akibat pengaruh hormon progesteron yang memperlambat gerak peristaltik usus, ditambah efek suplemen zat besi serta kurangnya asupan serat dan cairan. Bidan merespons dengan anjuran konsumsi makanan berserat tinggi, minum air yang cukup, dan melanjutkan senam hamil. Edukasi tentang tanda-tanda persalinan juga diberikan untuk meningkatkan kewaspadaan ibu. Pendekatan ini bersifat holistik, mengintegrasikan aspek nutrisi, aktivitas fisik, dan pengetahuan diri.

Pada kunjungan terakhir (18 Desember 2022, usia kehamilan 32 minggu), ibu melaporkan sakit perut menjalar ke pinggang yang hilang-timbul. Pemeriksaan objektif menunjukkan TFU 28 cm, DJJ 140x/menit, dan estimasi berat janin 2325 gram, yang semuanya dalam batas normal. Keluhan tersebut kemungkinan besar merupakan kontraksi Braxton Hicks, yaitu kontraksi latihan yang tidak teratur dan tidak menyakitkan secara berkelanjutan. Kontraksi ini normal pada trimester III sebagai persiapan rahim menghadapi persalinan, berbeda dengan kontraksi asli yang semakin teratur dan intens. Bidan menjelaskan fenomena ini, melakukan pemeriksaan Leopold secara teliti, serta menganjurkan pemeriksaan USG oleh dokter untuk konfirmasi lebih lanjut.

Asuhan kebidanan pada Ny. J menunjukkan penerapan prinsip *Continuity of care* yang efektif. Melalui empat kunjungan tersebut, bidan berhasil mengatasi keluhan utama seperti *Hiperemesis gravidarum*, kram kaki, konstipasi, dan kontraksi palsu, sambil memantau parameter vital seperti tekanan darah, berat badan, dan detak jantung janin. Pendekatan ini tidak hanya bersifat kuratif, tetapi juga promotif

dan preventif, sehingga meningkatkan kesiapan ibu menghadapi persalinan.

Asuhan kebidanan yang berkelanjutan seperti ini membuktikan pentingnya peran bidan dalam pelayanan primer. Dengan edukasi yang tepat dan intervensi yang tepat waktu, risiko komplikasi dapat diminimalkan, sehingga ibu dan janin dapat melewati masa kehamilan dengan sehat. Kasus Ny. J menjadi bukti bahwa meskipun kunjungan ANC dilakukan secara minimal, kualitas pendekatan yang kontinu dan berbasis bukti dapat memberikan hasil yang optimal bagi kesehatan ibu dan anak.

## **B. Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan**

Asuhan kebidanan pada masa persalinan merupakan tahap krusial dalam siklus reproduksi yang menuntut keterampilan teknis tinggi, kepekaan emosional, serta kemampuan pengambilan keputusan cepat. Pada kasus Ny. J, persalinan berlangsung pada tanggal 15 Februari 2023 di Praktik Mandiri Bidan (PMB) Pera, tepat pada usia kehamilan 39 minggu 1 hari. Proses persalinan normal spontan tanpa komplikasi ini dilaksanakan dengan pendekatan *Continuity of care*, di mana bidan yang sama yang telah mendampingi sejak masa antenatal terus memberikan asuhan.

Kontinuitas asuhan kebidanan terbukti memberikan dampak positif yang signifikan terhadap kondisi psikologis dan fisik ibu. Pendampingan yang berkelanjutan mampu mengurangi kecemasan, meningkatkan rasa percaya diri, serta memperkuat kesiapan ibu dalam menghadapi proses persalinan. Dengan pemantauan yang konsisten dan komunikasi yang efektif, bidan dapat mendukung tercapainya persalinan fisiologis yang aman, nyaman, dan sesuai dengan kebutuhan ibu serta kondisi janin.

Persalinan dibagi menjadi empat kala, masing-masing memiliki karakteristik, tujuan, dan intervensi spesifik. Pendampingan bidan yang konsisten memungkinkan pemahaman mendalam terhadap kebutuhan fisik dan psikologis Ny. J, sehingga setiap intervensi dapat disesuaikan secara individual.

Pada kala I (fase dilatasi), diagnosis utama adalah ibu inpartu dengan pembukaan serviks telah mencapai 4 cm, kemudian berkembang hingga 8 cm dalam waktu relatif singkat. Kontraksi uterus semakin kuat, frekuensi 4 kali dalam 10 menit dengan durasi 40 detik, disertai keluarnya lendir bercampur darah (show). Parameter vital ibu tetap stabil (tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,8°C) dan detak jantung janin (DJJ) normal pada 140x/menit. Intervensi utama berfokus pada dukungan non-farmakologis, yaitu pemberian informasi bahwa kondisi berjalan baik, dukungan emosional berkelanjutan, mobilisasi aktif (berjalan, jongkok, penggunaan gymball), serta asupan nutrisi dan cairan saat kontraksi melemah. Pemasangan infus dilakukan sebagai langkah preventif untuk menjaga hidrasi dan akses cepat jika diperlukan intervensi lanjutan.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa ibu mampu melakukan mobilisasi secara mandiri dan efektif sesuai anjuran. Dukungan emosional serta pendampingan yang adekuat membuat ibu merasa aman dan percaya diri. Kondisi ini berkontribusi positif terhadap peningkatan kenyamanan, pengurangan kecemasan, serta percepatan progres dilatasi selama proses persalinan berlangsung.

