

Bunga Rampai **ASUHAN KEBIDANAN BERBASIS KASUS SEDERHANA**

CONTOH-CONTOH PRAKTIK YANG MUDAH DIPAHAMI MAHASISWA



Fitriana • Nahdia Aulia Fahmi • Maya Sukmayati
Herselowati • Alyxia Gita Stellata • Lina Fitriani
Nurdiana Lante • Sinta Dwi Juwita • Retno Kumalasari

Editor : Adisty Dwi Treasa

BUNGA RAMPAI: ASUHAN KEBIDANAN BERBASIS KASUS SEDERHANA: CONTOH-CONTOH PRAKTIK YANG MUDAH DIPAHAMI MAHASISWA

Penulis:

Dr. Fitriana, SSiT, MKes
Nahdia Aulia Fahmi, S.Tr.Keb., M.Keb
Maya Sukmayati, S.ST., M.KM.Bdn
Bdn. Herselowati, SST, M.Kes
Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb
Dr. Bd. Lina Fitriani, SST, M. Keb
Dr. Nurdiana Lante S.ST., M.Kes
Bdn. Sinta Dwi Juwita., S.SiT., M.Keb
Bdn. Retno Kumalasari S. SiT., M. Kes

Editor:

Adisty Dwi Treasa, S.Tr.Keb., Bdn., M.Keb



Bunga Rampai: Asuhan Kebidanan Berbasis Kasus Sederhana: Contoh-Contoh Praktik yang Mudah Dipahami Mahasiswa

Penulis:

Dr. Fitriana, SSiT, MKes
Nahdia Aulia Fahmi, S.Tr.Keb., M.Keb
Maya Sukmayati, S.ST., M.KM.Bdn
Bdn. Herselowati, SST, M.Kes
Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb
Dr. Bd. Lina Fitriani, SST, M. Keb
Dr. Nurdiana Lante S.ST., M.Kes
Bdn. Sinta Dwi Juwita., S.SiT., M.Keb
Bdn. Retno Kumalasari S. SiT., M.Kes

Editor:

Adisty Dwi Treasa, S.Tr.Keb., Bdn., M.Keb

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Helmi Syaukani, S.Pd.

ISBN: 978-634-7556-57-8

Cetakan Pertama: Februari, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT Optimal Untuk Negeri

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : optimaluntuknegeri.com

Instagram : @bimbel.optimal

Tiktok : @maskokooo

PENERBIT:

PT OPTIMAL UNTUK NEGERI

Kencana Tower Lt. Mezzanine

Jl. Raya Meruya Ilir No. 88

RT. 001 RW. 005, Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan

Jakarta Barat, DKI Jakarta

Anggota IKAPI No. 635/DKI/2025



PRAKATA



Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya bunga rampai berjudul *“Asuhan Kebidanan Berbasis Kasus Sederhana: Contoh-Contoh Praktik yang Mudah Dipahami Mahasiswa”* ini dapat disusun dan diselesaikan. Bunga rampai ini hadir sebagai upaya menyediakan bahan ajar yang aplikatif, ringkas, dan mudah diikuti, khususnya bagi mahasiswa kebidanan dalam memahami alur berpikir klinis serta penerapan asuhan kebidanan secara sistematis.

Pembelajaran berbasis kasus dipilih karena membantu mahasiswa menghubungkan teori dengan situasi nyata layanan kebidanan. Melalui contoh kasus sederhana, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pengkajian, menegakkan masalah/diagnosis kebidanan, menyusun rencana asuhan, melakukan tindakan yang aman sesuai kewenangan, serta melakukan evaluasi dan dokumentasi dengan runtut. Selain itu, buku ini juga menekankan komunikasi terapeutik, edukasi kesehatan, keselamatan ibu-bayi, dan penguatan pengambilan keputusan yang berpusat pada kebutuhan perempuan dan keluarganya (women-centered care).

Topik-topik yang disajikan mencakup spektrum layanan kebidanan dari masa kehamilan hingga nifas dan kesehatan reproduksi remaja, yaitu: kasus kehamilan trimester I dengan keluhan mual-muntah, kasus ibu hamil trimester III dengan keluhan nyeri punggung, contoh kasus persalinan spontan kala I–II dengan pendekatan women-centered care, kasus ibu postpartum dengan kesulitan menyusui, kasus perdarahan postpartum ringan: deteksi dini dan tindakan sederhana, kasus remaja dengan masalah kesehatan reproduksi umum (dismenore, anemia), kasus ibu nifas dengan masalah emosional (baby blues), serta panduan cara menyusun asuhan kebidanan berdasarkan contoh kasus. Setiap bahasan diharapkan dapat menjadi model praktik yang mudah ditiru sekaligus menjadi latihan untuk membangun penalaran klinis mahasiswa.

Kami menyadari bunga rampai ini masih memiliki keterbatasan. Karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi penyempurnaan di masa mendatang. Semoga buku ini bermanfaat bagi mahasiswa, dosen, dan praktisi sebagai referensi pembelajaran dan pendamping praktik klinik, serta turut berkontribusi dalam peningkatan mutu pelayanan kebidanan yang aman, bermartabat, dan berpusat pada perempuan.

Februari 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv

CHAPTER 1 KASUS KEHAMILAN TRIMESTER I DENGAN KELUHAN MUAL-MUNTAH..... 1

Dr. Fitriana, S.Si.T., M.Kes.	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Contoh Kasus	7
C. Pembahasan	8
D. Kesimpulan.....	10
E. Referensi	10
F. Glosarium.....	11

CHAPTER 2 KASUS IBU HAMIL TRIMESTER III DENGAN KELUHAN NYERI PUNGGUNG..... 12

Nahdia Aulia Fahmi, S.Tr.Keb., M.Keb.	12
A. Pendahuluan/Prolog.....	12
B. Kehamilan Trimester III	13
C. Ibu Hamil Trimester III dengan Nyeri Punggung	17
D. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III dengan Nyeri Punggung	22
E. Kesimpulan.....	25
F. Glosarium.....	26
G. Referensi	26

CHAPTER 3 CONTOH KASUS PERSALINAN SPONTAN KALA I-II DENGAN PENDEKATAN WOMEN-CENTERED CARE..... 30

Maya Sukmayati, S.ST., M.KM., Bdn.	30
A. Pendahuluan/Prolog.....	30
B. Konsep Dasar <i>Women-Centered Care</i>	30
C. Konsep Dasar Persalinan Kala I dan II	31
D. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan Varney	32
E. Integrasi <i>women centred care</i> dalam manajemen asuhan kebidanan.....	34
F. Referensi	38
G. Glosarium.....	39

CHAPTER 4 KASUS IBU POSTPARTUM DENGAN KESULITAN MENYUSUI 41

Bdn. Herselowati, SST., M.Kes.	41
A. Pendahuluan.....	41
B. Kebijakan Pemberian ASI.....	43
C. Definisi ASI dan ASI Eksklusif.....	43
D. Anatomi dan Fisiologi Laktasi	43
E. Manfaat ASI.....	46
F. Posisi dan Teknik Menyusui yang Benar	47
G. Masalah dalam Menyusui	48
H. Contoh Manajemen Dokumentasi pada Kasus Ibu Post Partum dengan Kesulitan Menyusui dengan Menggunakan SOAP	52
I. Simpulan	55
J. Referensi	55
K. Glosarium.....	56

CHAPTER 5 KASUS PERDARAHAN POSPARTUM RINGAN: DETEKSI DINI DAN TINDAKAN SEDERHANA..... 57

Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb.	57
A. Pendahuluan.....	57
B. Perdarahan Post Partum	58
C. Klasifikasi Perdarahan Post Partum.....	59
D. Pengelolaan dan Penatalaksanaan Umum	61
E. Deteksi Dini dan Tindakan Sederhana	63
F. Simpulan	65
G. Referensi	66

CHAPTER 6 ASUHAN KEBIDANAN BERBASIS KASUS SEDERHANA: CONTOH-CONTOH PRAKTIK YANG MUDAH DI PAHAMI MAHASISWA..... 67

Dr. Bd. Lina Fitriani, S.ST., M.Keb.....	67
A. Pendahuluan.....	67
B. Anemia.....	69
C. Suplementasi	78
D. Edukasi Kesehatan Pada Ibu Hamil	82
E. Edukasi Penting pada masa kehamilan	83
F. Tinjauan Kasus	85
G. Referensi	88
H. Glosarium.....	90

CHAPTER 7 KASUS REMAJA DENGAN MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI UMUM (*DISMENORHE, ANEMIA*)..... 91

Dr. Nurdiana Lante, S.ST., M.Kes.	91
A. Pendahuluan/Prolog.....	91
B. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi Remaja.....	92
C. Pendekatan Asuhan Kebidanan pada Remaja.....	97
D. Contoh Kasus Dismenore pada Remaja	99
E. Contoh Kasus Anemia pada Remaja.....	102
F. Simpulan	105
G. Referensi	105

CHAPTER 8 KASUS IBU NIFAS DENGAN MASALAH EMOSIONAL (*BABY BLUES*)..... 107

Bdn. Sinta Dwi Juwita, S.SiT., M.Keb.....	107
A. Pendahuluan.....	107
B. Definisi Baby Blues Syndrome.....	108
C. Gejala Baby Blues.....	109
D. Penyebab Terjadinya Baby Blues	109
E. Dampak Baby Blues	111
F. Penanganan Baby Blues	111
G. Kesimpulan.....	112
H. Referensi	113
I. Glosarium.....	114

CHAPTER 9 CARA MENYUSUN ASUHAN KEBIDANAN BERDASARKAN CONTOH KASUS..... 115

Bd. Retno Kumalasari, S.SiT., M.Kes.....	115
A. Pendahuluan.....	115
B. Filosofi Asuhan Kebidanan	116
C. Peran dan Tanggung Jawab Bidan	117
D. Lingkup Praktik Asuhan Kebidanan	117
E. Asuhan Kebidanan Berbasis <i>Continuity of Care (CoC)</i>	117
F. Penyusunan Asuhan Kebidanan Berdasarkan Varney 7 Langkah dan Soap	118
G. Contoh Kasus Asuhan Kehamilan Trimester I (Tm I)	121
H. Contoh Kasus Asuhan Persalinan Normal	124
I. Simpulan	130
J. Referensi	130

PROFIL PENULIS 132

CHAPTER 1

KASUS KEHAMILAN TRIMESTER I DENGAN KELUHAN MUAL-MUNTAH

Dr. Fitriana, S.Si.T., M.Kes.

A. Pendahuluan

1. Latar Belakang

Kehamilan merupakan periode fisiologis kompleks yang ditandai oleh perubahan hormonal, metabolik, dan fisiologis yang signifikan. Salah satu keluhan yang paling umum di awal kehamilan (trimester I) adalah mual dan muntah, sering disebut nausea and vomiting of pregnancy (NVP). Sekitar 70–90% wanita hamil mengalami NVP, biasanya antara 4–7 minggu, puncaknya pada usia kehamilan 9–16 minggu dan umumnya membaik pada usia 16–20 minggu. NVP berkisar dari ringan sampai sedang, tetapi pada beberapa kasus dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih parah, yakni Hyperemesis Gravidarum (HG) suatu bentuk muntah berlebihan yang dapat menyebabkan dehidrasi, penurunan berat badan signifikan, gangguan elektrolit, dan gangguan nutrisi ibu yang berpotensi membahayakan janin dan ibu (Khasanah & Wahyuningsih, 2021).

2. Pengertian

a. Nausea and Vomiting of Pregnancy

NVP adalah mual dan muntah ringan sampai sedang yang terjadi pada awal kehamilan tanpa komplikasi serius. Biasanya self-limiting (menyelesaikan sendirinya) dan tidak mengganggu nutrisi cukup secara serius. (Koren & others, 2022)

b. Emesis gravidarum

Istilah klinis yang sering dipakai untuk menggambarkan mual dan muntah dalam kehamilan, baik ringan maupun sedang, tanpa komplikasi besar (Rahayu & Sari, 2025).

c. Hyperemesis Gravidarum (HG)

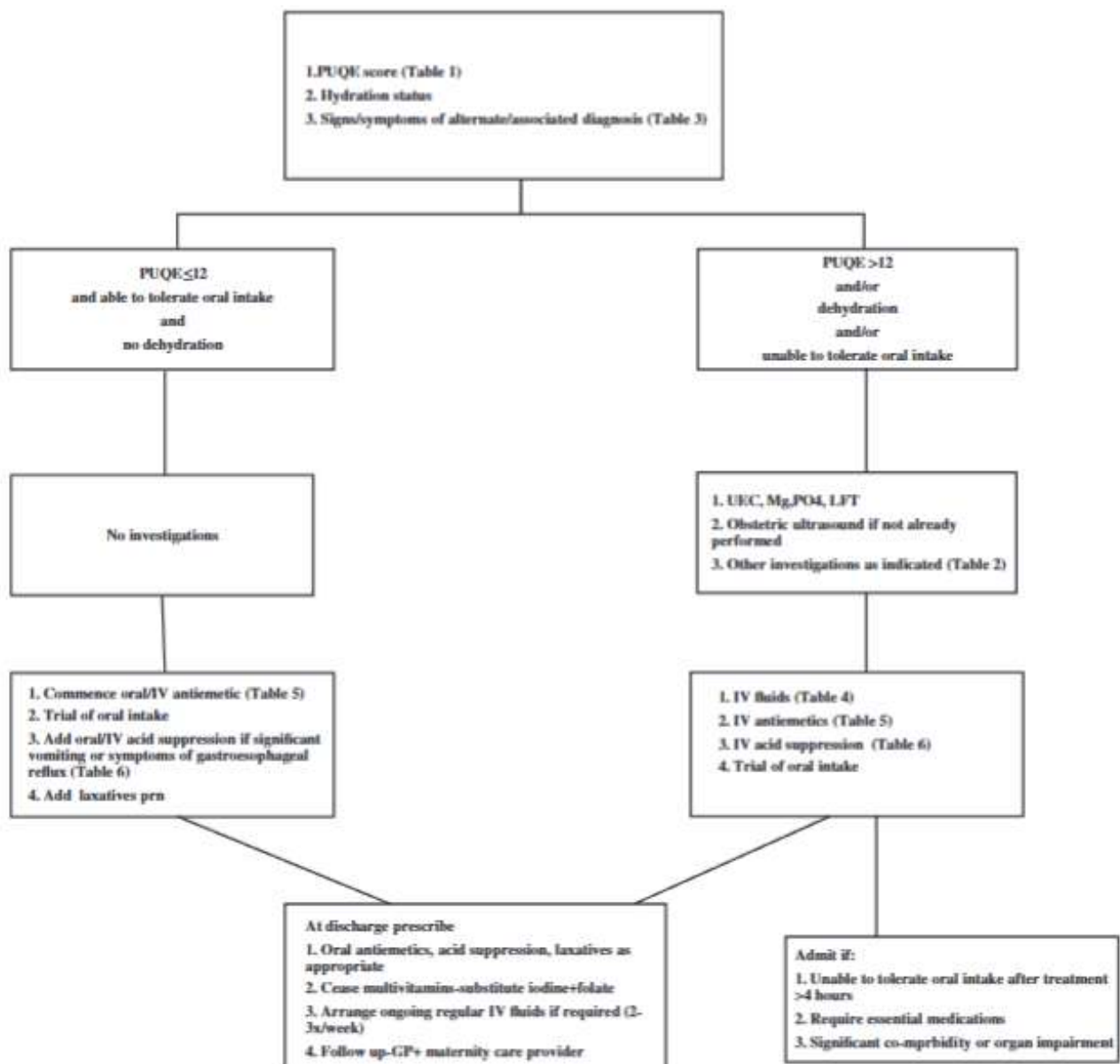
Prevalensi HG sekitar 0,3–3,6% dari semua kehamilan

HG adalah bentuk yang lebih parah dari NVP, ditandai oleh Muntah berlebihan yang menetap, Inkapasitas mempertahankan asupan makanan/minuman, Penurunan berat badan $\geq 5\%$ dari berat pra-hamil, Dehidrasi dan kemungkinan gangguan elektrolit, Ketosis urine pada beberapa pedoman klinis Namun, pedoman terbaru (RCOG Green-Top Guideline No.69) tidak mensyaratkan

ketonuria sebagai indikator diagnosis tetapi lebih fokus pada keberlanjutan dan dampak klinisnya(Rofi'ah et al., 2019).

3. Patofisiologi

Penyebab pasti NVP dan HG belum sepenuhnya dipahami. Beberapa teori menunjukkan keterlibatan: Perubahan hormonal: peningkatan human chorionic gonadotropin (hCG), estrogen, progesteron. Respons metabolik dan gastrointestinal terhadap kehamilan awal.Faktor genetik dan psikososial. Namun, mekanisme pasti masih belum jelas(Nike Arta Puspitasari, Anita Yuliani, 2023).