Memasuki kala II (fase pengeluaran), pembukaan serviks telah lengkap 10 cm, ditandai dengan kontraksi yang semakin intens (5 kali dalam 10 menit, durasi 45 detik), dorongan mengejan spontan, tekanan pada anus, serta perineum yang mulai menonjol. Bidan memberikan informasi

kondisi terkini, terus memberikan dukungan emosional, dan memimpin teknik mengejan yang benar dengan posisi litotomi. Persiapan alat-alat persalinan sesuai standar Asuhan Persalinan Normal (APN) dilakukan secara teliti. Proses ini berjalan lancar hingga bayi perempuan lahir pada pukul 18.40 WIB dengan berat badan 3000 gram, panjang badan 48 cm, dan skor Apgar 9. Kelahiran spontan tanpa episiotomi menunjukkan kemampuan ibu dalam mengikuti panduan mengejan serta efektivitas pendampingan bidan dalam menjaga posisi dan ritme yang optimal.

Kala III (fase pelepasan dan pengeluaran plasenta) berlangsung dengan tanda-tanda klasik pelepasan plasenta, yaitu mules pada perut, semburan darah dari vagina, memanjangnya tali pusat, serta perubahan bentuk uterus (perut membulat dan tinggi fundus uteri setinggi pusat). Intervensi yang dilakukan meliputi pemberian informasi kepada ibu, controlled cord traction (PTT) yang tepat, serta fundal massage sebanyak 15 kali selama 15 detik untuk merangsang kontraksi uterus. Plasenta lahir lengkap dengan berat sekitar 500–600 gram dan panjang tali pusat 50–60 cm. Pemeriksaan menyeluruh terhadap kelengkapan plasenta serta perdarahan vagina menunjukkan tidak ada robekan atau retensi, sehingga perdarahan berada dalam batas normal. Keberhasilan kala III ini sangat penting karena merupakan penentu utama pencegahan perdarahan postpartum primer.

Pada kala IV (observasi dua jam pascapersalinan), ibu menunjukkan kondisi stabil dengan ekspresi bahagia, meskipun masih merasakan mules ringan akibat kontraksi uterus yang terus berlangsung untuk mencegah perdarahan. Parameter vital tetap baik (tekanan darah 100/80 mmHg, suhu 37°C), tinggi fundus uteri dua jari di bawah pusat, dan perdarahan vagina dalam jumlah normal. Observasi dilakukan secara intensif setiap 15–30 menit selama dua jam. Intervensi utama adalah

pendorongan inisiasi menyusui dini (IMD) segera setelah kelahiran, pemberian informasi bahwa mules merupakan proses fisiologis normal, serta asupan nutrisi dan cairan untuk pemulihan. Evaluasi akhir menunjukkan kondisi ibu stabil, ASI pertama berhasil diberikan, dan tidak ditemukan tanda-tanda perdarahan berlebih atau infeksi.

Asuhan kebidanan pada masa persalinan Ny. J mencerminkan penerapan prinsip APN yang holistik, fisiologis, dan berbasis bukti. Pendekatan *Continuity of care* terbukti memberikan dampak positif melalui penguatan ikatan emosional antara bidan dan ibu, yang berkontribusi pada rendahnya intervensi medis invasif, kelahiran spontan tanpa komplikasi, serta pemulihan pascapersalinan yang baik. Kasus ini memperkuat argumen bahwa pendampingan kontinu oleh bidan yang terlatih tidak hanya meningkatkan outcome klinis, tetapi juga pengalaman persalinan yang positif dan memberdayakan bagi ibu primigravida. Keberhasilan ini sekaligus menjadi bukti pentingnya penguatan pelayanan kebidanan mandiri sebagai bagian integral dari sistem kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

### **C. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas**

Asuhan kebidanan pada masa nifas merupakan tahap akhir dalam siklus asuhan berkelanjutan yang bertujuan memastikan pemulihan fisik dan psikologis ibu pascapersalinan, mendukung keberhasilan pemberian ASI eksklusif, serta mencegah komplikasi yang dapat mengancam kesehatan ibu dan bayi. Masa nifas didefinisikan sebagai periode enam minggu pertama setelah kelahiran, di mana terjadi proses involusi uterus, pengeluaran lochea, penyembuhan luka plasenta, serta adaptasi hormonal dan emosional. Di Indonesia, standar asuhan nifas menekankan

minimal empat kali kunjungan untuk memantau perkembangan tersebut secara sistematis.

Pendekatan *Continuity of care* yang diterapkan pada Ny. J memungkinkan bidan yang sama memberikan asuhan secara berkesinambungan sejak masa kehamilan, persalinan, hingga nifas. Dengan kesinambungan ini, pemantauan kondisi ibu dan janin menjadi lebih akurat, hubungan saling percaya antara bidan dan klien terbangun dengan baik, serta setiap intervensi dapat direncanakan dan dilaksanakan secara tepat sasaran sesuai kebutuhan klien.

Kasus Ny. J, berusia 29 tahun (kini G1P1A0), menjalani empat kunjungan nifas pasca persalinan normal spontan pada 15 Februari 2023. Proses pemulihan berlangsung lancar tanpa tanda-tanda komplikasi seperti perdarahan berlebihan, infeksi puerperium, atau gangguan laktasi. Keempat kunjungan ini mencerminkan penerapan asuhan nifas yang holistik, berjenjang, dan berbasis bukti.

Kunjungan pertama dilakukan pada 6 jam postpartum (16 Februari 2023). Pada tahap ini, fokus utama adalah observasi awal pascapersalinan untuk mendeteksi perdarahan postpartum primer dan memastikan stabilitas vital. Keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital normal, tinggi fundus uteri (TFU) dua jari di bawah pusat, dan lokhea rubra keluar sekitar 50 cc—semua menunjukkan proses fisiologis yang normal. ASI sudah keluar dari payudara yang simetris, menandakan awal laktasi yang baik. Intervensi meliputi pemberian informasi tentang kondisi ibu, pengenalan tanda bahaya nifas (demam tinggi, perdarahan banyak, nyeri hebat, bau busuk pada lokhea), anjuran mobilisasi dini untuk mencegah tromboemboli, menyusui setiap dua jam, serta menjaga higiene perineum dan payudara. Langkah ini sangat krusial karena sebagian besar komplikasi nifas berat dapat dicegah dengan deteksi dini dan edukasi pada 24 jam pertama.

Kunjungan kedua pada hari ke-6 nifas (22 Februari 2023) menunjukkan perkembangan positif. Ibu merasa senang, lokhea telah berubah menjadi warna coklat (serosa rubra), dan ASI mengalir lancar. Keadaan umum tetap baik tanpa demam atau pembengkakan payudara. Bidan memverifikasi involusi uterus yang berjalan normal, menilai tidak adanya tanda infeksi, serta memberikan edukasi lanjutan tentang konsumsi makanan bergizi tinggi protein, zat besi, dan kalsium untuk mendukung pemulihan dan produksi ASI. Teknik menyusui yang benar ditekankan, termasuk posisi duduk atau miring yang nyaman serta prinsip on demand (menyusui sesuai keinginan bayi). Perawatan payudara juga diajarkan untuk mencegah puting lecet dan mastitis. Pada tahap ini, dukungan emosional tetap penting karena ibu primipara sering mengalami kecemasan terkait kemampuan merawat bayi dan perubahan peran sosial.

Pada kunjungan ketiga (hari ke-14 nifas, 9 Maret 2023), lokhea telah berubah menjadi kuning sedikit (serosa), volume menurun drastis, dan TFU tidak teraba lagi menandakan involusi uterus hampir selesai. Bayi menunjukkan kekuatan menyusu yang baik, tanpa tanda dehidrasi atau penurunan berat badan yang signifikan. Bidan kembali memastikan tidak ada demam, keputihan abnormal, atau tanda infeksi. Edukasi difokuskan pada menjaga suhu tubuh bayi, pentingnya ASI eksklusif on demand setiap 2–3 jam, serta pengenalan pola tidur dan eliminasi bayi. Tahap ini menegaskan bahwa proses penyembuhan luka plasenta telah berjalan optimal, sehingga risiko endometritis atau perdarahan sekunder sangat rendah.

Kunjungan terakhir pada 6 minggu postpartum (20 April 2023) menjadi penutup asuhan nifas. Tidak ada lagi perdarahan atau lokhea, ASI tetap lancar, dan ibu tidak mengeluhkan nyeri. TFU tidak teraba, menunjukkan involusi uterus telah sempurna. Pada fase ini, bidan memberikan

konfirmasi bahwa pemulihan telah mencapai tahap akhir yang sehat. Edukasi difokuskan pada pentingnya ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan bayi sesuai rekomendasi WHO, serta konseling keluarga berencana (KB). Pilihan kontrasepsi yang ditawarkan meliputi implan atau suntik tiga bulan, yang sesuai untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI. Diskusi ini juga mencakup pengenalan tanda-tanda kesiapan reproduksi kembali serta pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin.

Asuhan nifas pada Ny. J menunjukkan keberhasilan pendekatan *Continuity of care* dalam mendeteksi dini kelainan, mendukung laktasi optimal, dan memfasilitasi pemulihan fisik serta psikososial. Empat kunjungan yang terjadwal memungkinkan pemantauan progresif terhadap involusi uterus, karakteristik lochea, status laktasi, dan kesejahteraan ibu-bayi. Tidak adanya komplikasi seperti perdarahan postpartum sekunder, infeksi puerperium, atau kegagalan laktasi menjadi bukti bahwa edukasi, dukungan emosional, dan intervensi preventif yang konsisten sangat efektif.

Kasus ini memperkuat argumen bahwa asuhan nifas yang berkualitas tidak hanya menjamin kesehatan ibu dan bayi pada periode kritis, tetapi juga menjadi fondasi bagi kesehatan reproduksi jangka panjang serta keberhasilan pola asuh anak. Dalam konteks pelayanan kebidanan mandiri, pendekatan ini sekaligus menegaskan peran strategis bidan sebagai pendamping utama sepanjang siklus kehidupan reproduksi, yang pada akhirnya berkontribusi pada penurunan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi di Indonesia.

#### **D. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir**

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir merupakan komponen integral dalam siklus asuhan berkelanjutan yang bertujuan memastikan transisi fisiologis dari kehidupan

intrauterin ke ekstrauterin berjalan optimal, mencegah komplikasi dini, serta mendukung pertumbuhan dan perkembangan awal bayi. Periode neonatal dini (0–7 hari) dan neonatal akhir (8–28 hari) menjadi fase kritis karena bayi rentan terhadap hipotermi, infeksi, gangguan pernapasan, serta masalah laktasi. Di Indonesia, asuhan ini mengacu pada standar pelayanan neonatal esensial (Essential Newborn Care) yang mencakup pengeringan, inisiasi menyusui dini, perawatan tali pusat higienis, pencegahan hipotermi, serta pemantauan tanda bahaya. Pendekatan *Continuity of care* yang diterapkan pada By. Ny. P (bayi perempuan lahir 15 Februari 2023 pukul 18.40 WIB, BB 3000 gram, PB 48 cm, Apgar 9) memungkinkan bidan yang sama memberikan asuhan sejak masa persalinan hingga kunjungan nifas, sehingga pemantauan menjadi konsisten dan personal.