<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1742-6723.13909>

4. Faktor Risiko

Beberapa faktor yang dikaitkan dengan meningkatnya risiko NVP/HG:(Diflayzer et al., 2018)(Putri, 2024)

- Kehamilan pertama (primigravida)
- Riwayat NVP/HG pada kehamilan sebelumnya
- Kehamilan kembar
- Riwayat migrain atau gangguan gastrointestinal
- Faktor genetik dan etnis tertentu
- Hipersensitivitas terhadap bau tertentu



Gambar 1.1
Faktor Risiko Kehamilan

5. Etiologi Diferensial

Mual dan muntah pada kehamilan umumnya dikaitkan dengan nausea and vomiting of pregnancy (NVP) atau hyperemesis gravidarum (HG). Namun demikian, tidak semua keluhan mual-muntah pada ibu hamil bersifat fisiologis atau semata-mata disebabkan oleh perubahan hormonal kehamilan. Oleh karena itu, evaluasi terhadap penyebab lain di luar NVP/HG sangat penting untuk menegakkan diagnosis yang tepat dan mencegah keterlambatan penatalaksanaan kondisi yang berpotensi mengancam keselamatan ibu dan janin. Beberapa kondisi medis non-obstetrik yang dapat menimbulkan keluhan mual dan muntah selama kehamilan antara lain gastroenteritis yang biasanya disertai diare, nyeri perut, dan riwayat konsumsi makanan terkontaminasi. Penyakit biliari, seperti kolesistitis atau kolesistitis, juga dapat memicu mual-muntah yang umumnya disertai nyeri kuadran kanan atas abdomen dan intoleransi makanan berlemak. Selain itu, hipertiroidisme, baik yang telah ada sebelumnya maupun yang dipicu oleh kehamilan, dapat menyebabkan mual-muntah berat akibat peningkatan metabolisme tubuh. (Holila, Dewi Sartika Silaban, 2023)



Infeksi, khususnya infeksi saluran kemih, perlu dipertimbangkan sebagai penyebab mual-muntah pada kehamilan, terutama bila disertai keluhan disuria, frekuensi berkemih meningkat, atau demam. Dari sisi obstetrik, kondisi yang lebih serius seperti kehamilan ektopik harus dicurigai apabila mual-muntah disertai nyeri perut hebat, perdarahan pervaginam, atau tanda-tanda syok. Kehamilan mola (hidatidosa) juga dapat menimbulkan mual-muntah berat akibat kadar hCG yang sangat tinggi, sering disertai pembesaran uterus yang tidak sesuai usia kehamilan dan perdarahan pervaginam.(Pramesti & Syifa, 2025)

Pada kehamilan lanjut, preeklampsia berat atau sindrom HELLP dapat memunculkan keluhan mual-muntah sebagai manifestasi gangguan sistemik, yang biasanya disertai hipertensi, nyeri epigastrium, sakit kepala berat, dan gangguan penglihatan. Kondisi ini memerlukan deteksi dini dan penanganan segera karena berisiko tinggi terhadap morbiditas dan mortalitas maternal maupun perinatal. Dengan demikian, pendekatan diagnosis diferensial yang komprehensif melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang tepat sangat diperlukan pada setiap ibu hamil dengan keluhan mual-muntah. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa keluhan tersebut tidak hanya dianggap sebagai gejala fisiologis kehamilan, tetapi juga untuk mengidentifikasi secara dini kondisi patologis yang membutuhkan intervensi medis segera.(Pamungkas & Adimayanti, 2025)

6. Alat penilaian

PUQE-24 (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea)

— skor yang menilai durasi mual, frekuensi muntah, dan regurgitasi dalam 24 jam untuk mengklasifikasikan keparahan NVP/HG. Salah satu alat penilaian yang paling banyak digunakan dan tervalidasi secara internasional untuk menilai keparahan mual-muntah pada kehamilan adalah PUQE-24 (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea). Instrumen ini dirancang untuk memberikan penilaian objektif terhadap tingkat keparahan nausea and vomiting of pregnancy (NVP) maupun hyperemesis gravidarum (HG) dalam periode 24 jam terakhir. PUQE-24 menilai tiga komponen utama, yaitu durasi mual, frekuensi muntah, dan frekuensi regurgitasi atau retching. Setiap komponen diberi skor numerik berdasarkan intensitas dan frekuensi gejala yang dialami ibu hamil. Total skor kemudian digunakan untuk mengklasifikasikan derajat keparahan mual-muntah ke dalam kategori ringan, sedang, atau berat. Secara umum, skor PUQE-24 ≤ 6 menunjukkan mual-muntah ringan, skor 7–12 menunjukkan mual-muntah derajat sedang, sedangkan skor ≥ 13 mengindikasikan mual-muntah berat atau kemungkinan hyperemesis gravidarum. Penggunaan PUQE-24 membantu tenaga kesehatan dalam menentukan kebutuhan penatalaksanaan, mulai dari edukasi

dan intervensi nonfarmakologis hingga terapi farmakologis atau rujukan untuk perawatan lebih lanjut. Dengan penerapan PUQE-24, penilaian mual–muntah kehamilan menjadi lebih terstandar, objektif, dan terukur, sehingga mendukung pengambilan keputusan klinis yang tepat serta pemantauan respons terapi secara berkelanjutan dalam asuhan kebidanan dan obstetri(Koren & others, 2022).

7. Pemeriksaan Penunjang(Pramesti & Syifa, 2025)

- a. Laboratorium: elektrolit (Na, K, Cl), fungsi ginjal, fungsi hati
- b. Urinalisis: ketonuria (tergantung pedoman), dehidrasi
- c. USG Obstetri: untuk memastikan viabilitas kehamilan, mengevaluasi komplikasi lain (mis. kehamilan ganda atau ektopik)
- d. Tes Diferensial: sesuai gejala (mis. fungsi tiroid)

8. Penatalaksanaan

a. Tujuan Penatalaksanaan

- 1) Mengurangi mual dan muntah
- 2) Mencegah dehidrasi berat
- 3) Menjaga status nutrisi ibu
- 4) Mencegah komplikasi metabolik dan elektrolit
- 5) Mendukung kelangsungan kehamilan dan kesejahteraan janin (Pamungkas & Adimayanti, 2025)

b. Penatalaksanaan Non-Farmakologis

Makan sedikit tapi sering (5–6 kali/hari) Pilih makanan ringan, mudah dicerna, tinggi karbohidrat Hindari makanan pedas/berbau kuat,Sarapan dengan roti kering atau biskuit asin, Konsumsi jahe atau teh jahe hangat (jika ditoleransi) dan Minum cairan dalam jumlah kecil tetapi sering(Pramesti & Syifa, 2025)

c. Penatalaksanaan Farmakologis

Berdasarkan pedoman RCOG Green-Top Guideline No.69 dan literatur klinis terbaru:(Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2024)

- 1) Obat Garis Awal (First-Line) Doxylamine + Pyridoxine (vitamin B6) aman dan efektif sebagai lini pertama untuk NVP. H1 Antihistamin lain/phenothiazines alternatif jika kombinasi B6/doxylamine kurang efektif.
- 2) Obat Garis Kedua : Metoclopramide dan Ondansetron :Keduanya aman dan efektif pada banyak kasus; ondansetron sering digunakan, dengan perhatian minor terhadap risiko struktural yang sangat kecil pada janin, menurut pedoman terbaru.

d. Penatalaksanaan HG Berat(Khasanah & Wahyuningsih, 2021)

- 1) Rehidrasi IV : cairan normal saline, penambahan elektrolit sesuai kebutuhan.

- 2) Suplementasi thiamine 100 mg IV sebelum pemberian glukosa untuk mencegah encephalopathy Wernicke apabila pasien malnutrisi/dehidrasi berat.
- 3) Nutrisi parenteral/enteral bila asupan oral tidak memungkinkan.
- 4) Rawat inap untuk pemantauan intensif jika perlu.

B. Contoh Kasus

1. Kasus 1 – Emesis Gravidarum Sedang

Ny. A, 24 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 9 minggu, mengeluh mual hampir sepanjang hari dan muntah 3–4 kali per hari. Pemeriksaan umum dalam batas normal, PUQE-24 skor 8. Diagnosis emesis gravidarum sedang. Penatalaksanaan berupa edukasi, diet kecil dan sering, serta vitamin B6. Evaluasi menunjukkan perbaikan keluhan.

2. Kasus 2 – Emesis Gravidarum Ringan

Ny. B, 21 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 7 minggu, mengeluh mual pagi hari dan muntah 1–2 kali per hari. PUQE-24 skor 6. Asuhan difokuskan pada edukasi dan modifikasi diet tanpa terapi farmakologis.

3. Kasus 3 – Emesis Gravidarum Sedang dengan Faktor Psikologis

Ny. C, 26 tahun, G2P1A0, usia kehamilan 10 minggu, mengalami mual sepanjang hari dan muntah 4–5 kali per hari disertai kecemasan. PUQE-24 skor 9. Asuhan meliputi konseling psikologis, dukungan keluarga, dan vitamin B6.

4. Kasus 4 – Emesis Gravidarum pada Kehamilan Kembar

Ny. D, 29 tahun, G2P1A0, usia kehamilan 8 minggu (kembar), muntah 5–6 kali per hari dan penurunan berat badan ringan. PUQE-24 skor 10. Dilakukan pemantauan ketat untuk mencegah progresi menjadi HG.

5. Kasus 5 – Hyperemesis Gravidarum

Ny. E, 23 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 9 minggu, muntah lebih dari 7 kali per hari, tidak mampu makan, dengan ketonuria positif dan penurunan berat badan >5%. Diagnosis hyperemesis gravidarum, dilakukan rujukan untuk rawat inap dan rehidrasi intravena.

6. Kasus 6 – Emesis Gravidarum Responsif Nonfarmakologis

Ny. F, 31 tahun, G3P2A0, usia kehamilan 11 minggu, muntah 3 kali per hari. PUQE-24 skor 8. Keluhan membaik dengan diet kecil-sering dan konsumsi jahe.

7. Kasus 7 – Morning Sickness Fisiologis

Ny. G, 22 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 6 minggu, mual ringan tanpa muntah hebat. Tidak ditemukan tanda dehidrasi. Asuhan berupa reassurance dan edukasi.

8. Kasus 8 – Emesis Gravidarum Tidak Responsif Awal

Ny. H, 28 tahun, G2P1A0, usia kehamilan 11 minggu, muntah menetap meski sudah mengubah pola makan. PUQE-24 skor 9. Diberikan vitamin B6 dan pemantauan lanjutan.

9. Kasus 9 – Emesis Gravidarum dengan Diagnosis Banding

Ny. I, 29 tahun, G2P1A0, usia kehamilan 8 minggu, muntah disertai nyeri epigastrium. Dilakukan evaluasi untuk menyingkirkan gastritis sebelum menetapkan diagnosis emesis gravidarum.

10. Kasus 10 – Emesis Gravidarum dengan Faktor Risiko Rekuren

Ny. J, 32 tahun, G3P2A0, usia kehamilan 10 minggu, memiliki riwayat HG pada kehamilan sebelumnya. Dilakukan pemantauan intensif dan edukasi dini.

11. Kasus 11 – Hyperemesis Gravidarum Berat

Ny. K, 26 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 9 minggu, muntah terus-menerus, hipotensi, dan tanda dehidrasi. PUQE-24 ≥ 13 . Dilakukan rujukan segera untuk perawatan lanjutan.

C. Pembahasan

Mual dan muntah pada kehamilan trimester I merupakan manifestasi klinis yang sangat sering dijumpai dalam praktik kebidanan dan memiliki spektrum keparahan yang luas, mulai dari kondisi fisiologis ringan hingga keadaan patologis yang berpotensi mengancam keselamatan ibu dan janin. Sebelas kasus yang disajikan dalam bab ini menggambarkan variasi tersebut secara komprehensif dan mencerminkan kondisi nyata yang sering dihadapi di layanan kesehatan primer maupun rujukan. Secara fisiologis, mual dan muntah pada kehamilan terutama berkaitan dengan perubahan hormonal, khususnya peningkatan kadar human chorionic gonadotropin (hCG) dan estrogen pada trimester pertama. Hormon-hormon ini memengaruhi pusat muntah di otak, motilitas gastrointestinal, serta sensitivitas penciuman ibu hamil. Hal ini tampak pada kasus emesis gravidarum ringan dan sedang, di mana keluhan muncul sejak usia kehamilan awal, memburuk pada minggu ke-8 hingga ke-12, dan cenderung berkurang seiring bertambahnya usia kehamilan. Faktor risiko tertentu terbukti berperan dalam meningkatkan keparahan mual–muntah, seperti kehamilan pertama, kehamilan kembar, serta riwayat emesis gravidarum atau hyperemesis gravidarum pada kehamilan sebelumnya. Hal ini tergambar jelas pada kasus ibu dengan kehamilan kembar dan ibu dengan riwayat hiperemesis, yang menunjukkan keluhan lebih berat dan membutuhkan pemantauan lebih intensif. Selain faktor biologis, aspek psikologis seperti kecemasan dan stres juga berkontribusi terhadap persepsi dan intensitas

mual–muntah, sebagaimana terlihat pada kasus dengan faktor psikologis dominan(Rofi'ah et al., 2019)

Pendekatan asuhan kebidanan pada mual–muntah kehamilan harus dilakukan secara bertahap dan individual. Pada kasus emesis gravidarum ringan hingga sedang, intervensi nonfarmakologis merupakan pilar utama penatalaksanaan. Edukasi mengenai pola makan porsi kecil dan sering, pemilihan jenis makanan yang mudah dicerna, penghindaran bau menyengat, serta anjuran istirahat cukup terbukti efektif dalam mengurangi keluhan. Dukungan emosional dan reassurance bahwa kondisi ini umumnya bersifat sementara juga memiliki peran penting dalam meningkatkan kepatuhan ibu terhadap asuhan yang diberikan (Eti Rohaeti, 2021).

Pada kasus dengan keluhan sedang yang mengganggu aktivitas sehari-hari, pemberian terapi farmakologis seperti vitamin B6 dapat dipertimbangkan sebagai terapi lini pertama yang aman. Evaluasi respons terhadap terapi perlu dilakukan secara berkala untuk mencegah progresi ke kondisi yang lebih berat. Hal ini ditunjang oleh penggunaan instrumen penilaian PUQE-24 yang memungkinkan tenaga kesehatan menilai keparahan secara objektif dan memantau perbaikan atau perburukan gejala dari waktu ke waktu(Koren & others, 2022).

Kasus hyperemesis gravidarum yang disajikan menunjukkan pentingnya deteksi dini tanda bahaya, seperti muntah persisten, penurunan berat badan lebih dari 5%, ketonuria, hipotensi, dan tanda dehidrasi. Kondisi ini memerlukan penanganan intensif, termasuk rehidrasi intravena, koreksi gangguan elektrolit, suplementasi vitamin terutama tiamin, serta penggunaan antiemetik sesuai indikasi. Keterlambatan penanganan dapat menyebabkan komplikasi serius, seperti gangguan metabolik, defisiensi nutrisi, hingga ensefalopati Wernicke.Selain itu, pembahasan kasus juga menekankan pentingnya diagnosis diferensial pada ibu hamil dengan mual–muntah. Tidak semua keluhan mual–muntah dapat langsung dikategorikan sebagai NVP atau HG. Evaluasi terhadap kemungkinan penyebab lain, seperti gangguan gastrointestinal, infeksi, kelainan endokrin, maupun kondisi obstetri patologis, harus selalu dilakukan. Pendekatan ini penting untuk memastikan bahwa asuhan yang diberikan tepat sasaran dan tidak mengabaikan kondisi medis lain yang membutuhkan penanganan khusus.

Secara keseluruhan, sebelas kasus dalam bab ini menegaskan bahwa asuhan kebidanan pada kehamilan trimester I dengan keluhan mual–muntah harus bersifat komprehensif, holistik, dan berbasis bukti. Integrasi antara penilaian klinis, penggunaan alat ukur terstandar, edukasi yang efektif, serta kolaborasi dan rujukan tepat waktu merupakan kunci keberhasilan dalam menurunkan morbiditas ibu hamil akibat mual–muntah kehamilan.

D. Kesimpulan

Mual–muntah pada kehamilan trimester I memerlukan asuhan kebidanan yang komprehensif dan berbasis bukti. Dengan penilaian yang tepat dan intervensi bertahap, sebagian besar kasus dapat ditangani secara efektif di layanan primer, sementara kasus berat membutuhkan rujukan dan perawatan lanjutan.