Pengkajian awal dilakukan 2 jam pasca lahir, menunjukkan keadaan umum baik dengan suhu 36,7°C, frekuensi napas 42 kali per menit, nadi 120 kali per menit, serta pemeriksaan fisik menyeluruh yang normal pada kepala, mata, telinga, mulut, hidung, leher, dada, punggung, ekstremitas, genitalia, dan anus. Refleks primitif normal, antropometri (lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 31 cm, lingkar lengan atas 13 cm) berada dalam batas fisiologis untuk bayi cukup bulan. Bayi telah miksi dan mekonium keluar, menandakan fungsi saluran cerna dan urinaria awal berjalan baik. Meskipun terdapat riwayat distosia bahu pada persalinan, tidak ditemukan cedera saraf brakialis atau fraktur klavikula, sehingga kondisi dinyatakan fisiologis. Intervensi awal meliputi edukasi kepada ibu tentang kondisi bayi yang baik, perawatan tali pusat dengan balutan kasa steril dan menjaga area tetap kering, serta penekanan pada pemberian ASI eksklusif sejak jam pertama kelahiran. Kunjungan nifas bersama ibu juga direncanakan untuk mendukung ikatan emosional dan pemantauan bersama.

Kunjungan pertama pada usia 1 hari (16 Februari 2023) mengungkap bayi sedikit rewel malam hari, kemungkinan karena adaptasi terhadap ritme ekstrasuterin dan belum terbiasa menghisap puting secara efektif. Tali pusat masih basah dan kulit tampak kemerahan (eritema fisiologis). Keadaan umum tetap baik tanpa tanda infeksi atau hipotermi. Intervensi yang dilakukan mencakup demonstrasi penggantian popok, pemandian bayi dengan air hangat, pemberian imunisasi Hepatitis B dosis 0, serta konseling perawatan tali pusat sesuai rekomendasi WHO terbaru: membersihkan dengan air bersih dan sabun, tidak menggunakan alkohol atau betadine karena dapat menghambat penyembuhan dan meningkatkan risiko infeksi. Pencegahan hipotermi ditekankan melalui skin-to-skin contact, pakaian berlapis, dan menjaga suhu ruangan sekitar 25–28°C. Langkah ini sangat penting karena hipotermi merupakan penyebab utama morbiditas neonatal di negara berkembang.

Pada kunjungan kedua (usia 6 hari, 23 Februari 2023), bayi tidak lagi rewel, tali pusat telah puput (lepas), dan parameter vital normal (nadi 142x/menit, RR 44x/menit, suhu 36,6°C). Keadaan umum baik menunjukkan adaptasi yang sukses terhadap lingkungan luar. Edukasi difokuskan pada personal hygiene bayi, termasuk mandi pagi dengan air hangat, mengganti pakaian jika basah, membersihkan hidung, mata, telinga, dan kuku secara lembut. Pemberian ASI setiap 2 jam atau on demand tetap ditekankan untuk mencegah hipoglikemia dan dehidrasi, sekaligus mendukung produksi ASI ibu.

Upaya pencegahan hipotermi pada bayi baru lahir terus ditekankan melalui edukasi yang berkesinambungan kepada orang tua. Selain itu, dilakukan pengenalan tanda bahaya neonatal seperti demam, kejang, sesak napas, penolakan menyusu, dan letargi. Peningkatan pengetahuan ini diharapkan

dapat memberdayakan orang tua agar lebih waspada serta mampu mengambil keputusan cepat dan tepat untuk segera mencari pertolongan kesehatan bila terjadi kondisi yang membahayakan bayi.

Kunjungan ketiga pada usia 8 hari (25 Februari 2023) mencatat perkembangan positif: bayi kuat menyusu, tidak rewel, tali pusat telah puput sempurna, meskipun kulit masih menunjukkan kemerahan ringan yang merupakan proses normal deskuamasi. Intervensi berfokus pada penguatan hygiene personal, dukungan laktasi, serta jadwal kunjungan ulang pada 19 Maret 2023 untuk penimbangan, pemantauan perkembangan, dan pemberian imunisasi BCG serta polio tetes pertama. Orang tua diinstruksikan untuk segera datang jika muncul keluhan, sehingga prinsip deteksi dini tetap terjaga.

Asuhan kebidanan pada By. Ny. P menunjukkan penerapan protokol neonatal esensial yang komprehensif dan berjenjang. Melalui pengkajian awal dan tiga kunjungan dini, bidan berhasil memastikan transisi fisiologis berjalan lancar, mencegah komplikasi umum seperti infeksi tali pusat (omphalitis), hipotermi, serta gangguan laktasi. Pendekatan *Continuity of care* memperkuat kepercayaan keluarga, meningkatkan kepatuhan terhadap edukasi, serta mendukung pencapaian target nasional penurunan angka kematian neonatal.

Kasus ini menjadi bukti bahwa asuhan kebidanan yang berkualitas pada periode neonatal tidak hanya menjamin kelangsungan hidup bayi, tetapi juga menjadi fondasi kesehatan seumur hidup. Dengan demikian, penguatan pelayanan kebidanan mandiri di tingkat primer tetap menjadi strategi kunci dalam mencapai Sustainable Development Goal terkait kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

\*\*\*\*\*

## DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, T. R., Carletto, E. J., Barreto-Nadal, V., Joubert, E., & Schutzer, D. (2024). Hidden Rhythms: A Complex Case of Hyperemesis Gravidarum-Induced Arrhythmias. *Cureus*, *16*(12), e75548.
- Araújo, D. C., Carvalho, L. R. S., Adriano, L. G. de O., Ferreira, R. de S. A., Rocha, G. S. T., Aquino, P. de S., Abreu, V. S. M., & Jorge, H. M. F. (2025). Development and validation of an interprofessional protocol for high-risk prenatal care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *78*(1), e20230197. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0197>
- Atkinson, J., Hastie, R., Walker, S., Lindquist, A., & Tong, S. (2023). Telehealth in antenatal care: recent insights and advances. *BMC Medicine*, *21*(1), 332.
- Bashir, M. K., Bashir, Dr. M. A., Ameen, S., Taimoor, M., & Iqbal, N. (2025). Whispers Beneath the Corridor: Unearthing the Forgotten Knowledge of CPEC (2016–2024). *Inverge Journal of Social Sciences*, *4*(2), 125–145. <https://doi.org/10.63544/ijss.v4i2.146>
- Beyene, G. A., Ayele, N. D., & Kasahun, A. W. (2024). Prevalence and determinants of hyperemesis gravidarum among pregnant women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *19*(12), e0314783.
- Bradford, B. F., Wilson, A. N., Portela, A., McConville, F., Turienzo, C. F., & Homer, C. S. E. (2022). Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom? *PLOS Global Public Health*, *2*(10)

- Cainelli, E., Stramucci, G., & Bisiacchi, P. (2025). A light in the darkness: Early phases of development and the emergence of cognition. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 72, 101527. <https://doi.org/10.1016/J.DCN.2025.101527>
- Campbell, N., Joyner, E. G., Goolsby, E., Demesa, A., LaMarca, E., Deer, E., Turner, T., Zheng, B., & LaMarca, B. (2025). Perinatal Exposure to AT1-AA Induced Hypertension Causes Hypertension in First Generation Pregnant Female Offspring. *Physiology*, 40(S1). <https://doi.org/10.1152/PHYSIOL.2025.40.S1.1344>
- Charurat, E., Kennedy, S., Qomariyah, S., Schuster, A., Christofield, M., Breithaupt, L., Kariuki, E., Muthamia, M., Kabue, M., Omanga, E., & Stekelenburg, J. (2020). Study protocol for Post Pregnancy Family Planning Choices, an operations research study examining the effectiveness of interventions in the public and private sectors in Indonesia and Kenya. *Gates Open Research* 2020 4:89, 4, 89. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13147.1>
- Daniel, E., Seif, S. A., & Millanzi, W. C. (2025). Predictors of newborn hypothermia in the first 6 hours after delivery among newborns in Kilimanjaro region - Tanzania: An analytical cross-sectional study. *Medicine (United States)*, 104(17). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000042018>
- Davis, J. A., Ohan, J. L., Bear, N., Gibson, L., Silva, D., Prescott, S., & Finlay-Jones, A. (2024). “Stop, pause and take a break”: a mixed methods study of the longer-term outcomes of digital emotional wellbeing training for perinatal women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 811. <https://doi.org/10.1186/S12884-024-07002-Z>

- Geda, Y. F., Lamiso, Y. Y., Berhe, T. M., Mohammed, S. J., Chibsa, S. E., Adeba, T. S., Mossa, K. A., Abeje, S., & Gesese, M. M. (2023). Structural congenital anomalies in resource limited setting, 2023: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *18*(10), e0291875. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0291875>
- Gomez-Lopez, N., Romero, R., Galaz, J., Bhatti, G., Done, B., Miller, D., Ghita, C., Motomura, K., Farias-Jofre, M., Jung, E., Pique-Regi, R., Hassan, S. S., Chaiworapongsa, T., & Tarca, A. L. (2021). Transcriptome changes in maternal peripheral blood during term parturition mimic perturbations preceding spontaneous preterm birth. *Biology of Reproduction*, *106*(1), 185. <https://doi.org/10.1093/BIOLRE/IOAB197>
- Gomez-Lopez, N., Romero, R., Galaz, J., Bhatti, G., Done, B., Miller, D., Ghita, C., Motomura, K., Farias-Jofre, M., Jung, E., Pique-Regi, R., Hassan, S. S., Chaiworapongsa, T., & Tarca, A. L. (2022). Transcriptome changes in maternal peripheral blood during term parturition mimic perturbations preceding spontaneous preterm birth. *Biology of Reproduction*, *106*(1), 185–199. <https://doi.org/10.1093/BIOLRE/IOAB197>
- Gu, C., Wang, X., Zhang, Z., Schwank, S., Zhu, C., Zhang, Z., & Qian, X. (2020). Pregnant women's clinical characteristics, intrapartum interventions, and duration of labour in urban China: A multi-center cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 386-. <https://doi.org/10.1186/S12884-020-03072-X/TABLES/4>
- Harmsen van der Vliet-Torij, H. W., Venekamp, A. A., van Heijningen-Tousain, H. J. M., Wingelaar-Loomans, E., Scheele, J., de Graaf, J. P., Lambregtse-van den Berg, M. P., Steegers, E. A. P., & Goumans, M. J. B. M.

- (2022). Development of a Blueprint for Integrated Care for Vulnerable Pregnant Women. *Maternal and Child Health Journal*, 26(3), 451. <https://doi.org/10.1007/S10995-021-03340-Y>
- Hasanbasri, M., Maula, A. W., Wiratama, B. S., Espressivo, A., & Marthias, T. (2024). *Analyzing Primary Healthcare Governance in Indonesia: Perspectives of Community Health Workers*. <https://doi.org/10.7759/cureus.56099>
- Honkavuo, L. (2022). Midwifery students' experiences of support for ethical competence. *Nursing Ethics*, 29(1), 145–156. <https://doi.org/10.1177/0969733021999773;REQUESTEDJOURNAL:JOURNAL:NEJA;PAGEGROUP:STRING:PUBLICATION>
- Irma, A., & Mario, E. (2020). Underlying the Factors of Unmet Need for Family Planning in Indonesia: A Spatial Analysis. *Global Journal of Health Science*, 13(2), p6. <https://doi.org/10.5539/GJHS.V13N2P6>
- Jansen, L. A. W., Shaw, V., Grooten, I. J., Koot, M. H., Dean, C. R., & Painter, R. C. (2024). Diagnosis and treatment of hyperemesis gravidarum. *CMAJ*, 196(14), E477–E4485. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.221502>
- Kazma, J. M., van den Anker, J., Allegaert, K., Dallmann, A., & Ahmadzia, H. K. (2020). Anatomical and physiological alterations of pregnancy. *Journal of Pharmacokinetics and Pharmacodynamics*, 47(4), 271. <https://doi.org/10.1007/S10928-020-09677-1>
- Kitamura, T., Tabata, K., Murano, Y., Yoneoka, D., Nakazawa, T., Sakamaki, K., & Shoji, H. (2024). Short-term outcomes in early term infants (born at 37 or 38 weeks): a retrospective investigation. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1430364. <https://doi.org/10.3389/FPED.2024.1430364>