E. Referensi

- Diflayzer, D., S.A., S., & Nofita, E. (2018). Gambaran Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri pada Ibu Bersalin yang Masuk di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Dr. Rasidin Padang Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 634. <https://doi.org/10.25077/jka.v6i3.750>
- Eti Rohaeti, A. N. (2021). Analisis Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Kehamilan Risiko Tinggi Di Wilayah Kerja Puskesmas Mubune Kabupaten Minahasa Utara. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Indonesia*, 11(1), 1–9. <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/S1ak/article/view/4389>
- Holila,Dewi Sartika Silaban, T. (2023). Faktor yang berhubungan dengan kehamilan risiko tinggi. *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan*, 13(25).
- Khasanah, Y. U., & Wahyuningsih, F. (2021). Risiko Kehamilan Berdasarkan Riwayat Kesehatan Ibu Di Puskesmas Bantul II. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 7(1), 13–19. <https://doi.org/10.48092/jik.v7i1.117>
- Koren, G., & others. (2022). Validation of the Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE) score. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(4), 511.e1--511.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.10.015>
- Nike Arta Puspitasari, Anita Yuliani, Q. N. R. (2023). Analisis Pemenuhan Kebutuhan Holistik pada Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum. *Jurnal Analisa Kebutuhan Holistik*.
- Pamungkas, A. D. A., & Adimayanti, E. (2025). Manajemen mual dan muntah pada primigravida dengan hiperemesis gravidarum. *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat*, 3(2), 92–99.
- Pramesti, S. D., & Syifa, Z. N. (2025). Efektivitas minuman jahe pada mual muntah kehamilan trimester I. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 11(2), 166–170.
- Putri, N. O. P. (2024). Gambaran emesis gravidarum pada ibu hamil trimester I menggunakan skor PUQE-24. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*.
- Rahayu, & Sari, L. P. (2025). Asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester I dengan emesis gravidarum. *Jurnal Keperawatan Profesional*.
- Rofi'ah, S., Widatiningsih, S., & Sukini, T. (2019). Efektivitas Aromaterapi Lemon untuk Mengatasi Emesis Gravidarum. *Jurnal Kebidanan*, 9(1), 9–16. <https://doi.org/10.31983/jkb.v9i1.3814>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2024). The management of nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum (Green-top Guideline No. 69). *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17564>

F. Glosarium

HG = Hiperemesis Gravidarum

NVP = Nausea and vomiting of pregnancy

CHAPTER 2

KASUS IBU HAMIL TRIMESTER III DENGAN KELUHAN NYERI PUNGGUNG

Nahdia Aulia Fahmi, S.Tr.Keb., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog

Kehamilan adalah proses yang terjadi secara alamiah yang dimulai dari adanya pembuahan, berkembang menjadi janin di dalam kandungan, semakin membesar dan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang dirasakan oleh ibu hamil (Arummega, Rahmawati, & Meiranny, 2022). Beberapa ketidaknyamanan yang dapat terjadi pada trimester I, misalnya: mual, muntah, dan pusing (Nurdiana, 2018). Ketidaknyamanan yang sering dialami pada trimester II, misalnya: oedema, sering buang air kecil, keputihan, kram di area perut bagian bawah dan kaki. Ketidaknyamanan yang sering dialami pada trimester III, misalnya: konstipasi, oedema, nyeri punggung, kesulitan tidur, nocturia, kesulitan bernafas, dan yang paling sering adalah nyeri punggung (Fitriani, et al., 2022). Nyeri punggung ini umumnya dimulai pada kehamilan 28 minggu dan bersifat fisiologis, tetapi dapat menyebabkan banyak masalah bila tidak segera ditangani (Liu, et al., 2021).

Berdasarkan hasil penelitian global, hampir 70% ibu hamil mengalami nyeri punggung dengan skala nyeri yang berbeda-beda, bahkan menyebabkan kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga harus beristirahat (Saleri, et al., 2023). Menurut data Profil Kesehatan Ibu dan Anak (2024), jumlah ibu hamil di Indonesia mencapai 5.305.776. Hasil penelitian menunjukkan sekitar 80% ibu hamil mengalami keluhan nyeri punggung, artinya 8 dari 10 ibu hamil mengalami keluhan tersebut. (Noviani, Mufiedah, & Sari, 2024).

Faktor utama yang menyebabkan ibu hamil trimester III mengeluh nyeri punggung adalah bertambahnya berat badan sekitar 11–12kg selama kehamilan, produksi hormon progesterone dan relaxin yang melonjak, sehingga merangsang peregangan otot di daerah punggung (Saxena, Chilkota, Singh, & Yadav, 2019). Faktor lainnya bisa disebabkan oleh beberapa hal, seperti: riwayat nyeri punggung pada kehamilan sebelumnya, usia ibu yang terlalu muda, stres, aktivitas sehari-hari yang terlalu berat, dan riwayat trauma pada punggung atau panggul (Manyozo, 2019). Keluhan ini dianggap fisiologis karena tidak berbahaya, sehingga tidak segera diberikan penatalaksanaan. Hal tersebut dapat mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan lain yang lebih parah. Dampak jangka pendek mengakibatkan

ketidakmampuan melakukan aktivitas sampai mengurangi kualitas hidup (Ceprnja, Chipchase, Fahey, Liamputtong, & Gupta, 2021). Dampak jangka panjang menimbulkan kekambuhan nyeri yang serupa bahkan pada kehamilan selanjutnya (Al-Hadidi, et al., 2020).

Beberapa intervensi yang dapat diberikan pada ibu hamil trimester III dengan nyeri punggung, yaitu secara farmakologis dan nonfarmakologis tergantung pada usia kehamilan, faktor penyebab, dan kondisi medis lainnya (Rabiee & Sarchamie, 2018). Penatalaksanaan secara farmakologis, yaitu dengan pemberian anti nyeri atau tablet kalsium. Akan tetapi, pemberian obat anti nyeri berdampak pada kesehatan ibu dan janin, seperti gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi ginjal, oedema, bahkan hipertensi jika diberikan berkepanjangan (Amalia, Erika, & Dewi, 2020). Penatalaksanaan nonfarmakologis dapat dilakukan dengan memperbaiki posisi tidur, tidur miring dengan penyangga, membatasi aktivitas yang berlebihan, olahraga ringan seperti senam hamil dan yoga (Rabiee & Sarchamie, 2018).

B. Kehamilan Trimester III

Kehamilan adalah bersatunya sel sperma dan sel ovum yang kemudian dilanjutkan dengan proses implantasi dan berkembang sampai dengan kelahiran janin selama kurang lebih 40 minggu lamanya (Tarigan & Elisabet, 2020). Masa kehamilan ini dibagi menjadi tiga masa yang disebut dengan trimester. Trimester I dari minggu ke-1 sampai minggu ke-12, trimester II dari minggu ke-13 sampai minggu ke-27, dan trimester III dari minggu ke-28 sampai minggu ke-40 (Widatiningsih & Tungga Dewi, 2017). Kehamilan trimester III adalah fase penantian yang mengakibatkan ibu hamil merasa khawatir akan proses persalinannya nanti serta rasa tidak nyaman yang semakin muncul akibat beberapa perubahan yang terjadi pada tubuhnya (Rustikayanti, Kartika, & Herawati, 2016).

Beberapa perubahan yang terjadi pada ibu hamil trimester III, diantaranya (Fatimah, Arantika, & Pratiwi, 2022)

1. Perubahan fisiologis

Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu hamil trimester III, yaitu:

a. Uterus

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30x25x20cm dengan kapasitas lebih dari 4000cc. Hal ini mengakibatkan adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin dan corpus uteri semakin terlihat jelas.

b. Sistem urinaria

Memasuki trimester ketiga, ibu hamil biasanya lebih sering buang air kecil karena posisi kepala janin yang mulai turun ke area panggul, sehingga

memberikan tekanan langsung pada kandung kemih dan mengurangi kapasitas tampungnya.

c. Sistem pernapasan

Keluhan sesak napas sering muncul pada usia kehamilan 33–36 minggu. Hal ini terjadi karena perubahan hormon yang memengaruhi sirkulasi darah ke paru-paru dan pembesaran rahim yang menekan diafragma ke atas membuat ruang i paru-paru menjadi lebih terbatas.

d. Sistem kardiovaskuler

Secara fisik, ukuran jantung ibu hamil mengalami pembesaran sekitar 12%, dengan peningkatan kapasitas volume antara 70-80 ml, sehingga volume darah meningkat drastis.

e. Sistem integument

Perubahan pada kulit terlihat pada trimester II dan III karena meningkatnya produksi melanosit yang membuat pigmen kulit tampak lebih gelap di area tertentu. Selain itu, peregangan kulit dapat terjadi seiring membesarnya perut yang disebut dengan *stretch mark*.

f. Sistem muskulokeletal

Mendekati persalinan, kadar hormon progesteron meningkat untuk merelaksasi jaringan ikat dan otot. Hal ini bertujuan agar panggul lebih fleksibel saat proses kelahiran. Secara postur, ibu hamil akan cenderung mengalami lordosis untuk menyeimbangkan beban perut yang semakin berat.

g. Sistem pencernaan

Ibu hamil trimester akhir sering mengalami sembelit (konstipasi) karena tingginya hormon progesteron yang memperlambat Gerakan peristaltik usus, sehingga proses pencernaan makanan di lambung dan usus berlangsung lebih lama.

2. Perubahan Psikologis

Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu hamil trimester III, yaitu:

- a. Rasa tidak nyaman dan merasa tubuhnya tidak menarik
 - b. Merasa gelisah ketika bayi tidak lahir tepat waktu
 - c. Bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan
 - d. Kekhawatiran apabila terdapat ketidaknormalan pada bayinya nanti
 - e. Merasakan kehilangan perhatian dan perasaan mudah terluka
- Beberapa ketidaknyaman pada ibu hamil trimester III, diantaranya:

3. Konstipasi

Konstipasi atau sembelit selama kehamilan dapat terjadi karena lonjakan hormon progesteron yang berpengaruh terhadap terhambatnya kerja peristaltik usus. Selain faktor hormonal, sembelit juga dapat disebabkan karena pembesaran

uterus ke arah usus, efek samping konsumsi suplemen zat besi, dan gaya hidup yang kurang aktif. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi sembelit, yaitu: ibu hamil disarankan minum 6-8 gelas air per hari, mengonsumsi buah dan sayur, serta melakukan mobilisasi, seperti senam hamil (Fitriani L. , 2018).

4. Edema

Edema adalah pembengkakan pada area kaki selama kehamilan trimester III disebabkan karena terhambatnya sirkulasi balik darah dari bagian bawah tubuh menuju jantung. Kondisi ini dapat terjadi semakin parah apabila ibu berada dalam posisi berdiri atau duduk yang terlalu lama. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi edema, yaitu: mengatur pola makan dengan cara mengurangi konsumsi makanan yang mengandung kadar garam (natrium) tinggi, menghindari pemakaian busana atau kaos kaki yang terlalu ketat karena dapat menghambat aliran darah, dan melakukan posisi kaki *dorsofleksi* (menarik telapak kaki ke arah tulang kering) saat duduk agar memicu kontraksi otot kaki dan memperlancar aliran darah (Faniza, Dewi, & Nurhayati, 2021).

5. Insomnia

Insomnia adalah gangguan tidur yang disebabkan oleh faktor psikologis, seperti kecemasan berlebih atau munculnya pikiran-pikiran negatif terkait kondisi kehamilan. Selain tekanan mental, perasaan gembira yang berlebihan secara tidak langsung dapat memengaruhi kualitas istirahat ibu. Jadi, ibu hamil disarankan untuk menghindari hal-hal yang dapat memicu stres berat. Secara fisik, kesulitan tidur di malam hari juga kerap disebabkan oleh pergerakan janin yang aktif serta rasa tidak nyaman pada posisi tubuh. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi insomnia, yaitu: tidur dengan posisi miring ke samping dengan bantuan bantal penyangga untuk meningkatkan kenyamanan, melibatkan peran keluarga untuk memberikan semangat mental serta bimbingan spiritual guna memantapkan persiapan persalinan, mengikuti senam hamil secara rutin untuk menjaga kebugaran tubuh, dan melakukan pijatan lembut pada area tubuh yang terasa kaku atau nyeri sebagai upaya pereda ketegangan (Fitriani L. , 2018).

6. Nocturia

Nocturia dapat disebabkan oleh bertambahnya ukuran uterus selama masa kehamilan yang membuat posisinya memanjang dari area panggul menuju rongga perut. Kondisi ini memberikan tekanan langsung pada kandung kemih yang terletak tepat di depan rahim. Akibat desakan tersebut, volume ruang kandung kemih menjadi lebih sempit sehingga kapasitas penampungan urine berkurang yang mengakibatkan ibu hamil lebih sering berkemih. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi nocturia, yaitu:

membatasi asupan air sekitar 1–2 jam sebelum tidur, melakukan olahraga secara rutin untuk memperkuat otot perut, vagina, serta otot dasar panggul, tidak menunda keinginan buang air kecil, menggunakan pakaian dalam berbahan katun atau material lain yang memiliki daya serap keringat tinggi untuk menjaga kelembapan area sensitif (Patimah, Nurhikmah, & Nurdianti, 2020)

7. *Haemoroid*

Haemoroid atau wasir disebabkan oleh sembelit yang berkepanjangan. Secara fisiologis, hal ini terjadi karena uterus yang membesar, sehingga memberikan tekanan kuat pada area anorektal. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi *haemoroid*, yaitu: meningkatkan konsumsi makanan berserat untuk melancarkan pencernaan, aktif bergerak selama masa kehamilan untuk menjaga kelancaran sirkulasi darah, menghindari duduk dalam durasi yang terlalu lama karena dapat menambah beban tekanan pada area dubur, dan tidak menunda buang air besar (Fitriani L. , 2018).

8. *Heart burn*

Heart burn disebabkan oleh kenaikan hormon progesteron yang berdampak pada melambatnya fungsi lambung dan otot kerongkongan bagian bawah. Hal ini menyebabkan proses pencernaan makanan berlangsung lebih lama, sehingga memicu penumpukan makanan dan menimbulkan rasa kembung dan begah. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi *heart burn*, yaitu: mengonsumsi makanan yang mengandung serat seperti sayuran dan buah-buahan, menghindari makanan yang terlalu pedas, berminyak, berlemak, atau asam, menggunakan pakaian yang longgar agar tidak memberikan tekanan tambahan pada area perut (Patimah, Nurhikmah, & Nurdianti, 2020).

9. Sakit kepala

Sakit kepala disebabkan oleh adanya kontraksi atau kaku otot pada area leher, bahu, kepala, dan faktor kelelahan fisik. Selain itu, perubahan dinamika cairan otak dan masalah pada mata (kelainan okular) juga dapat menjadi penyebab timbulnya ketegangan di area kepala. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi sakit kepala, yaitu: melakukan pemijatan pada otot bahu dan leher untuk melemaskan otot yang kaku, kompres hangat pada area leher atau mandi dengan air hangat untuk membantu tubuh lebih rileks, dan mengatur waktu istirahat yang cukup dengan posisi tubuh yang paling nyaman untuk mengurangi beban fisik (Fitriani L. , 2018).

10. Susah bernapas

Sesak napas mulai dirasakan oleh ibu hamil sejak memasuki trimester kedua dan menetap hingga menjelang persalinan. Kondisi ini disebabkan oleh pertumbuhan rahim yang mendesak diafragma, sehingga terangkat sekitar 4 cm

dari posisi semula. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi susah bernapas, yaitu: melakukan teknik pernapasan yang normal dan teratur untuk membantu paru-paru bekerja lebih optimal dan mengelola kecemasan agar frekuensi napas tidak semakin cepat akibat rasa khawatir (Fitriani L. , 2018).

11. Varises

Varises pada disebabkan oleh tekanan yang berlebihan atau menyempitnya pembuluh darah di bagian bawah tubuh dan hormon estrogen yang melemahkan elastisitas jaringan pembuluh darah, sehingga memicu pelebaran vena. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi varises, yaitu: menghindari kebiasaan menyilangkan kaki saat duduk atau tidur, menyanggah kaki menggunakan bantal untuk memperlancar aliran darah balik, melakukan aktivitas fisik ringan seperti senam hamil secara rutin, dan menggunakan alat bantu seperti kaus kaki kompresi atau perban khusus pada area yang mengalami varises untuk membantu menopang pembuluh darah (Fitriani L. , 2018).

12. Nyeri punggung

Nyeri punggung pada ibu hamil trimester III disebabkan oleh perubahan hormonal yang memengaruhi jaringan lunak pendukung, sehingga elastisitas otot menjadi berkurang. Intensitas rasa sakit biasanya meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan akibat pergeseran pusat gravitasi tubuh dan perubahan postur alami ibu. Beberapa faktor yang dapat memperburuk nyeri punggung meliputi beban rahim yang semakin berat, kebiasaan membungkuk secara berlebihan, kelelahan, aktivitas berjalan yang terlalu lama, serta mengangkat beban berat. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri punggung, yaitu: melakukan teknik pernapasan dalam agar lebih rileks, pijatan lembut dan kompres pada area yang terasa sakit, serta mengubah posisi tidur menjadi miring ke samping untuk menyokong punggung serta perut (Fitriani L. , 2018).

C. Ibu Hamil Trimester III dengan Nyeri Punggung

1. Nyeri

Nyeri adalah suatu rasa tidak nyaman yang melibatkan dimensi sensorik sekaligus emosional. Menurut IASP (*International Association for the Study of Pain*), nyeri merupakan pengalaman individu akibat rusaknya jaringan secara nyata ataupun potensi kerusakan yang mungkin terjadi. Nyeri tidak hanya melibatkan reaksi fisik tubuh, tetapi juga melibatkan psikologis dan emosional seseorang (Amris, Jones, de C, & Williams, 2019).

Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan yang muncul secara spesifik pada area tubuh tertentu yang mengalami gangguan atau kerusakan jaringan.

(Cholifah & Azizah, 2020). Nyeri adalah rasa tidak menyenangkan yang disebabkan oleh cedera fisik (Utami, 2016). Nyeri merupakan pengalaman yang bersifat multidimensi dengan tingkatan intensitas yang bervariasi (ringan hingga berat). Sifat nyeri dapat terasa tumpul, tajam, seperti terbakar, dengan pola penyebaran yang beragam—mulai dari nyeri lokal hingga nyeri yang terasa jauh di dalam. Durasi kemunculannya pun bersifat dinamis, bisa terjadi sesaat (*intermiten*) maupun berlangsung secara terus-menerus (*persisten*), tergantung pada faktor penyebabnya (Ayudita, Hesti, Zulfita, Retnoningrum, & Patimah, 2023).

Menurut IASP, beberapa klasifikasi nyeri, diantaranya (Rahayu, et al., 2023):

a. Berdasarkan jenis nyeri

1) Nyeri nosiseptif

Nyeri nosiseptif muncul akibat adanya stimulasi pada lapisan luar tubuh, seperti kulit, jaringan subkutan, serta membran mukosa (selaput lendir). Nyeri jenis ini umumnya ditandai dengan sensasi yang terasa tajam atau panas dan lokasinya dapat diidentifikasi secara jelas oleh penderitanya.