- Kjeldsen, L. L., Blankholm, A. D., Jurik, A. G., Salvig, J. D., & Maimburg, R. D. (2021). Pelvic capacity in pregnant women, identified using magnetic resonance imaging. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *100*(8), 1454–1462.  
<https://doi.org/10.1111/AOGS.14168>;WGROU:STRIN  
G:PUBLICATION
- Lima-De-La-Iglesia, C., Magni, E., Botello-Hermosa, A., & Guerra-Martín, M. D. (2024). Benefits of Complementary Therapies During Pregnancy, Childbirth and Postpartum Period: A Systematic Review. *Healthcare (Switzerland)*, *12*(23).  
<https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE12232481/S1>
- Liu, C., Zhao, G., Qiao, D., Wang, L., He, Y., Zhao, M., Fan, Y., & Jiang, E. (2022). Emerging Progress in Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum: Challenges and Opportunities. *Frontiers in Medicine*, *8*, 809270.
- Liu, D., & Zhou, K. (2024). The Impact of Hyperemesis Gravidarum on Fetal Development and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, *51*(9).  
<https://doi.org/10.31083/J.CEOG5109197>
- Malai, D., & Tsekhomsky, A. (2025). The Probability of Fetal Preservation in Severe Forms of Hyperemesis Gravidarum. Meta-Analysis. *Reproductive Health Eastern Europe*, *15*(2), 236–249.  
<https://doi.org/10.34883/PI.2025.15.2.012>
- Maslin, K., Dean, C., & Shawe, J. (2023). The Nutritional Online sUrvey for pRegnancy Induced Sickness & Hyperemesis (NOURISH) study: results from the first trimester. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *36*(5), 1821–1832.

- McInnes, R. J., Aitken-Arbuckle, A., Lake, S., Hollins Martin, C., & MacArthur, J. (2020). Implementing continuity of midwife carer – just a friendly face? A realist evaluation. *BMC Health Services Research*, 20(1), 304. <https://doi.org/10.1186/S12913-020-05159-9>
- Medved, V. I., Zhuk, S. I., Konkov, D. H., Litvinov, S. K., & Ocheretna, O. L. (2023). The evidence bases of etiopathophysiology and preventive clinical management of nausea and vomiting in pregnancy. *Reproductive Health of Woman*, 2023(4), 13–27. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.4.2023.285760>
- Meyling, M. M. G., Frieling, M. E., Vervoort, J. P. M., Jong, E. I. F. de, & Jansen, D. E. M. C. (2023). Health problems experienced by women during the first year postpartum: A systematic review. *European Journal of Midwifery*, 7(December), 42. <https://doi.org/10.18332/EJM/173417>
- Morimoto, A., Nakamura, S., Koyano, K., Nishisho, S., Nakao, Y., Arioka, M., Inoue, K., Inoue, E., Nishioka, K., Morita, H., Konishi, Y., Hirao, K., & Kusaka, T. (2024). Continuous monitoring using thermography can capture the heat oscillations maintaining body temperature in neonates. *Scientific Reports*, 14(1), 10449. <https://doi.org/10.1038/S41598-024-60718-Y>
- Nove, A., Boyce, M., Neal, S., Homer, C. S. E., Lavender, T., Matthews, Z., & Downe, S. (2024). Increasing the number of midwives is necessary but not sufficient: using global data to support the case for investment in both midwife availability and the enabling work environment in low- and middle-income countries. *Human Resources for Health*, 22(1), 54. <https://doi.org/10.1186/S12960-024-00925-W>

- Nurul Widyawati, M., Hadiyani Puji Astuti, E., Nurul Widyawati Poltekkes Kemenkes Semarang Jl Tirta Agung, M., Banyumanik, K., Semarang, K., & Tengah, J. (2022). Human-In-The-Loop (HITL) application design for early detection of pregnancy danger signs. *Belitung Nursing Journal*, 8(2), 161–168.
- O'Brien, E. C., Doherty, J., Killeen, S. L., Bennett, M., Murtagh, L., Curran, S., Murphy, S., McHale, H., & Sheehy, L. (2023). The IRIS clinic: A Protocol for a mixed-methods study evaluating the management of Hyperemesis Gravidarum. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 39, 101227.
- Shalaby, A. M., Ahmed, S. B. G., & Mohamed, N. A. (2025). The Diagnostic Accuracy of Abnormal Clinical Cardiac Findings in Diagnosis of Congenital Heart Disease in Newborn Infants. *Journal of Neonatology*, 39(4), 329–340.
- Silumbwe, A., Nkole, T., Munakampe, M. N., Cordero, J. P., Milford, C., Zulu, J. M., & Steyn, P. S. (2020). Facilitating community participation in family planning and contraceptive services provision and uptake: community and health provider perspectives. *Reproductive Health*, 17(1), 119.
- Sridevi, N. (2025). Impact of maternal hyperemesis gravidarum on long-term health outcomes in children: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Biology Pharmacy and Health Sciences*, 22(3), 405–411. <https://doi.org/10.30574/WJBPHS.2025.22.3.0612>
- Swan, L. E. T., McDonald, S. E., & Price, S. K. (2022). Pathways to reproductive autonomy: Using path analysis to predict family planning outcomes in the United States. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e6487. <https://doi.org/10.1111/HSC.14094>

- Utomo, B., & Romadlona, N. A. (2021). Strengthened family planning is critical to help accelerate the reduction of maternal mortality in Indonesia. *F1000Research* 2021 10:904, 10, 904.
- Vinnars, M. T., Forslund, M., Claesson, I. M., Hedman, A., Peira, N., Olofsson, H., Wernersson, E., & Ulfsdottir, H. (2023). Treatments for hyperemesis gravidarum: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(1), 13.
- Vinnars, M. T., Forslund, M., Claesson, I. M., Hedman, A., Peira, N., Olofsson, H., Wernersson, E., & Ulfsdottir, H. (2024). Treatments for hyperemesis gravidarum: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(1), 13–29.
- Walker, P., Turner, A., Sridharan, S., Dong, X., Huckel Schneider, C., Wilson, A., & Rush, A. (2025). A scoping review of models of care and services for nausea and vomiting in pregnancy and hyperemesis gravidarum. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2025 25:1, 25(1), 1012- . <https://doi.org/10.1186/S12884-025-08093-Y>
- Zelka, M. A., Yalew, A. W., & Debelew, G. T. (2023). Effectiveness of a continuum of care in maternal health services on the reduction of maternal and neonatal mortality: Systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 9(6), e17559.
- Zhang, Y., Gao, X., Zhu, H., Zhou, Q., Cai, X., Koch, P. A., Sun, S., & Yu, H. (2024). Integrative development of a concise screening questionnaire for early detection of pregnant women at risk for dystrophy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 861.

## TENTANG PENULIS

***Dita, S.Keb.***



Penulis dilahirkan di Binjai dan merupakan anak ketiga dari 3 bersaudara anak dari bapak Gito dan Ibu Sugiatik. Penulis berkebangsaan Indonesia dan beragama Islam. Pendidikan yang ditempuh penulis mulai dari SDN 025996 Binjai dilanjutkan dengan SMPN 9 Binjai dan SMAN 3 Binjai. Kemudian penulis lulus Sarjana Kebidanan (S1) pada tahun 2022 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Mitra Husada Medan. Tahun 2023 menyelesaikan pendidikan Profesi Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Mitra Husada Medan. Dan sekarang penulis melakukan praktik di Lingkungan VII Binjai Selatan. Penelitian tentang Pengaruh Pemberian Kompres Aloe Vera Pada Ibu Nifas Dengan Bendungan Asi Di Wilayah Kerja Puskesmas Binjai Estase Tahun 2022. Pada Tahun 2023 melakukan Penelitian tentang Manajemen Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care* (COC) Pada Ibu Hamil Dengan *Hiperemesis Gravidarum*, Bersalin, Nifas, Bayi Baru Lahir, Dan Keluarga Berencana Tahun 2023.

\*\*\*\*\*

***Febriana Sari, S.Keb., M.Keb.***



Penulis lahir di Bandar Hataran, Kecamatan Bandar, Kabupaten Simalungun pada tanggal 03 Februari 1990, dan saat ini berdomisili di Kota Medan. Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Program Sarjana, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Husada Medan.

Penulis menempuh pendidikan D4 Bidan Pendidik di Universitas Sumatera Utara, melanjutkan pendidikan S1 Kebidanan di STIKes Mitra Husada Medan, serta menyelesaikan pendidikan S2 Kebidanan di STIKes ‘Aisyiyah Yogyakarta.

Sebagai seorang akademisi, penulis aktif melaksanakan kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi. Berbagai artikel hasil penelitian, pengabdian kepada masyarakat, serta karya akademik lainnya telah dipublikasikan dan dapat diakses melalui Google Scholar. Mata kuliah yang diampu penulis meliputi: Konsep Kebidanan, Etika Profesi dan Hukum Kesehatan, Promosi Kesehatan, Asuhan Nifas dan Menyusui, Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Selain itu, penulis juga aktif dalam organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan saat ini menjabat sebagai Sekretaris IBI Ranting STIKes Mitra Husada Medan. Email penulis : *febriamoy3290@gmail.com* atau *febrianasari@mitrahusada.ac.id*

Pesan Untuk Pembaca: Membaca memperkaya ilmuku dan memperluas imajinasiku/ *Reading enriches my knowledge and broadens my imagination.*

\*\*\*\*\*

***Dr. Siti Nurmawan Sinaga, SKM., M.Kes.***



Penulis merupakan akademisi dan pemimpin pendidikan tinggi kesehatan yang saat ini menjabat sebagai Ketua STIKes Mitra Husada Medan. Lahir di Lbn Sinaga pada 18 Oktober 1974, beliau dikenal sebagai sosok visioner yang berkomitmen kuat terhadap penguatan mutu pendidikan, riset, dan tata kelola institusi. Pendidikan tinggi ditempuh secara konsisten pada bidang Kesehatan Masyarakat mulai dari jenjang sarjana hingga doktoral di Universitas Sumatera Utara. Di bawah kepemimpinannya, STIKes Mitra Husada Medan berhasil meraih Akreditasi Unggul tahun 2024, sebuah capaian prestisius yang mencerminkan keberhasilan transformasi kelembagaan, peningkatan kualitas akademik, serta penguatan daya saing institusi di tingkat nasional dan internasional. Beliau juga menanamkan budaya organisasi PACER (*Professional, Accountable, Collaborative, Empathy, Reliability*) sebagai fondasi karakter sivitas akademika dalam menjalankan tridarma perguruan tinggi.

Selain memimpin institusi, penulis aktif berkontribusi dalam berbagai organisasi profesi dan asosiasi pendidikan tinggi di tingkat regional dan nasional dengan memegang sejumlah posisi strategis. Keterlibatan tersebut menunjukkan komitmen kuat terhadap pengembangan tata kelola, regulasi kelembagaan, serta peningkatan mutu pendidikan tinggi kesehatan. Produktivitas akademiknya tercermin dari 88 publikasi ilmiah dengan H-Index 9 yang menandakan dampak sitasi yang baik. Berbagai penghargaan bergengsi juga berhasil diraih pada tingkat nasional dan regional sebagai bentuk pengakuan atas kinerja akademik dan kepemimpinan institusional. Selain itu, penulis aktif sebagai pembicara forum ilmiah internasional serta terlibat dalam kegiatan pengabdian masyarakat untuk mendukung pembangunan kesehatan berkelanjutan.