2) Nyeri neurogenik

Nyeri neurogenic muncul akibat adanya kegagalan fungsi utama pada sistem saraf perifer atau kerusakan langsung pada serabut saraf tepi. Secara klinis, penderita biasanya menggambarkan sebagai sensasi sengatan listrik yang disertai rasa panas, di mana sentuhan ringan sekalipun dapat menimbulkan reaksi yang tidak nyaman.

3) Nyeri psikogenik

Nyeri psikogenik berhubungan dengan kondisi kesehatan mental atau gangguan psikologis seseorang dan seringkali timbul saat keadaan emosional, seperti seseorang dengan gangguan kecemasan dan depresi berat.

b. Berdasarkan waktu nyeri

1) Nyeri akut

Nyeri terjadi tiba-tiba akibat cedera tertentu. Nyeri ini dapat mereda setelah kerusakan jaringan diperbaiki dan biasanya terjadi dalam waktu 1–6 bulan.

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis terjadi terus-menerus atau berulang selama jangka panjang dan biasanya lebih dari enam bulan.

c. Berdasarkan lokasi nyeri

1) Nyeri somatic

Nyeri somatik bersumber dari struktur tubuh seperti tulang, sendi, tendon, serta otot rangka. Secara klinis, penderita sering kali merasakan rasa sakit seperti tertusuk dan terbakar.

2) Nyeri supervisial

Nyeri supervisial bersumber dari jaringan subkutan dan kulit. Contohnya nyeri akibat tertusuk jarum suntik.

3) Nyeri visceral

Nyeri visceral bersumber dari suatu penyakit dan akhirnya menyebabkan terganggunya fungsi organ-organ. Contohnya nyeri pada lambung

d. Berdasarkan derajat nyeri

1) Nyeri ringan

Nyeri ringan muncul secara berkala dan umumnya dirasakan saat melakukan rutinitas harian. Meskipun terasa, nyeri ini biasanya belum menghambat fungsi tubuh secara signifikan.

2) Nyeri sedang

Nyeri sedang bersifat konstan dan mulai menghambat efektivitas aktivitas seseorang. Meskipun demikian, nyeri ini dapat mereda apabila penderita beristirahat secara total.

3) Nyeri hebat

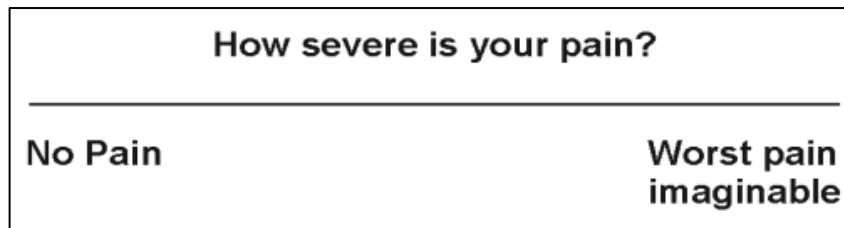
Nyeri hebat bersifat intens dan berlangsung tanpa jeda, sehingga penderita merasa tersiksa dan tidak mampu mendapatkan waktu istirahat atau tidur yang memadai.

Pengukuran tingkat nyeri dilakukan melalui skala intensitas nyeri. Indikator ini membantu tenaga kesehatan dalam menafsirkan rasa nyeri yang dialami klien, menentukan metode pengobatan, dan menyusun rencana kunjungan selanjutnya. Secara klinis, penanganan dan kecepatan respons terhadap pasien berbeda tergantung tingkat nyerinya. Beberapa jenis skala untuk mengukur intensitas nyeri, yaitu (Pinzon, 2016).

e. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Visual Analogue Scale (VAS) adalah bentuk penilaian skala nyeri yang memiliki panjang 10cm (100mm) dengan dua kubu ekstrim, yaitu 0 "tanpa nyeri" dan 100mm "nyeri paling hebat yang bisa dibayangkan". Nilai VAS dikelompokkan menjadi nyeri intensitas ringan (0–44mm), nyeri intensitas sedang (45–74mm), dan nyeri intensitas berat (75–100mm).

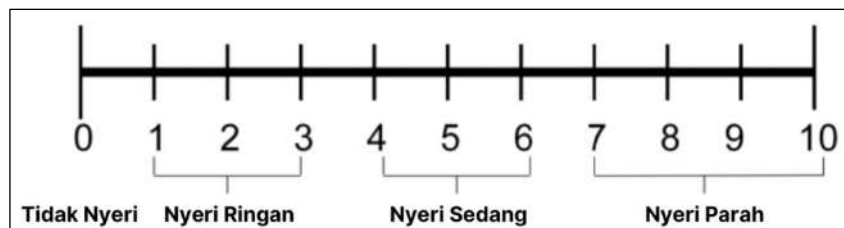
Pengukuran skala VAS dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 2.1 VAS (*Visual Analogue Scale*)
Sumber: (Pinzon, 2016)

f. *Numeric Rating Scale (NRS)*

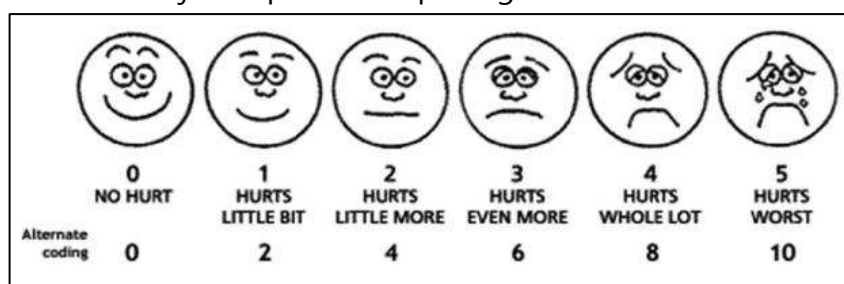
Numeric Rating Scale (NRS) adalah versi angka dari VAS yang menggambarkan 0–10 dalam skala nyeri. Skala untuk NRS adalah skala numerik tunggal berisi 11 nilai, yaitu 0 “tidak sakit sama sekali” sampai 10 “sakit terhebat yang bisa dibayangkan”. Klasifikasi nilai NRS adalah nyeri ringan (1–3), nyeri sedang (4–6), dan nyeri hebat (7–10). Nilai NRS memiliki keakuratan yang tinggi untuk mengevaluasi suatu terapi nyeri. Pengukuran skala NRS dapat dilihat pada gambar di bawah ini



Gambar 2.2 NRS (*Numeric Rating Scale*)
Sumber: (Pinzon, 2016)

g. Skala Wajah

Skala wajah berisi 6 ekspresi wajah dan sering digunakan pada anak-anak. Angka 0 artinya tidak sakit sampai dengan angka 5 artinya sakit hebat. Pengukuran skala wajah dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Gambar 2.3 Skala Wajah
Sumber: (Pinzon, 2016)

2. Ibu Hamil Trimester III dengan Nyeri Punggung

Nyeri punggung pada kehamilan adalah ketidaknyamanan yang terjadi tepatnya pada punggung bagian bawah karena faktor hormonal, mekanik, peredaran darah, dan muskuluskeletal. (Syalfina, Priyanti, & Irawati, 2022). Seiring bertambahnya usia kehamilan, rasa nyeri ini juga semakin bertambah. Beberapa faktor penyebab nyeri punggung pada ibu hamil, yaitu (Purnamasari & Widyawati, 2019).

a. Bertambahnya berat badan

Berat badan yang bertambah menyebabkan beban tulang belakang juga bertambah, sehingga dapat menyebabkan nyeri punggung.

b. Perubahan ukuran payudara

Ukuran payudara yang semakin membesar dan berat akhirnya menimbulkan adanya nyeri punggung.

c. Perubahan hormon

Hormon relaksin yang diproduksi pada saat kehamilan menyebabkan ligamen dan sendi pada area panggul menjadi lebih longgar, sehingga menyebabkan rasa nyeri.

d. Stres

Kondisi emosional menyebabkan otot pada daerah punggung mengalami ketegangan, sehingga menyebabkan munculnya nyeri.

e. Usia ibu hamil

Usia berhubungan dengan respon terhadap rasa nyeri dan status kesehatan ibu hamil. Pada wanita dengan usia kurang dari 20 tahun, organ-organ tubuhnya belum siap melaksanakan fungsi fisiologisnya, sehingga pada usia ini wanita sulit mengendalikan nyeri. Pada wanita dengan usia lebih dari 35 tahun, organ-organ tubuhnya mengalami penurunan fungsi fisiologisnya, sehingga usia lebih dari 35 tahun berisiko menimbulkan kecemasan kehamilan dan persalinan dan merangsang nyeri.

f. Usia Kehamilan

Bertambahnya usia kehamilan menyebabkan perubahan postur tubuh ibu hamil, sehingga otot perut menjadi lemah dan menyebabkan nyeri punggung.

g. Pekerjaan ibu hamil

Ibu hamil yang bekerja terlalu berlebihan dapat menyebabkan kelelahan dan menimbulkan nyeri.

h. Pendidikan ibu hamil

Tingkat pendidikan ibu hamil dapat mempengaruhi kemampuannya untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami, termasuk nyeri.

Intervensi yang dapat diberikan pada ibu hamil trimester III dengan nyeri punggung, yaitu secara farmakologis dan nonfarmakologis.

a. Farmakologis

Tindakan farmakologis untuk mengatasi rasa nyeri pada ibu hamil trimester III dapat dilakukan dengan pemberian kalsium atau obat analgesik. Contoh obat analgesik yang umum digunakan, yaitu: parasetamol, ibuprofen, dan golongan NSAID (*Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs*), tetapi penggunaan obat analgesik perlu diwaspadai karena mengakibatkan gangguan pencernaan, penurunan fungsi ginjal, edema, dan hipertensi pada ibu hamil. (Amalia, Erika, & Dewi, 2020). Di samping itu, kalsium dapat diberikan dengan dosis 2x500 mg (Rahayu, Fitria, & Mudari, 2023).

b. Non Farmakologis

Tindakan non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri punggung dapat menjadi pilihan karena tidak membahayakan dan terbukti efektif. Beberapa Tindakan yang dapat dilakukan, diantaranya: **relaksasi pernapasan** yang berfungsi mengistirahatkan sistem saraf dan melepas ketegangan tubuh. Selain itu, **massage** pada area pinggang dan bahu dapat meningkatkan kenyamanan, sementara **hypnosis** efektif dalam mereduksi nyeri akut maupun kronis. Untuk persiapan jangka panjang, **prenatal yoga** dan **senam hamil** berperan penting dalam menjaga kesehatan fisik, mental, dan spiritual, sekaligus melancarkan sirkulasi darah serta melatih kesiapan otot panggul menjelang persalinan (Suwondo, Suwondo, Meliala, & Sudadi, 2017).

D. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Trimester III dengan Nyeri Punggung

1. Pengertian

Manajemen asuhan kebidanan merupakan pola pemikiran sistematis yang diterapkan bidan dalam menyelenggarakan pelayanan. Proses ini mencakup rangkaian tahapan yang berkesinambungan, mulai dari pengumpulan data (pengkajian), penetapan diagnosis, penyusunan rencana tindakan, pelaksanaan intervensi, penilaian hasil (evaluasi) dan dokumentasi. Melalui manajemen yang matang, setiap tindakan yang diambil harus didasari oleh pertimbangan yang terencana serta alasan klinis yang kuat, sehingga intervensi tersebut efektif dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi klien (Abdullah, et al., 2025).

Asuhan kebidanan merupakan serangkaian intervensi yang dilakukan oleh bidan melalui proses pengambilan keputusan klinis yang sistematis. Tindakan ini diselenggarakan dalam batasan wewenang dan ranah praktik profesional dengan mengintegrasikan landasan ilmiah dalam pelayanan kebidanan. Asuhan yang diberikan dapat berupa pemberian pelayanan kesehatan pada klien yang memiliki

masalah atau kebutuhan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana (Kemenkes RI, 2020).

Salah satu asuhan yang dapat dilakukan adalah seorang bidan memberikan asuhan pada ibu hamil trimester III dengan nyeri punggung sesuai dengan standar profesi bidan. Asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III dengan keluhan nyeri punggung difokuskan pada perubahan tingkat kenyamanan dan penguatan edukasi manajemen nyeri dengan menerapkan kombinasi KIE, aktivitas fisik seperti senam hamil, prenatal yoga, dan pijat ringan untuk persiapan menjelang persalinan. Keberhasilan asuhan ini dilakukan secara berkala melalui pendokumentasian metode SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*)

Pelaksanaan asuhan kebidanan mengikuti tujuh langkah Manajemen Varney yang dilakukan secara berkesinambungan, yaitu (Maryunani, 2021).

2. Langkah I (Mengumpulkan Data Dasar)

Mengumpulkan data dimulai dengan melakukan anamnesa terhadap seluruh data dasar untuk mengevaluasi kondisi pasien secara umum. Berdasarkan data subjektif dapat diketahui bahwa ibu hamil mengeluh nyeri pada area punggung bawah. Secara klinis, rasa nyeri ini berkaitan dengan kondisi hiperlordosis pada lumbal dan adanya ketegangan otot paraspinal. Secara epidemiologi, keluhan ini biasanya muncul pada kehamilan trimester III, dengan faktor risiko yang meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan. Sementara itu, data objektif berasal dari hasil pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pemeriksaan penunjang. Data objektif pada ibu hamil trimester III dengan keluhan nyeri punggung menunjukkan bahwa kondisi umum serta tanda-tanda vital ibu dan janin tetap berada dalam batas normal, tetapi biasanya nyeri berada pada skala sedang sampai berat.

3. Langkah II (Interpretasi Data)

Interpretasi data bertujuan untuk merumuskan diagnosis kebidanan yang valid berdasarkan data subjektif dan data objektif. Pada tahap ini harus mengacu pada teori fisiologis dan psikologis kehamilan, kemudian data dianalisis untuk memastikan asuhan yang sesuai dengan keluhan ibu hamil, yaitu nyeri punggung.

4. Langkah III (Mengidentifikasi Masalah Potensial)

Langkah ini berfokus pada antisipasi masalah dari hasil temuan pada interpretasi data. Bidan dituntut berpikir dalam menyiapkan langkah preventif untuk meminimalisir dampak jika masalah tersebut berkembang. Ibu hamil trimester III dengan keluhan nyeri punggung berisiko memicu gangguan tidur yang signifikan (Mawo, Rante, & Sasputra, 2019). Nyeri punggung secara fisiologis disebabkan oleh perubahan postur tubuh (lordosis), pembesaran rahim, pengaruh hormon progesteron dan relaksin yang meningkatkan

fleksibilitas sendi sakroiliaka. Faktor lain yang juga berpengaruh, yaitu pergeseran pusat gravitasi, usia, paritas, dan aktivitas fisik (Arummega, Rahmawati, & Meiranny, 2022).

5. Langkah IV (Mengidentifikasi Tindakan Segera)

Tindakan segera dilakukan dengan menilai kondisi klien, bidan harus siap melakukantindaka untuk meneylamatkan ibu dan bayi jika dari data klinis menunjukkan tanda-tanda bahaya. Pada kasus ibu hamil trimester III dengan nyeri punggung tidak ditemukan indikasi yang memerlukan tindakan kolaborasi ataupun rujukan medis.

6. Langkah V (Merencanakan Asuhan Menyeluruh)

Penyusunan rencana asuhan secara menyeluruh merupakan tindak lanjut dari antisipasi terhadap masalah yang telah ditemukan sebelumnya. Fokus utamanya adalah mengatasi nyeri punggung melalui pendekatan edukatif dan praktis, yaitu KIE penanganan nyeri punggung dengan tindakan non farmakologis, seperti relaksasi pernapasan, *massage* pada area pinggang dan bahu, *hypnosis*, *prenatal yoga*, dan senam hamil untuk menjaga kesehatan fisik, mental, dan spiritual, sekaligus melancarkan sirkulasi darah serta melatih kesiapan otot panggul menjelang persalinan (Suwondo, Suwondo, Meliala, & Sudadi, 2017).

7. Langkah VI (Melaksanakan Asuhan Menyeluruh)

Implementasi dari rencana asuhan kebidanan dilaksanakan secara menyeluruh dengan memprioritaskan efektivitas dan keamanan klien. Apabila ditemukan komplikasi yang memerlukan kolaborasi dengan tenaga medis lain, bidan tetap memegang tanggung jawab penuh dalam memastikan seluruh rangkaian asuhan tersebut terlaksana. Pengelolaan manajemen yang efisien tidak hanya bertujuan untuk mengoptimalkan penggunaan waktu dan biaya, tetapi juga untuk meningkatkan kualitas pelayanan bagi klien. Asuhan kebidanan yang dapat diberikan untuk mengurangi nyeri punggung, diantaranya:

- a. Memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan kepada ibu hamil.
- b. Memberikan KIE mengenai kebutuhan gizi, kepatuhan mengonsumsi tablet Fe, tanda bahaya kehamilan trimester III, tanda-tanda persalinan, dan aktivitas fisik yang memperparah nyeri punggung.
- c. Mengajari ibu hamil teknik relaksasi pernapasan dan *massage* pada area pinggang dan bahu.
- d. Menyarankan ibu hamil untuk mengikuti kelas ibu hamil yang didalamnya terdapat latihan *hypnosis*, *prenatal yoga*, dan senam hamil.
- e. Memberitahukan ibu untuk kunjungan ulang satu minggu lagi atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

8. Langkah VII (Evaluasi)

Evaluasi bertujuan untuk menilai keberhasilan dari asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan. Evaluasi asuhan kebidanan tersebut, diantaranya:

- a. Ibu mengetahui hasil pemeriksaannya.
- b. Ibu mengerti tentang KIE yang diberikan bidan.
- c. Ibu bersedia mengaplikasikan teknik relaksasi pernapasan dan *massage* pada area pinggang dan bahu yang diajarkan bidan.
- d. Ibu bersedia mengikuti kelas hamil.
- e. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang.

E. Kesimpulan

Salah satu ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III adalah nyeri punggung. Penyebab utamanya adalah perubahan hormonal yang memengaruhi jaringan lunak pendukung, sehingga elastisitas otot menjadi berkurang. Penyebab lainnya yang dapat memperparah rasa nyeri, yaitu bertambahnya berat badan, perubahan ukuran payudara, stres, usia kehamilan, usia, pendidikan, dan pekerjaan ibu hamil. Intervensi yang dapat diberikan pada ibu hamil trimester III dengan nyeri punggung, yaitu secara farmakologis dan nonfarmakologis. Tindakan farmakologis dapat dilakukan dengan pemberian kalsium atau obat analgesik, tetapi penggunaan obat analgesik perlu diwaspadai karena mengakibatkan beberapa gangguan pada ibu hamil. Tindakan non farmakologis banyak dipilih untuk mengatasi nyeri punggung karena risikonya rendah. Tindakan yang dapat dilakukan, diantaranya melakukan teknik relaksasi pernapasan, *massage* pada area pinggang dan bahu, latihan hypnosis, prenatal yoga, dan senam hamil. Asuhan kebidanan yang diberikan harus mengacu pada standar profesi bidan yang difokuskan pada perubahan tingkat kenyamanan dan penguatan edukasi manajemen nyeri dengan menerapkan kombinasi KIE. Pelaksanaan asuhan tersebut mengacu pada tujuh langkah Manajemen Varney, diantaranya: mengumpulkan data dasar, interpretasi data, mengidentifikasi masalah potensial, mengidentifikasi tindakan segera, merencanakan asuhan menyeluruh, melaksanakan asuhan menyeluruh, dan evaluasi.

F. Glosarium

IASP	: <i>International Association for the Study of Pain</i>
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
NRS	: <i>Numeric Rating Scale</i>
NSAID	: <i>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs</i>
SOAP	: Subjective, Objective, Assessment, Plan
VAS	: <i>Visual Analogue Scale</i>

G. Referensi

- Rustikayanti, N., Kartika, I., & Herawati, Y. (2016). Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil Trimester III. *The Southeast Asian Journal of Midwifery*, 2(1), 48-9. doi:<https://doi.org/10.36749/seajom.v2i1.66>
- Abdullah, V. I., Khairani, F., Ermasari, A., Farida, Winengsih, E., Wikary, R., Malahayati, I. (2025). *Manajemen Kebidanan: Dari Asuhan Kehamilan Hingga Persalinan*. Padang: Get Press Indonesia. <https://repository.poltekkes-medan.ac.id/id/eprint/971/1/BUKU%20MANAJEMEN%20KEBIDANAN%20DARI%20ASUHAN%20KEHAMILAN%20HINGGA%20PERSALINAN.pdf>
- Al-Hadidi, F., Bsisu, I., Haddad, B., AlRyalat, S., Shaban, M., & Matani, N. (2020). The prevalence of low back pain among female hospital staff at childbearing age. *Peer J*, 8, 91-99. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC731>
- Amalia, A. R., Erika, & Dewi, A. P. (2020). Efektivitas Kompres Hangat terhadap Intensitas Nyeri Punggung pada Ibu Hamil Trimester III. *Journal of Holistic Nursing and Health Science*, 3(1), 24-31. <https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/hnhs/article/view/9354>
- Amris, K., Jones, L., de C, A., & Williams. (2019). Pain from torture: assessment and management. *PAIN Reports*, 4(6), 1-6. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6903341/pdf/pr9-4-e794.pdf>
- Arummega, M. N., Rahmawati, A., & Meiranny, A. (2022, February). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri Punggung Ibu Hamil Trimester III: Literatur Review. *Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 9, 14-30. <https://journal.ibrahimy.ac.id/index.php/oksitosin/article/view/1506/1187>
- Ayudita, Hesti, N., Zulfita, Retnoningrum, D., & Patimah, S. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Manajemen Nyeri dan Persalinan Kala I-IV S1 Kebidanan*. Mahakarya Citra Utama Group. https://books.google.co.id/books/about/Buku_Ajar_Asuhan_Kebidanan_Managemen_Nye.html?id=tvDAEAAAQBAJ&redir_esc=y

- Cepnija, D., Chipchase, L., Fahey, P., Liamputtong, P., & Gupta, A. (2021). Prevalence and factors associated with pelvic girdle pain during pregnancy in Australian women: a cross-sectional study. *Spine*, 46(14), 944. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8221721/>
- Cholifah, S., & Azizah, N. (2020). Buku Ajar Mata Kuliah Keterampilan Dasar Klinik Kebidanan I. Sidoarjo: UMSIDA Press. <https://press.umsida.ac.id/index.php/umsidapress/article/view/978-623-6833-13-1/757>
- Faniza, I., Dewi, N. R., & Nurhayati, S. (2021). Penerapan Pendidikan Kesehatan tentang Perawatan Edema Kaki pada Ibu Hamil Trimester Ketiga. *Jurnal Cendekia Muda*, 1(1), 74-80. <https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/184/95>
- Fatimah, Arantika, & Pratiwi, M. (2022). *Pathologi Kehamilan: Memahami Berbagai Gangguan dan Kelainan Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press. <http://elibrary.almaata.ac.id/id/eprint/2256>
- Fitriani, A., Ngestiningrum, A. H., Rofi'ah, S., Amanda, F., Mauyah, N., Supriyanti, E., & Chairiyah, R. (2022). Buku Ajar Asuhan Kehamilan DIII Kebidanan. Jakarta: PT Mahakarya Citra Utama Group. <https://repository.binawan.ac.id/2870/1/Buku%20Ajar%20Asuhan%20Kehamilan%20DIII%20Kebidanan%20Jilid%20II.pdf>
- Fitriani, L. (2018). Efektivitas Senam Hamil dan Yoga Hamil terhadap Penurunan Nyeri Punggung pada Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Pekkabata. *J-Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(2), 72-80. <https://journal.lppm-unasman.ac.id/index.php/jikm/article/view/246/235>
- Indonesia, K. K. (2020). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan. Jakarta: Kemenkes Kesehatan.
- Liu, X., Xu, Z., Wang, Y., Luo, H., Zou, D., & Zhou, Z. (2021). Evaluating the quality of reports about randomized controlled trials of acupuncture for low back pain. *Journal of Pain Research*, 14, 1141. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8071706/>
- Manyozo, S. (2019). Low back pain during pregnancy: Prevalence, risk factors and association with daily activities among pregnant women in urban Blantyre Malawi. *Malawi Med J*, 31(1), 71-6. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6526334/>
- Maryunani, A. (2021). *Manajemen Asuhan Kebidanan pada Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Trans Info Media.

- Mawo, P. R., Rante, S. D., & Sasputra, I. N. (2019). Hubungan Kualitas Tidur dengan Kadar Hemoglobin Mahasiswa Fakultas Kedokteran Undana. *Cendana Medical Journal*, 17(2), 158-163. <https://ejurnal.undana.ac.id/index.php/CMJ/article/view/1780/1365>
- Noviani, A., Mufiedah, M., & Sari, R. K. (2024). Profil Kesehatan Ibu dan Anak (Vol. 10). Jakarta: Badan Pusat Statistik. <https://www.bps.go.id/id/publication/2024/12/31/a919c55a72b74e33d011b0dc/profil-kesehatan-ibu-dan-anak-2024.html>
- Nurdiana, A. (2018). Pengaruh Permen Jahe Terhadap Penurunan Mual dan Muntah pada Ibu Hamil Trimester Pertama di Klinik Khairunida Sunggal Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah PANNMED*, 13(1), 12-16. <https://ojs.poltekkes-medan.ac.id/pannmed/article/download/132/118/204>
- Patimah, M., Nurhikmah, T. S., & Nurdianti, D. (2020). Pendidikan Kesehatan Ibu Hamil Tentang Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester I dan Penatalaksanaannya. *DINAMSIA: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 41(3), 570-578. <https://journal.unilak.ac.id/index.php/dinamisia/article/view/3790/2319>
- Pinzon, R. T. (2016). *Pengkajian Nyeri*. Yogyakarta: Betha Grafika Yogyakarta. https://publikasi-fk.ukdw.ac.id/Buku_Pengkajian_Nyeri_Dr_Pinzon.pdf
- Purnamasari, K. D., & Widyawati, M. N. (2019). Gambaran Nyeri Punggung Bawah pada Ibu Hamil Trimester III. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(1), 352-361. <https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JKS/article/view/512>
- Rabiee, M., & Sarchamie, N. (2018). Low back pain severity and related disability in different trimesters of pregnancy and risk factors. *Int J Womens Health Reprod Sci*, 4, 438-443. https://www.ijwhr.net/pdf/pdf_IJWHR_332.pdf
- Rahayu, M., Fitria, R., & Mudari, R. (2023). Mengurangi Ketidaknyamanan pada Ibu Hamil Trimester III: Studi Kasus. *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*, 10(12), 3394-3400. <https://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/12643/pdf>
- Rahayu, W. N., Amanapunnyo, N. A., Manueke, I., Ainurrahmah, Y., Pramesti, D., Yuliana, Laoh, J. M. (2023). *Manajemen Nyeri*. Cilacap: PT. Media Pustaka Indo. http://elibrary.almaata.ac.id/4265/1/18.Ebook_Manajemen_Nyeri.pdf
- Salari, N., Mohammadi, A., Hemmati, M., Hasheminezhad, R., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of low back pain in pregnancy: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1-13. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10693090/>
- Saxena, A., Chilkota, G., Singh, A., & Yadav, G. (2019). Pregnancy-induced low back pain in Indian women: Prevalence, risk factors, and correlation with serum

- calcium levels. *Anesthesia Essays and Researches (AER)*, 13(2), 395.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6545952/>
- Suwondo, Suwondo, B. S., Meliala, L., & Sudadi. (2017). *Buku Ajar Nyeri*. Yogyakarta: Indonesia Pain Society.
<https://repository.stikesbcm.ac.id/id/eprint/422/1/ebook-buku-ajar-nyeri-r31jan2019.pdf>
- Syalfina, A. D., Priyanti, S., & Irawati, D. (2022). Studi Kasus: Ibu Hamil dengan Nyeri Punggung. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (Scientific Journal of Midwifery)*, 35-42.
<https://journal.stikespemkabjombang.ac.id/index.php/jikeb/article/view/1061/660>
- Tarigan, D. A., & Elisabet, I. (2020). *Fisiologis Kehamilan dan Persalinan*. Bogor: Zenawa Media Giditama.
https://repo.mrhj.ac.id/353/1/Ebook%20Fisiologis%20Kehamilan_.pdf
- Utami, S. (2016). Efektifitas Relaksasi Napas Dalam Dan Distraksi Dengan Latihan 5 Jari Terhadap Nyeri Post Laparatomi. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 4(1), 61-73. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/3903/3635>
- Walangadi, N. N., Kundre, R., & Silolonga, W. (n.d.). Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil Primigravida Trimester III dengan Tingkat Kecemasan Ibu Menghadapi Persalinan di Poli KIA Puskesmas Tuminting. *E-Jurnal Keperawatan*.
<https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/jkp/article/view/5608/5142>
- Widatiningsih, S., & Tungga Dewi, C. H. (2017). *Praktik Terbaik Asuhan Kehamilan (Edisi Pertama, Cetakan Pertama ed.)*. Yogyakarta: Transmedika.
<https://balaiyanpus.jogjaprovo.go.id/opac/detail-opac?id=295224>

CHAPTER 3

CONTOH KASUS PERSALINAN SPONTAN KALA I–II DENGAN PENDEKATAN WOMEN-CENTERED CARE

Maya Sukmayati, S.ST., M.KM., Bdn.

A. Pendahuluan/Prolog

Persalinan adalah proses fisiologis yang kompleks, melibatkan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Kala I–II persalinan spontan merupakan fase kritis di mana ibu membutuhkan dukungan penuh dari tenaga kesehatan, khususnya bidan. Bidan perlu memahami bahwa praktik klinis tidak bisa dilepaskan dari aspek psikososial, oleh sebab itu, Ia dituntut harus memiliki keterampilan klinis sekaligus kepekaan sosial serta emosional. Sehingga, dalam tugasnya, Bidan tidak hanya memantau kemajuan persalinan, tetapi juga memastikan pengalaman ibu berjalan dengan aman, nyaman, dan bermakna.

Pendekatan *women-centered care* yang menekankan ibu menjadi pusat dari pengalaman proses persalinan, menempatkannya sebagai pusat pengambilan keputusan, dengan menghargai hak, pilihan, dan nilai-nilai yang dianutnya. Selama proses persalinan, Bidan berperan bukan hanya sebagai pelaksana prosedur klinis, tetapi juga sebagai pendamping yang menghargai pilihan, kebutuhan, dan nilai-nilai ibu. Dalam memberikan asuhan, bidan melaksanakan serangkaian proses sistematis yang komprehensif, aman, dan berpusat pada klien (*women-centered care*) atau dinamakan manajemen asuhan kebidanan.

Materi berikut ini menyajikan contoh-contoh kasus sederhana yang mudah dipahami terutama oleh mahasiswa kebidanan, sehingga mereka dapat memahami prinsip *women-centered care* dalam pembelajaran. Selain itu mahasiswa juga diharapkan dapat menginternalisasikan asuhan yang berpusat pada ibu ke dalam praktik secara komprehensif dan berkesinambungan.

B. Konsep Dasar *Women-Centered Care*

Prinsip utama:

1. *Empowerment*: Memberdayakan ibu untuk mengambil keputusan.
2. *Informed choice*: Memberikan informasi yang jelas agar ibu dapat memilih dengan sadar.
3. *Respect*: Menghargai preferensi, privasi, dan nilai budaya ibu.

4. *Trusting relationship*: Menjalin hubungan berdasarkan rasa percaya antara bidan-klien
5. *Meeting women's unique needs*: Asuhan yang diberikan bidan harus sesuai dengan kebutuhan klien

Pendekatan ini dipandang sebagai inti dari praktik kebidanan modern yang memberikan pelayanan holistik. Bidan harus menyeimbangkan aspek klinis (monitoring, intervensi bila perlu) dengan aspek psikososial berupa dukungan emosional, komunikasi, lingkungan yang nyaman (Brady dkk., 2024) .

C. Konsep Dasar Persalinan Kala I dan II

1. Kala I Persalinan
 - a. Definisi: Dimulai dari kontraksi uterus yang teratur dan progresif hingga pembukaan serviks lengkap (10 cm).
 - b. Durasi: Rata-rata 8–12 jam pada primipara, 6–8 jam pada multipara.
 - c. Fase Kala I:
 - 1) Fase laten (0–3 cm): Kontraksi ringan, interval 5–10 menit, durasi 30–40 detik.
 - 2) Fase aktif (4–7 cm): Kontraksi lebih kuat, interval 3–5 menit, durasi 40–60 detik.
 - 3) Fase transisi (8–10 cm): Kontraksi sangat kuat, interval 2–3 menit, durasi 60–90 detik.
 - d. Peran bidan:
 - 1) Memberikan edukasi tentang fase persalinan.
 - 2) Mendukung mobilisasi sesuai keinginan ibu.
 - 3) Menawarkan teknik relaksasi dan pernapasan.
 - 4) Menjaga privasi dan kenyamanan.
 - 5) Melibatkan keluarga sesuai permintaan ibu (Cohen & Friedman, 2023; King dkk., 2019).
2. Kala II Persalinan
 - a. Definisi: Dimulai dari pembukaan serviks lengkap (10 cm) hingga lahirnya bayi.
 - b. Durasi: Rata-rata 1–2 jam pada primipara, <1 jam pada multipara.
 - c. Fase Kala II:
 - 1) Fase pasif (descent): Kepala janin mulai turun ke dasar panggul, ibu belum memiliki dorongan kuat untuk meneran.
 - 2) Fase aktif (expulsive): Ibu merasakan dorongan kuat untuk meneran, kepala janin terlihat di introitus.

d. Peran bidan:

- 1) Mendukung ibu memilih posisi melahirkan sesuai preferensi (jongkok, miring, setengah duduk).
- 2) Memberikan instruksi teknik meneran yang efektif.
- 3) Menjaga privasi dan suasana tenang.
- 4) Memberikan dorongan verbal positif dan sentuhan empati.
- 5) Mengizinkan pendamping hadir sesuai permintaan ibu.
- 6) Memantau DJJ setiap 5 menit untuk memastikan keamanan janin.

Tabel 3.1
Ringkasan Kala I–II

Aspek	Kala I	Kala II
Durasi	Primipara: 8–12 jam; Multipara: 6–8 jam	Primipara: 1–2 jam; Multipara: <1 jam
Fase	Laten, Aktif, Transisi	Membimbing Gerakan Pasif (descent) dan Aktif (expulsive)
Tanda klinis	Kontraksi teratur, pembukaan serviks progresif	Dorongan meneran, kepala janin terlihat
Peran bidan	Edukasi, mobilisasi, relaksasi, privasi	Dukungan posisi, instruksi meneran, privasi, dorongan emosional
<i>women centred care</i>	Menghargai pilihan ibu, melibatkan keluarga	Mendukung preferensi posisi, komunikasi terbuka

Kesimpulan

1. Kala I adalah fase persiapan dengan fokus pada pembukaan serviks, membutuhkan dukungan edukasi, mobilisasi, dan relaksasi.
2. Kala II adalah fase pengeluaran bayi, membutuhkan dukungan posisi, instruksi meneran, dan pendampingan emosional.
3. Pendekatan *women centred care* memastikan ibu merasa dihargai, aman, dan berdaya dalam setiap tahap persalinan (Abou El-Ardat dkk., 2025).

D. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan Varney

1. Pengumpulan Data Dasar
 - a. Anamnesis: Riwayat obstetri (G, P, A, INC), riwayat kesehatan, riwayat keluarga.
 - b. Pemeriksaan fisik: Tanda vital, pemeriksaan abdomen, DJJ, kontraksi.
 - c. Pemeriksaan penunjang: Laboratorium, USG bila tersedia.
 - d. *women centred care*: Melibatkan ibu dalam proses pengumpulan data, menghargai privasi, dan mendengarkan keluhan ibu.

2. Identifikasi Masalah atau Diagnosis Kebidanan
 - a. Menentukan status persalinan (misalnya: G2P1A0 INC kala I fase aktif).
 - b. Mengidentifikasi masalah potensial (misalnya: partus lama, kecemasan, risiko ketuban pecah dini).
 - c. Diagnosis kebidanan harus jelas, ringkas, dan berbasis data.
3. Identifikasi Kebutuhan Segera
 - a. Menentukan apakah ada kondisi yang membutuhkan intervensi segera (misalnya: DJJ abnormal, perdarahan, preeklampsia).
 - b. Jika tidak ada masalah emergensi, fokus pada dukungan fisiologis dan psikososial.
4. Perencanaan Asuhan

Menyusun rencana asuhan kebidanan yang komprehensif:

 - a. Klinis: Pemantauan DJJ, kontraksi, pembukaan serviks.
 - b. Psikososial: Dukungan emosional, pendampingan keluarga.
 - c. Budaya/Spiritual: Mengakomodasi doa, tradisi, atau preferensi ibu.

Rencana harus fleksibel dan disesuaikan dengan kondisi ibu.
5. Implementasi Asuhan

Melaksanakan rencana sesuai standar APN (*Asuhan Persalinan Normal*).

 - a. Contoh implementasi kala I:
 - 1) Mendukung mobilisasi.
 - 2) Memberikan teknik relaksasi.
 - 3) Menjaga privasi.
 - b. Contoh implementasi kala II:
 - 1) Mendukung posisi pilihan ibu.
 - 2) Memberikan instruksi teknik meneran.
 - 3) Memantau DJJ setiap 5 menit.
6. Evaluasi
 - a. Menilai apakah tujuan asuhan tercapai:
 - 1) Kemajuan persalinan sesuai fase.
 - 2) Ibu merasa nyaman, aman, dan dihargai.
 - 3) Bayi lahir dengan kondisi baik.
 - b. Jika ada masalah, rencana asuhan direvisi.
7. Dokumentasi
 - a. Semua data, diagnosis, rencana, implementasi, dan evaluasi harus dicatat secara lengkap.
 - b. Dokumentasi adalah bukti legal dan akademik, serta penting untuk continuity of care.

Manajemen asuhan kebidanan *Varney* adalah merupakan serangkaian proses tujuh langkah yang sistematis: pengumpulan data, diagnosis, identifikasi kebutuhan segera, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi. Pendekatan ini memastikan pelayanan kebidanan yang aman, efektif, dan berpusat pada klien, sehingga ibu merasa dihargai dan berdaya dalam pengalaman persalinannya (King dkk., 2019).

E. Integrasi *women centred care* dalam manajemen asuhan kebidanan

Setiap langkah asuhan harus melibatkan ibu sebagai pusat pengambilan keputusan.

1. Bidan berperan sebagai fasilitator, bukan hanya pelaksana prosedur.
2. Komunikasi terbuka, empati, dan penghargaan terhadap nilai budaya/spiritual adalah bagian integral dari manajemen kebidanan.

Integrasi *women centred care* ke dalam asuhan kebidanan berbasis nilai-nilai Sosial, Budaya dan Spiritualitas

1. Aspek Budaya

- a. Penghargaan terhadap nilai lokal: Misalnya, di beberapa daerah ibu ingin didampingi oleh orang tua atau keluarga dekat. Bidan perlu menghargai hal ini selama tidak mengganggu keamanan.
- b. Norma berpakaian dan privasi: Ibu mungkin meminta penggunaan kain tertentu atau penutup tubuh sesuai adat.
- c. Tradisi lokal: Seperti penggunaan minyak pijat atau doa khusus. Bidan dapat mengakomodasi selama tidak bertentangan dengan prinsip medis.

Bidan harus peka terhadap variasi budaya dan belajar menyesuaikan komunikasi serta intervensi yang diberikan.

2. Aspek Spiritual

- a. Doa dan dzikir: Banyak ibu merasa lebih tenang jika dapat berdoa atau mendengarkan bacaan doa.
- b. Pendamping rohani: Beberapa ibu meminta tokoh agama hadir atau memberi dukungan spiritual.
- c. Lingkungan kondusif: Bidan dapat membantu menciptakan suasana tenang agar ibu bisa beribadah sesuai keyakinan.

Memberikan asuhan Spiritual adalah bagian integral dari kebidanan holistik yang berbasis *women centred care*, bukan tambahan opsional.

3. Aspek Sosial

- a. Dukungan keluarga: Kehadiran suami, orang tua, atau sahabat dapat meningkatkan rasa aman.

- b. Peran komunitas: Di beberapa daerah, komunitas atau tetangga ikut mendukung ibu. Bidan perlu mengelola agar tetap terkontrol.
- c. Status sosial-ekonomi: Ibu dari latar belakang berbeda mungkin memiliki akses terbatas terhadap fasilitas. Model asuhan *women centred care* menuntut bidan untuk tetap memberikan pelayanan yang adil dan empatik.
- d. Komunikasi interpersonal: Hubungan sosial ibu dengan tenaga kesehatan memengaruhi pengalaman persalinan. Sikap ramah, empati, dan menghargai sangat penting.

Dukungan sosial merupakan salah satu faktor yang bersifat protektif terhadap stres persalinan.

4. Asuhan Kebidanan Klinis

- a. Pemantauan klinis: *women centred care* tidak mengabaikan aspek medis. DJJ, kontraksi, dan pembukaan serviks tetap dipantau sesuai standar.
- b. Posisi persalinan: Bidan mendukung ibu memilih posisi fisiologis (jongkok, miring, setengah duduk).
- c. Manajemen nyeri: Teknik non-farmakologis seperti pernapasan, mobilisasi, kompres hangat, dan dukungan verbal.
- d. Privasi dan keamanan: Menutup tirai, membatasi jumlah orang, menjaga kerahasiaan data.
- e. Komunikasi klinis: Menjelaskan setiap prosedur sebelum dilakukan, melibatkan ibu dalam pengambilan keputusan.

Aspek klinis dengan aspek psikososial harus berjalan secara seimbang, sehingga pelayanan tetap aman sekaligus humanistik.

5. Integrasi Holistik

Pendekatan *women centred care* harus dilihat sebagai kesatuan:

- a. Budaya → menghargai tradisi dan norma lokal.
- b. Spiritual → mendukung kebutuhan rohani ibu.
- c. Sosial → melibatkan keluarga dan komunitas.
- d. Asuhan kebidanan → menjaga keselamatan klinis.

Persalinan bukan hanya peristiwa biologis, tetapi juga pengalaman sosial, budaya, dan spiritual yang mendalam.

6. Contoh Integrasi asuhan sosial, spiritual dan budaya dalam pelayanan kebidanan holistik yang berpusat pada klien

Seorang ibu G2P1 di kala II ingin melahirkan dengan posisi jongkok, didampingi suami, sambil mendengarkan bacaan doa. Bidan:

- a. Mendukung posisi jongkok dengan menyediakan matras.
- b. Mengizinkan suami hadir dan menjelaskan perannya.
- c. Memutar bacaan doa sesuai permintaan ibu.

d. Tetap memantau DJJ dan kontraksi sesuai standar.

Kasus ini menunjukkan integrasi budaya (posisi jongkok yang dianggap alami), spiritual (doa), sosial (suami sebagai pendamping), dan klinis (pemantauan medis). Di Indonesia, praktik kebidanan sering dipengaruhi nilai budaya dan agama. Misalnya:

- a. Ibu ingin didampingi suami atau orang tua.
- b. Ibu meminta doa atau dzikir selama persalinan.
- c. Ibu menginginkan privasi sesuai norma lokal.

Pendekatan *women centred care* harus adaptif terhadap konteks ini, sehingga aspek klinis dengan nilai budaya dapat terintegrasi dengan baik.

Beberapa Contoh Pendekatan asuhan berbasis *women centred care yang dapat dilakukan bidan pada* kasus persalinan spontan kala I–II

a. Kasus 1 – Mobilisasi Kala I Aktif

- 1) Situasi: Ibu G1P0, usia 25 tahun, pembukaan 5 cm, kontraksi teratur, DJJ normal.
- 2) Asuhan: Mengizinkan ibu berjalan, memberikan edukasi singkat, menawarkan teknik pernapasan.
- 3) Rasionalisasi: Mobilisasi meningkatkan kontraksi uterus, mempercepat penurunan kepala janin, dan mengurangi rasa nyeri. Dukungan mobilisasi sesuai prinsip *women centred care* karena menghargai pilihan ibu.

b. Kasus 2 – Permintaan Pendamping

- 1) Situasi: Ibu meminta suami mendampingi di ruang bersalin.
- 2) Asuhan: Mengizinkan suami hadir, menjelaskan peran, menjaga privasi.
- 3) Rasionalisasi: Kehadiran pendamping terbukti menurunkan kecemasan, meningkatkan rasa aman, dan memperkuat ikatan emosional. Hal ini sesuai rekomendasi *Varney* tentang dukungan sosial dalam persalinan.

c. Kasus 3 – Permintaan Musik

- 1) Situasi: Ibu meminta musik lembut.
- 2) Asuhan: Memutar musik, menyediakan pencahayaan redup, memberikan dukungan verbal.
- 3) Rasionalisasi: Musik lembut dan pencahayaan redup menurunkan stimulasi sensorik berlebihan, membantu relaksasi, menurunkan kecemasan, dan mendukung kemajuan persalinan.

d. Kasus 4 – Edukasi Kala I Latent

- 1) Situasi: Ibu G1P0, pembukaan 3 cm, kontraksi belum teratur, tampak cemas.
- 2) Asuhan: Memberikan edukasi tentang fase persalinan, teknik relaksasi, dukungan verbal.

- 3) Rasionalisasi: Edukasi meningkatkan pemahaman ibu, mengurangi kecemasan, dan memfasilitasi coping mechanism. Hal ini sesuai prinsip informed choice dalam women centred care.
- e. Kasus 5 – Permintaan Privasi
 - a. Situasi: Ibu meminta agar jumlah orang di ruang bersalin dibatasi.
 - b. Asuhan: Mengatur tenaga kesehatan yang hadir, menutup tirai, menindaklanjuti permintaan.
 - c. Rasionalisasi: Privasi meningkatkan rasa aman, menurunkan stres, dan mendukung pelepasan oksitosin yang memperlancar kontraksi.
 - f. Kasus 6 – Pilihan Posisi Jongkok
 - 1) Situasi: Ibu G2P1, pembukaan lengkap, ingin melahirkan dengan posisi jongkok.
 - 2) Asuhan: Mendukung posisi jongkok, menyediakan matras, instruksi meneran.
 - 3) Rasionalisasi: Posisi jongkok memperbesar diameter panggul, mempercepat kala II, dan meningkatkan kepuasan ibu.
 - g. Kasus 7 – Permintaan Air Minum
 - 1) Situasi: Ibu meminta air minum di sela kontraksi.
 - 2) Asuhan: Memberikan air minum, menawarkan posisi nyaman, dorongan verbal.
 - 3) Rasionalisasi: Pemberian cairan mencegah dehidrasi, menjaga energi ibu, dan meningkatkan kenyamanan.
 - h. Kasus 8 – Permintaan Dokumentasi
 - 1) Situasi: Ibu ingin proses persalinan difoto oleh suami.
 - 2) Asuhan: Mengizinkan dokumentasi, menjaga privasi, menjelaskan batasan.
 - 3) Rasionalisasi: Dokumentasi memperkuat pengalaman positif ibu, meningkatkan kepuasan, dan mendukung memori emosional persalinan.
 - i. Kasus 9 – Dukungan Emosional
 - 1) Situasi: Ibu tampak lelah dan meminta bidan tetap di sisinya.
 - 2) Asuhan: Dukungan verbal, sentuhan empati, kehadiran konsisten.
 - 3) Rasionalisasi: Kehadiran bidan menurunkan rasa takut, meningkatkan rasa percaya diri, dan memperkuat coping ibu.
 - j. Kasus 10 – Permintaan Posisi Miring
 - a. Situasi: Ibu ingin melahirkan dengan posisi miring kiri.
 - b. Asuhan: Mendukung posisi miring, menyediakan bantal, instruksi meneran.
 - c. Rasionalisasi: Posisi miring meningkatkan perfusi uteroplasenta, mengurangi tekanan vena cava, dan membantu kenyamanan ibu.

Tabel 2. Ringkasan Praktik women centred care

Kasus	Permintaan Ibu	Asuhan Bidan	Prinsip women centred care
Kala I – Mobilisasi	Berjalan	Mengizinkan mobilisasi	Empowerment
Kala I – Pendamping	Suami hadir	Mengizinkan, menjelaskan peran	Respect
Kala I – Musik	Musik lembut	Memutar musik, pencahayaan redup	Comfort
Kala II – Posisi	Jongkok/miring	Mendukung posisi pilihan	Informed choice
Kala II – Dokumentasi	Foto/video	Mengizinkan dengan batasan	Respect & Privacy

Bidan harus terlatih dalam :

1. Mengidentifikasi kebutuhan ibu secara cepat.
2. Memberikan respon yang sesuai tanpa mengabaikan aspek klinis.
3. Mengintegrasikan nilai budaya dan spiritual dalam praktik.
4. Memberikan asuhan berbasis *women centred care* yang merupakan keterampilan interpersonal sekaligus klinis.

Kesimpulan

1. Pendekatan women centred care memperkuat kualitas pelayanan kebidanan.
2. Bidan berperan sebagai pendamping yang menghargai ibu sebagai pusat pengalaman persalinan.
3. Integrasi aspek klinis, psikososial, budaya, dan spiritual menjadikan pelayanan kebidanan lebih holistik (Kizilkaya & Dolgun, 2023).

F. Referensi

- Abou El-Ardat, M., Imširija-Galijašević, N., Lačević-Mulahasanović, L., Šaldo, Đ., Imamović, F., Pašalić, A., & Đido, V. (2025). The Role and Importance of The Midwife Before, During and After Birth and Their Status In The Health System. *Journal of Community Medicine and Public Health Reports*. <https://doi.org/10.38207/JCMPHR/2025/FEB06010507>
- Brady, S., Gibbons, K. S., & Bogossian, F. (2024). Defining woman-centred care: A concept analysis. *Midwifery*, 131, 103954. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103954>
- Cohen, W. R., & Friedman, E. A. (2023). The latent phase of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1017–S1024. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.04.029>

King, T. L., Brucker, M. C., Osborne, K., & Jevitt, C. (Ed.). (2019). *Varney's midwifery* (Sixth edition). Jones & Bartlett Learning.

Kizilkaya, T., & Dolgun, G. (2023). The effect of woman-centred midwifery childbirth care training on the level of woman-centred care competency and job satisfaction levels of midwives. *European Journal of Midwifery*, 7(Supplement 1). <https://doi.org/10.18332/ejm/172301>

G. Glosarium

A= Abortus (jumlah kehamilan yang berakhir sebelum usia kehamilan 20 minggu, baik spontan maupun provokatus)

APN= Asuhan Persalinan Normal (standar pelayanan kebidanan untuk persalinan fisiologis tanpa komplikasi)

DJJ= Denyut Jantung Janin

Empowerment= Pemberdayaan ibu untuk mengambil keputusan terkait proses persalinan.

G= Gravida (jumlah seluruh kehamilan yang pernah dialami, termasuk yang sedang berlangsung)

INC= Inpartu (ibu dalam proses persalinan, biasanya kala I–II dengan kontraksi teratur dan pembukaan serviks progresif)

Informed Choice= Hak ibu untuk memilih berdasarkan informasi yang jelas dan lengkap dari tenaga kesehatan.

Kontraksi Uterus= Gerakan otot rahim yang teratur, progresif, menyebabkan pembukaan serviks dan penurunan janin.

Kala I= awal kontraksi efektif sampai pembukaan serviks lengkap 10 cm

Kala II= pembukaan lengkap sampai bayi lahir

P= Para (jumlah persalinan yang menghasilkan bayi hidup atau mati dengan usia kehamilan $\geq$ 20 minggu)

Pembukaan Serviks= Proses dilatasi serviks dari 0 cm hingga 10 cm sebagai tanda kemajuan kala I.

Respect= Sikap menghargai privasi, budaya, nilai, dan preferensi ibu dalam persalinan.

Safety= Prinsip menjaga keselamatan ibu dan bayi melalui pemantauan klinis yang tepat.