*Lia Safitri*



Penulis dilahirkan di Perdagangan 23 Februari 1993, Merupakan anak kedua dari 3 bersaudara anak dari bapak Kamdani dan Ibu Minah. Penulis berkebangsaan indonesia dan beragama islam. Pendidikan yang ditempuh penulis Mulai dari SD Dr.Cipto Mangunkusumo Tahun 2005 dilanjutkan dengan SMP N 1 Bandar Tahun 2008 dan SMAN 1 Bandar Tahun 2011. Kemudian penulis Lulus Sarjana Kebidanan (S1) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Mitra Husada Medan. Sekarang penulis melakukan praktik bidan mandiri Wiwin Indiwati Kecamatan Lima Puluh Kabupaten BatuBara. Penelitian tentang Analisis Kepatuhan Mengonsumsi Tablet Tambah Darah Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil.

\*\*\*\*\*

***Suci Indah Lestari, S.Keb.***



Penulis lahir di Bandar Jawa, Kecamatan Bandar, Kabupaten Simalungun dan saat ini berdomisili di Kota Medan. Penulis menempuh pendidikan Program Studi Kebidanan sebagai bagian dari komitmen dalam mengembangkan kapasitas akademik dan profesional di bidang kesehatan ibu dan anak. Ketertarikan pada dunia kebidanan tumbuh seiring kesadaran akan pentingnya layanan kesehatan yang berkualitas, humanis, dan berbasis ilmu pengetahuan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Fokus pengembangan kompetensi diarahkan pada penguasaan keilmuan kebidanan berbasis *evidence*, peningkatan keterampilan klinis, serta penguatan etika profesi dalam pelayanan kesehatan. Lingkungan akademik dimanfaatkan secara optimal untuk memperluas wawasan keilmuan, membangun karakter profesional, serta menumbuhkan kepedulian sosial terhadap isu kesehatan perempuan dan anak. Penulis juga aktif mengembangkan literasi ilmiah, keterampilan komunikasi profesional, serta kolaborasi pembelajaran lintas disiplin sebagai bekal menghadapi dinamika pelayanan kesehatan modern.

Penulis berupaya mempersiapkan diri menjadi tenaga kebidanan yang kompeten, adaptif terhadap perkembangan teknologi kesehatan, dan berorientasi pada keselamatan serta kesejahteraan pasien. Penulis dapat dihubungi melalui email: *suci.indah336@gmail.com*.

\*\*\*\*\*

***Alpira Setia Dewi, S.Keb.***



Penulis lahir di Kisaran, Desa Sei Pule, Kecamatan Meranti, Kabupaten Asahan pada 16 Desember 1981 dan saat ini berdomisili di Kota Duri. Latar belakang pendidikan ditempuh secara berjenjang di bidang kebidanan, dimulai dari Diploma III Kebidanan di Universitas Prima Indonesia Medan. Komitmen terhadap pengembangan kompetensi profesional kemudian dilanjutkan melalui pendidikan Sarjana Kebidanan di STIKes Mitra Husada Medan hingga tuntas. Perjalanan akademik tersebut mencerminkan dedikasi dalam meningkatkan kapasitas keilmuan, keterampilan klinis, serta kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Selain fokus pada pengembangan profesional, penulis juga aktif dalam kegiatan kemasyarakatan sebagai bentuk pengabdian dan kontribusi sosial di bidang kesehatan. Keterlibatan sebagai anggota Tim Pendamping Keluarga (TPK) menunjukkan kepedulian terhadap penguatan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan masyarakat, serta pendampingan program kesehatan berbasis komunitas. Peran ini dijalankan dengan pendekatan edukatif dan kolaboratif guna mendukung peningkatan kualitas hidup masyarakat secara berkelanjutan. Penulis dapat dihubungi melalui email: *muLyotomuL5@gmail.com*. Sebagai pesan reflektif bagi pembaca, penulis mengajak untuk tidak membiarkan gawai mendominasi kehidupan sehari-hari. Sebaliknya, kendalikan penggunaannya dengan membangun kebiasaan membaca buku. Membaca memperluas wawasan, memperkaya perspektif, serta membentuk karakter pembelajar sepanjang hayat, karena pribadi yang bijak senantiasa dekat dengan literasi.

***Yusra Khairuni, S.Keb.***



Penulis dilahirkan di Cot Keh 24 Maret 1985, Merupakan anak ke tujuh dari 7 bersaudara anak dari Bapak Alm. Muhammad M. Zein dan Ibu Hendon. Penulis berkebangsaan Indonesia dan beragama Islam. Pendidikan yang ditempuh penulis Mulai dari SD Negeri 1 Cot Keh Tahun 1998 dilanjutkan dengan SLTP Negeri 1 Peureulak 2001 dan SMA Negeri Pasir Putih Peureulak Tahun 2004. Kemudian penulis Lulus Sarjana Kebidanan (S1) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Mitra Husada Medan. Dan menyelesaikan pendidikan Profesi Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan (STIKes) Mitra Husada Medan. Dan sekarang penulis melakukan praktik di Desa Cot Keh Kecamatan Peureulak Kabupaten Aceh Timur. Penelitian tentang Manajemen Asuhan Kebidanan *Continuity of Care (COC)* pada Ny. M Masa Kehamilan dengan Panggul Sempit, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana di PMB Bd. Suriani, S.Keb Desa Cot Keh Kecamatan Peureulak Kabupaten Aceh Timur Propinsi Aceh Tahun 2025.

\*\*\*\*\*