TP= Term Pregnancy (kehamilan cukup bulan, usia kehamilan 37–42 minggu)

PPH= Post Partum Hemorrhage (perdarahan pasca persalinan, komplikasi yang harus diwaspadai)

Privasi= Hak ibu mendapatkan ruang aman dan terbatas selama persalinan)

TM= Teknik Meneran (cara ibu mengarahkan tenaga saat kontraksi kala II)

women centred care= Model asuhan kebidanan yang menempatkan ibu sebagai pusat pelayanan, menghargai pilihan, kebutuhan, nilai budaya, spiritual, dan sosial ibu.

CHAPTER 4

KASUS IBU POSTPARTUM DENGAN KESULITAN MENYUSUI

Bdn. Herselowati, SST., M.Kes.

A. Pendahuluan

Menyusui merupakan cara optimal dalam memberikan nutrisi dan mengasuh bayi. Kebutuhan nutrisi, imunologi dan psikososial dapat terpenuhi dengan cara memberikan ASI atau menyusui sampai dengan tahun kedua atau lebih. ASI adalah sumber nutrisi utama bayi yang mengandung zat gizi lengkap, antibodi, dan enzim yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan, serta perlindungan dari penyakit. Selama abad ke 20, keunikan tentang Air Susu Ibu (ASI) dan nilai menyusui sebagai sumber alami, menginspirasi banyak program kesehatan masyarakat di sektor pemerintahan dan swasta untuk melindungi dan mendukung program menyusui. Tujuannya adalah untuk meningkatkan keinginan dan durasi menyusui. (Helen V, dkk, 2008)

Angka rata – rata menyusui di RS Amerika Serikat tahun 1998 adalah 64%. Menyusui eksklusif selama 6 bulan pada wanita kulit hitam 19%, wanita kulit putih 31% dan wanita campuran 28% (Helen V, dkk, 2008). Dalam penelitian lain di Indoneisa yang dilakukan oleh Umi Salamah, dkk (2019) dengan judul Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kegagalan Ibu Dalam Pemberian Asi Eksklusif, menyatakan bahwa ada hubungan antara kegagalan dalam pemberian ASI Eksluif dengan pendidikan rendah (pValue 0.000), tidak melakukan IMD (pValue 0.002), pengetahuan buruk tentang menyusui (pValue 0.000) dan tidak didukung suami (pValue 0,000).

Menurut data UNICEF hanya 44% bayi di seluruh dunia yang mendapatkan ASI Eksklusif dalam 6 bulan pertama. Data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2021 di Indonesia menunjukkan bahwa hanya 52,5% dari 2,3 juta bayi yang mendapatkan ASI eksklusif (UNICEF, 2021)

Kelancaran produksi ASI juga menentukan keputusan menyusui. Ibu yang menghasilkan ASI yang cukup cenderung untuk menyusui bayinya. Produksi ASI tergantung pada pengetahuan ibu tentang manajemen laktasi. Manajemen laktasi yang baik akan mendorong peningkatan prolaktin, oksitosin dan produksi ASI yang stabil. Ibu akan memberikan ASI dini (IMD), memberikan kolostrum, seks, perlekatan yang baik, menyusui sebanyak bayi (on demand), tidak ada makanan dan minuman tambahan, dan pemerah susu saat tidak di rumah. Menyusui dini (IMD) adalah meletakkan bayi di atas perut, di dada atau perut ibu, sehingga kulit bayi menyentuh

kulit ibu, setidaknya satu jam setelah lahir. Jika kontak terhalang oleh kain atau selesai dalam waktu satu jam, itu dianggap tidak sempurna dan IMD tidak akan dilakukan (Karuniawati, dkk, 2020)

Berdasarkan penelitian lain bahwa masalah menyusui yang sering terjadi dapat disebabkan oleh bendungan ASI, puting yang tidak menonjol, teknik menyusui yang tidak tepat, pembengkakan payudara, lecet, dan mastitis. Faktor keberhasilan ibu hamil untuk menyusui pada masa nifas adalah perawatan payudara selama kehamilan. Masalah menyusui merupakan masalah umum yang mungkin terjadi pada masa nifas awal. Hasil uji multivariat ditemukan bahwa ibu dengan masalah menyusui 39 kali lebih mungkin menderita depresi pascapersalinan dibandingkan ibu tanpa masalah menyusui. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa menyusui berdampak pada psikologi ibu postpartum (Sukma, 2020)

Usaha dirancang untuk meningkatkan hasil menyusu harus meliputi tiga karakteristik yaitu promosi, proteksi dan dukungan menyusui. Usaha promosi menyusu berfokus pada manfaat menyusu bagi ibu dan bayi. Proteksi menyusu meliputi hak – hak legalisasi anak dan ibu yang memfasilitasi proses menyusu seperti pemberian cuti hamil, cuti pasca melahirkan, larangan pemasaran susu formula, menormalisasikan ibu menyusu di temoat umum, dll. Dukungan ibu menyusui dilakukan melalui kebijakan yang berdasarkan bukti, praktik tenaga kesehatan, dan program komunitas yang meningkatkan inisiasi serta durasi menyusui Helen V, dkk, 2008).

Beberapa hal dapat menyebabkan kegagalan dalam menyusui. Kesulitan menyusui umum terjadi dan seringkali disebabkan oleh masalah teknis (posisi / pelekatan salah, puting lecet, ASI kurang / berlebih), faktor ibu (stres, kurang nutrisi, kelelahan, riwayat kesehatan / depresi), dan faktor bayi (kebingungan puting), yang mengakibatkan bayi tidak kenyang atau rewel, serta ibu nyeri, frustrasi, dan cemas, seringkali membutuhkan bantuan konselor laktasi atau tenaga kesehatan untuk solusi efektif seperti edukasi teknik menyusui dan pijat oksitosin. Ketidakefektifan menyusui merujuk pada kondisi di mana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesulitan dalam proses menyusui (PPNI, 2016)

Dalam studi kasus yang berjudul Menyelaraskan Harapan dengan Realita: Studi Kasus tentang Kesehatan Mental Ibu Selama Perjalanan Menyusui yang Sulit, menyatakan bahwa banyak ibu memiliki tujuan untuk menyusui. Namun, lebih dari 50% akan mengalami kesulitan menyusui pada hari ke-3 kehidupan bayi. Ibu yang tidak mampu mencapai tujuan menyusui mereka berisiko lebih tinggi mengalami kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah. Mereka yang berhenti menyusui membutuhkan dukungan dan bantuan untuk mengatasi perasaan-perasaan ini (Elder M, et all, 2021)

B. Kebijakan Pemberian ASI

Pemerintah Republik Indonesia telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif. PP tentang pemberian ASI eksklusif ini merupakan penjabaran dari Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 129, ayat 1 “Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan ASI secara eksklusif”. Dan ayat 2 : “ketentuan lebih lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah” (Mufdilah, dkk, 2017).

Pekerja perempuan berhak atas istirahat selama 1,5 bulan sebelum melahirkan dan 1,5 bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter atau bidan Pasal 82 ayat (1) Undang- undang (UU) Ketenagakerjaan No. 13 Tahun 2003 menyatakan bahwa pengusaha yang tidak memberikan istirahat selama 1,5 bulan sebelum melahirkan dan 1,5 bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter atau bidan dikenakan sanksi pidana penjara paling singkat satu tahun dan paling lama empat tahun dan/atau denda paling sedikit Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah) dan paling banyak Rp400.000.000,00 (empat ratus juta rupiah) (Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, 2003) (Mufdilah, dkk, 2017).

C. Definisi ASI dan ASI Eksklusif

ASI (Air Susu Ibu) adalah air susu yang dihasilkan oleh ibu dan mengandung semua zat gizi yang diperlukan oleh bayi untuk kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan bayi. Asi eksklusif diartikan pemberian asi saja tanpa diselingi pemberian makanan apapun termasuk air putih hingga bayi berusia enam bulan.

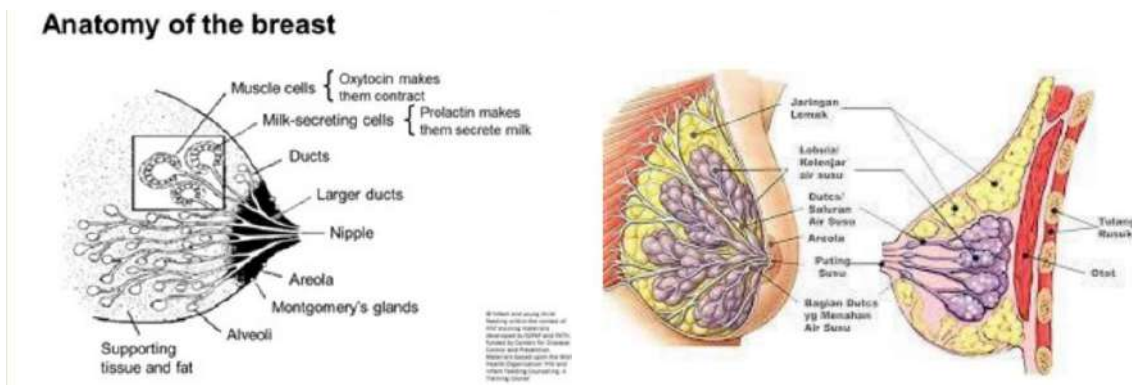
ASI eksklusif didefinisikan sebagai pemberian asi saja tanpa disertai pemberian makanan lain termasuk air putih hingga enam bulan pertama kehidupan bayi (Astutik, 2014). UNICEF dan WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan, dimulai dalam waktu satu jam setelah lahir (Inisiasi menyusui dini). Kemudian dilanjutkan pemberian ASI eksklusif tanpa makanan lain kecuali obat-obatan selama enam bulan pertama kehidupan bayi (WHO, 2024)

D. Anatomi dan Fisiologi Laktasi

Proses laktogenesis dapat terjadi dalam beberapa tahap antara lain “

1. Tahap I : terjadi selama kehamilan dimulai pada usia kehamilan 16 minggu, kelenjar susu berkembang
2. Tahap II : terjadi saat melahirkan dimulainya produksi susu.

3. Plasenta lahir menyebabkan Kadar progesterone menurun dengan cepat, terjadi peningkatan prolactin.
4. Pada hari ke 2 atau 3 pasca melahirkan Sebagian besar wanita mengalami pembengkakan payudara disertai produksi ASI



Gambar 4.1
Anatomi payudara

Anatomi Payudara terdapat beberapa bagian yaitu :

1. Korpus : bagian yang membesar
2. Lobus : Beberapa lobulus yang berkumpul menjadi 15–20 lobus pada tiap payudara
3. Lobulus : Kumpulan dari alveolus (10-100 alveolus)
4. Alveolus : Unit terkecil yang memproduksi susu. Terdiri dari sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos (bila berkontraksi dapat memompa ASI keluar), dan pembuluh darah
5. Duktus : Saluran kecil penyalur ASI dari lobulus
6. Duktus Laktiferus : Gabungan duktus yang membentuk saluran lebih besar
7. Ariola : Bagian yang kehitaman ditengah. Letaknya mengelilingi puting susu atau papilla. Memiliki warna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulit. Perubahan warna akan tergantung pada corak kulit dan adanya kehamilan. Wanita yang corak kulitnya kuning langsung akan berwarna jingga kemerahan, bila kehitaman maka warnanya akan lebih gelap
8. Sinus laktiferus : Saluran dibawah areola yang besar melebar, akhirnya memusat kedalam puting dan bermuara ke luar
9. Papila / Puting : Bagian yang menonjol dipuncak payudara. Terdapat lubang-lubang kecil yang menjadi tempat bermuaranya duktus laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, dan serat-serat otot polos yang tersusun secara sirkuler. Ketika ada kontraksi, serat-serat otot polos tersebut akan menyebabkan duktus laktiferus akan memadat dan puting susu ereksi,

sedangkan serat-serat otot yang longitudinal akan menarik kembali puting susu tersebut

Terdapat reflek pengeluaran ASI yang sangat berpengaruh terhadap produksi ASI yaitu reflek prolaktin dan reflek oksitosin.

1. Reflek Prolaktin

Prolaktin adalah hormon utama yang merangsang kelenjar payudara untuk *menghasilkan* ASI, dengan kadar meningkat saat puting dihisap dan lebih banyak diproduksi di malam hari untuk memastikan suplai ASI berlanjut. Pasca persalinan, yaitu lepasnya plasenta dan kurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesteron juga berkurang. Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara, karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik.



Gambar 2.2
Reflek Prolaktin

2. Reflek Oksitosin

Respons pengeluaran ASI, di mana oksitosin menyebabkan sel-sel mioepitel di payudara berkontraksi untuk memeras ASI keluar, dipicu oleh isapan bayi, sentuhan, atau bahkan pikiran tentang bayi. Pengeluaran oksitosin selain dipengaruhi oleh hisapan bayi, juga dipengaruhi reseptor yang terletak pada ductus. Bila ductus melebar, maka secara reflek oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis.



Gambar 2.3
Reflek Oksitosin

E. Manfaat ASI

Menyusui bayi dapat mendatangkan keuntungan bagi bayi, ibu, keluarga, masyarakat, dan negara. Sebagai makanan bayi yang paling sempurna, ASI mudah dicerna dan diserap karena mengandung enzim pencernaan. Beberapa manfaat ASI sebagai berikut (Wenny IPES, 2022) :

1. Manfaat Bagi Bayi

- a. Sebagai makanan tunggal untuk memenuhi semua kebutuhan pertumbuhan bayi sampai usia 6 bulan.
- b. Meningkatkan daya tahan tubuh karena mengandung berbagai zat anti kekebalan sehingga akan lebih jarang sakit.
- c. Melindungi anak dari serangan alergi.
- d. Mengandung asam lemak yang diperlukan untuk pertumbuhan otak sehingga bayi lebih pandai.
- e. Meningkatkan daya penglihatan dan kemampuan berbicara.
- f. Membantu pembentukan rahang yang bagus.
- g. Menunjang perkembangan motorik sehingga bayi akan cepat bisa berjalan

2. Manfaat Bagi Ibu

- a. Mengurangi perdarahan setelah melahirkan.
- b. Mengurangi terjadinya anemia
- c. Menjarangkan kehamilan
- d. Mengecilkan rahim
- e. Ibu lebih cepat mengalami penurunan berat badan
- f. Mengurangi kemungkinan menderita kanker

- g. Lebih ekonomis dan murah
 - h. Tidak merepotkan dan hemat waktu
 - i. Lebih praktis dan portable
 - j. Memberi kepuasan bagi ibu tersendiri
3. Manfaat Bagi Lingkungan
- a. Mengurangi bertambahnya sampah dan polusi di dunia
 - b. Tidak menambah polusi udara karena pabrik-pabrik yang mengeluarkan asap
4. Manfaat Bagi Negara
- a. Penghemat devisa untuk membeli susu formula dan perlengkapan menyusui
 - b. Penghematan untuk biaya sakit terutama sakit muntah- muntah,mencret dan sakit saluran nafas
 - c. Penghematan obat-obatan,tenaga dan sarana kesehatan.
 - d. Menciptakan generasi penerus bangsa yang tangguh dan berkualitas untuk membangun Negara
5. Manfaat Bagi Keluarga
- a. Aspek ekonomi : ASI tidak perlu dibeli dan membuat bayi jarang sakit sehingga dapat mengurangi biaya berobat
 - b. Aspek psikologis : menjarangkan kelahiran, dan mendekatkan hubungan bayi dengan keluarga.
 - c. Aspek kemudahan : Sangat praktis sehingga dapat di berikan dimana saja dan kapan saja dan tidak merepotkan orang lain

F. Posisi dan Teknik Menyusui yang Benar

Posisi menyusui yang benar adalah bagian penting dari proses menyusui. Teknik menyusui akan berpengaruh terhadap kemampuan ibu dalam memberikan ASI pada bayinya, teknik menyusui diantaranya adalah memberikan posisi menyusui, perlekatan mulut bayi pada payudara yang tepat, sehingga bayi dapat dengan mudah mengisap puting susu ibu, dan cara ibu memegang bayi saat menyusui (Wenny, dkk, 2022)

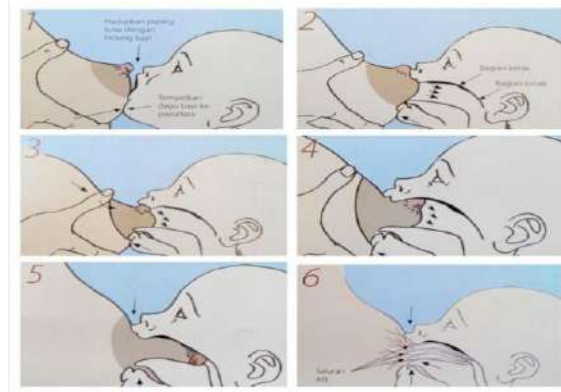
Posisi perlekatan bayi:

1. Kepala dan badan bayi dalam satu garis lurus
2. Leher bayi tidak bertekuk dan tidak menoleh
3. Dada bayi berhadapan dengan dada ibu
4. Tubuh bayi rapat ke tubuh ibu

A MU BI DA

1. Areola sebagian besar masuk ke dalam mulut bayi
2. MULut bayi terbuka lebar

3. Bibir terlipat keluar atau dower
4. Dagu menempel payudara



Gambar 2.4
tehnik menyusui yang benar

G. Masalah dalam Menyusui

Masalah dalam Pemberian ASI Eksklusif antara lain (Wenny I, 2022 dan Mufdillah, 2017) :

1. Puting susu lecet

Hal ini terjadi biasanya disebabkan adanya trauma pada puting susu ibu dan perlekatan yang salah saat menyusui. Namun biasanya akan membaik dengan sendirinya dalam waktu 48 jam.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah diatas seperti :

- a. Bayi harus disusukan terlebih dahulu pada puting yang lecetnya lebih sedikit
- b. Menyusui lebih sering dan lebih lama pada payudara yang bengkak untuk melancarkan aliran ASI dan menurunkan tegangan payudara.
- c. Oleskan 2017 ASI setiap sebelum dan sesudah menyusui.

2. Saluran susu tersumbat

Hal ini dapat terjadi karena pada saluran ASI masih ada sisa-sisa ASI yang tidak keluar, sehingga pada saluran tersebut ASI dapat menumpuk dan menyebabkan tersumbat.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah diatas seperti :

- a. Saluran susu harus dirawat untuk menghindari terjadinya mastitis.
- b. Lakukan kompres panas dingin secara bergantian.
- c. Bila payudara masih terasa penuh, ibu dianjurkan untuk mengeluarkan ASI secara manual atau dengan pompa setiap kali setelah menyusui.
- d. Ubah posisi menyusui untuk melancarkan ASI.

3. Payudara bengkak

Bendungan payudara adalah suatu kondisi fisiologis yang ditandai dengan pembengkakan yang menyakitkan pada payudara sebagai akibat dari peningkatan volume susu, limfatik dan bendungan pada saluran vaskuler pada minggu pertama setelah melahirkan. Penyebab keadaan ini adalah akhir inisiasi menyusui, kurangnya durasi menyusui, serta pembatasan durasi menyusui dan frekuensi menyusui yang kurang. Dimana hal tersebut tidak cukup untuk mengosongkan payudara. Pembengkakan payudara dapat menghambat perkembangan keberhasilan menyusui

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah diatas seperti :

- a. Jika areola membesar, perlu mengeluarkan ASI secara manual sebelum menyusui, sehingga areola menjadi cukup lunak untuk bayi
- b. Menyusui on demand. Setidaknya setiap 3 jam sekali bayi harus dibangunkan untuk menyusu
- c. Memijat payudara dengan lembut. Hal ini perlu dilakukan untuk memudahkan aliran ASI dan merangsang reflek let down
- d. Menggunakan analgesik sistemik/ obat anti inflamasi. Ibu profen dianggap paling efisien, dan juga membantu mengurangi peradangan dan edema. Parasetamol dapat digunakan sebagai alternatif
- e. Menggunakan bra yang sesuai untuk mendukung payudara yang menjadi lebih besar ketika melahirkan
- f. Menerapkan kompres hangat untuk pengeluaran dari susu
- g. Menerapkan kompres dingin setelah atau antara menyusui untuk mengurangi edema, vaskularisasi dan nyeri
- h. Jika bayi tidak mengisap, ASI tetap harus dikeluarkan secara manual atau dipompa.

4. Mastitis

Mastitis adalah kondisi payudara yang mengalami peradangan seperti bengkak, panas, kemerahan dan nyeri. Penyebab utama mastitis yaitu ASI yang tidak dilekuarkan dan infeksi. Pada kasus mastitis yang disebabkan karena ASI yang tidak dikeluarkan. Mastitis terjadi pada minggu kedua atau ketiga setelah persalinan. Awalnya, tekanan payudara meningkat karena adanya ASI yang tidak dikeluarkan (adanya sumbatan pada payudara adalah penyebab yang sering terjadi pada mastitis).

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah diatas seperti :

- a. Menyusui tetap dilanjutkan. Pertama, bayi disusukan pada payudara yang sakit selama dan sesering mungkin agar payudara kosong demikian juga lakukan pada payudara normal.

- b. Apabila menyusui langsung memberikan efek nyeri berlebih bagi ibu, maka dapat digunakan pompa manual untuk mengeluarkan ASI hingga mastitis teratasi dan bayi mau menyusu kembali.
- c. Beri kompres panas pada payudara.
- d. Ubah posisi menyusui pada setiap kali menyusui
- e. Menggunakan bra yang pas dan tidak menekan payudara
- f. Dapat memberikan analgesic paracetamol 3 x 500 mg

5. Abses Payudara

Abses payudara adalah penumpukan nanah yang menyakitkan di jaringan payudara akibat infeksi bakteri, sering terjadi pada ibu menyusui sebagai komplikasi mastitis, tapi juga bisa dialami wanita non-menyusui atau pria. Gejalanya meliputi nyeri, bengkak, kemerahan, dan demam, dengan penanganan medis seperti antibiotik dan drainase (pembedahan kecil atau aspirasi jarum) untuk mengeluarkan nanah. Perlu antibiotik dosis tinggi dan analgesik. Sementara, susui bayi dengan payudara yang sehat hingga sembuh. Ibu perlu melakukan konsultasi dan merujuk ke rumah sakit.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah diatas seperti :

- a. Konsultasi Dokter : Segera ke dokter jika ada gejala, terutama demam atau tidak membaik setelah 2 hari pengobatan.
- b. Antibiotik : Untuk mengatasi infeksi bakteri.
- c. Drainase (Pengeluaran Nanah) : Incisio-drainase : Sayatan kecil untuk mengeluarkan nanah, biasanya dengan bius lokal. Aspirasi Jarum: Penyedotan nanah menggunakan jarum, dipandu USG.
- d. Ibu Menyusui : Tetap menyusui payudara sehat, payudara abses mungkin perlu dipompa sementara dengan bimbingan dokter

6. Sindrom kurang ASI

Sindrom ini terjadi ketika ibu berpikir ASI yang dimiliki tidak cukup atau kurang dengan berbagai alasan. Persepsi ibu bahwa produksi ASI sedikit, yang bisa jadi wajar karena payudara terasa lembek setelah beberapa hari, padahal ASI tetap cukup; kecukupan ASI dinilai dari kenaikan berat badan bayi dan frekuensi BAK (minimal 6x sehari setelah usia 5 hari)

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah diatas seperti :

- a. Manajemen stres: Lakukan kontak kulit ke kulit (skin-to-skin) dan rileks
- b. Motivasi yang adekuat baik dari tenaga kesehatan, keluarga dan suami
- c. Perbaiki posisi dan pelekatan: Pastikan mulut bayi menempel dengan baik ke areola payudara.
- d. Sering menyusu: Berikan kesempatan menyusu lebih sering (8-12 kali sehari).
- e. ASI eksklusif: Hindari susu formula atau air putih terlalu dini.

- f. Manajemen stres: Lakukan kontak kulit ke kulit (skin-to-skin) dan rileks.
- g. Konsultasi: Jika khawatir, segera konsultasikan dengan konselor laktasi atau dokter anak.

7. Bingung putting

Masalah ini terjadi pada bayi yang sulit mengenali antara puting ibu dan dot botol. Hal ini dapat dihindari dengan tidak menggunakan botol susu pada bayi. Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah diatas seperti :

- a. Hentikan penggunaan botol/dot: Gunakan alternatif seperti sendok, cangkir (cup feeder), atau pipet untuk memberikan ASI perah.
- b. Tingkatkan kontak kulit-ke-kulit (skin-to-skin): Ini membantu bayi rileks dan menikmati proses menyusui.
- c. Susui saat bayi tenang: Jangan menunggu bayi sangat lapar. Susui saat ia baru bangun tidur atau tenang untuk meminimalkan frustrasi.
- d. Evaluasi pelekatan: Pastikan posisi bayi benar (mulut terbuka lebar, dagu menempel), jangan tunggu bayi membuka mulut terlalu lebar, tapi tunggu ia membuka mulut lebar baru tempelkan ke payudara.
- e. Stimulasi payudara: Perah ASI atau gunakan metode *Supplemental Nursing System* (SNS) agar aliran ASI lebih cepat saat bayi mulai menyusui.
- f. Minta dukungan: Libatkan pasangan atau kerabat untuk membantu.
- g. Sabar dan positif: Mengembalikan bayi ke payudara butuh waktu dan kesabaran.

8. Ibu mengalami stress

Ibu yang mengalami stress akan menghambat hormon oksitosin sehingga dapat menyebabkan produksi ASI berkurang,

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah diatas seperti :

- a. Cari Dukungan : Curhat ke pasangan, keluarga, teman, atau konselor laktasi.
- b. Istirahat Cukup : Manfaatkan waktu tidur bayi untuk istirahat.
- c. Relaksasi : Mandi air hangat, meditasi, teknik pernapasan dalam.
- d. Pola Hidup Sehat : Nutrisi baik, olahraga ringan, hindari pikiran negatif.
- e. Atur Waktu : Manajemen waktu yang bijak.
- f. Afirmasi Positif : Yakinkan diri bahwa Anda melakukan yang terbaik.
- g. Batasi Beban : Minta bantuan pasangan/keluarga untuk urusan lain

9. Ibu yang bekerja

Ibu yang bekerja menjadi salah satu alasan ibu tidak menyusui bayinya secara eksklusif. Hal ini disebabkan ibu yang bekerja kesulitan dalam memberikan ASI secara langsung sehingga bayi tidak menyusui secara eksklusif.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah diatas seperti :

- a. Mulai Memerah Sebelum Kembali Kerja: Biasakan diri memerah ASI beberapa minggu sebelum kembali bekerja untuk membangun stok dan beradaptasi.
- b. Pelajari Metode Memerah: Cari tahu metode memerah (tangan atau pompa) yang paling nyaman, pilih pompa ASI yang sesuai, dan gunakan bra menyusui untuk mempermudah.
- c. Dukung oleh Hukum: Pahami hak Anda untuk memerah ASI di tempat kerja, karena ada aturan yang mendukung ibu menyusui
- d. Jadwal Memerah Teratur: Pompa ASI setiap 3-4 jam untuk menjaga produksi tetap tinggi.
- e. Jaga Kebersihan: Cuci tangan dan wadah dengan benar sebelum memerah dan menyimpan ASI.
- f. Simpan dengan Label: Labeli wadah dengan nama bayi, tanggal, dan jam ASI diperah untuk memastikan ASI yang diberikan adalah yang paling segar
- g. Nutrisi & Hidrasi: Pastikan asupan makanan bergizi seimbang dan minum cukup air.
- h. Kelola Stres: Rileks, jangan terlalu stres, karena stres dapat menurunkan produksi ASI.

H.Contoh Manajemen Dokumentasi pada Kasus Ibu Post Partum dengan Kesulitan Menyusui dengan Menggunakan SOAP

Skenario kasus : Ny H nifas hari ke 3 datang ke TPMB A untuk kontrol. Ny H mengeluh meriang, payudara bengkak, puting lecet dan nyeri, ASI yang keluar sedikit. Selanjutnya oleh bidan A dilakukan anamnesa data subyektif dan obyektif, assesment dan penatalaksanaan.

1. Data Subyektif

- a. Identitas Ibu : Ny H, usia 26 tahun, Agama Islam, Suku Sunda, Pendidikan terakhir SMK, Pekerjaan wirausaha, Alamat di Jl Cendana 12 No 4 RT 19 RW 83
- b. Identitas Suami : Tn U, usia 26 tahun, Agama Islam, Suku Jawa, Pendidikan terakhir S1, Pekerjaan wirausaha, Alamat di Jl Cendana 12 No 4 RT 19 RW 83
- c. Alasan Kunjungan : ingin kontrol nifas sesuai jadwal
- d. Keluhan Utama : ibu mengatakan meriang dan payudara bengkak sejak hari ini, puting lecet dan nyeri sejak 2 hari yang lalu dan ASI yang keluar sedikit
- e. Riwayat penyakit : ibu dan suami mengatakan saat ini tidak punya penyakit kronis yang lama diderita. Ibu tidak memiliki penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS dan Hepatitis B. Ibu dan suami tidak memiliki penyakit menurun seperti Hipertensi, Diabetes Melitus, Asma, Jantung bawaan serta gangguan jiwa. Dalam keluarga ibu dan suami tidak memiliki keturunan kembar. Ibu mengatakan bahwa tidak memiliki riwayat operasi

- f. Riwayat menstruasi : menarche usia 10 tahun, siklus 28 hari, lama haid 5-7 hari, jumlah darah haid lebih banyak pada hari ke 2 dan ke 3, tidak ada disminorhoe
 - g. Riwayat KB : ibu mengatakan belum pernah menggunakan KB
 - h. Riwayat Pernikahan : ini adalah pernikahan pertama yang sah baik ibu maupun suami, lama pernikahan kurang lebih 1 tahun
 - i. Riwayat obstetri : ibu mengatakan melahirkan anak pertama, belum pernah keguguran, persalinan usia kehamilan 39 minggu di tolong bidan A di TPMB dengan BB 3.000 kg PB 50 cm jenis kelamin perempuan dan tidak ada penyulit dalam persalinan dan nifas
 - j. Riwayat kehamilan : HPHT 10 Oktober 2017, TP 29 Juli 2018. ANC selama kehamilan sebanyak 8 x di bidan dan di dokter. Keluhan pada trimester 1 mual, muntah, hipersaliva, pusing dan lemas. Keluhan pada trimester 2 dan 3 tidak ada. Selama hamil ibu mengkonsumsi vitamin yang di berikan bidan dan tidak pernah meminum obat tanpa resep, minum minuman keras, narkoba dan merokok. Ibu mendapat imunisasi 1 x pada usia kehamilan 16 minggu
 - k. Riwayat persalinan : ibu mengatakan mulas – mulas teratur pada tanggal 27 Juli 2018 jam 5 pagi, kemudian segera ke TPMB Bidan A, ibu melahirkan jam 11,00 ditolong bidan secara normal dan tidak terdapat robekan perinium
 - l. Pola nutrisi : ibu makan 3 x sehari dengan nasi, sayur lauk protein hewani (tidak selalu) dan lauk protein nabati (selalu). Minum kurang lebih 10-12 gelas air putih, 1 gelas susu an 1 gelas teh manis
 - m. Pola kebersihan diri : ibu mandi 2 x sehari dengan sabun mandi, cuci rambut 2 hari sekali dengan shampo, vulva hygiene setiap selesai ganti pembalut dan BAK/BAB dengan air bersih
 - n. Pola istirahat : tidur siang kurang lebi 3-4 jam dan malam 4-5 jam
 - o. Pola aktifitas sehari – hari : ibu menjaga anak dan menjaga warung klontongan, untuk mencuci baju, menyapu dan pel rumah dibantu suami
 - p. Riwayat psikososial : ibu mengatakan senang dengan kelahiran anak pertama, keluarga dan suami mendukung ibu dan membantu aktifitas ibu
2. Data Obyektif
- a. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, keadaan emosional stabil
 - b. Tanda – tanda Vital : Tekanan darah 110/80 mmHg, Suhu 38.8°C, Nadi 101 kali per menit, Respirasi 23 kali per menit
 - c. BB : 60 Kg
 - d. TB : 157 cm
 - e. LILA : 28 cm
 - f. Pemeriksaan Rambut : bersih, tidak rontok, tidak berketombe

- g. Pemeriksaan wajah : dahi tidak odem, konjungtiva mata merah mudan, sklera mata putih, mukosa bibir merah muda tidak terdapat sariawan, gigi tidak caries
- h. Pemeriksaan leher : tidak terdapat benjolan kelenjar limfe, thyroid dan pelebaran vena jugularis
- i. Pemeriksaan payu dara : bintik simetris, konsistensi keras, tidak teraba pembesaran kelenjar limfe, areola menghitam, puting susu menonjol dan terdapat lecet
- j. Pemeriksaan abdomen : konsistensi perut lunak, tidak ada luka bekas operasi, TFU 3 jari di bawah pusat, konsistensi rahim keras, kandung kemih kosong.
- k. Pemeriksaan Ekstermitas atas : tangan tidak odem warna telapak tangan merah muda, kuku jari pendek
- l. Pemeriksaan ekstermitas bawah : benak simetris, kaki tidak odem, kuku kaki bersih, tidak dilakukan pemeriksaan tanda hofman
- m. Pemeriksaan anogenetal : vulva vagina tidak ada kelainan, tidak ada luka jahitan perinium, lochea rubra jumlah kurang lebih 50 cc, anus tidak terdapat haemoroid
- n. Pemeriksaan penunjang : Hb 12 gr% dengan stik

3. Assasment

Ny H usia 26 tahun P1 A0 Nifas hari ke 3 dengan bendungan ASI dan Puting susu lecet

4. Penatalaksanaan

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan
- b. Menjelaskan pada ibu penyebab meriang dan payudara bengkak, dikarenakan puting susu lecet
- c. Mengobservasi kembali cara ibu menyusui, dan ternyata belum benar
- d. Mengajarkan cara memeriksa kontraksi uterus yang baik dan TFU serta menjelaskan kembali proses involusi
- e. Menerapkan kompres hangat untuk pengeluaran dari susu
- f. Menerapkan kompres dingin setelah atau antara menyusui untuk mengurangi edema, vaskularisasi dan nyeri
- g. Memijat payudara dengan lembut untuk memudahkan aliran ASI dan merangsang reflek let down
- h. Menjelaskan pada ibu cara mengatasi puting susu lecet yaitu dengan mengolesi ASI pada puting secara berkala
- i. Memperbaiki kembali tehnik menyusui pada bayi dengan cara kepala dan badan ibu menempel satu garis, cara memasukkan areola ke mulut bayi mulai dari hidung ke mulut, areola sebagian besar masuk ke mulut bayi, puting ibu

tidak berada diantara langit – langit bayi dan lidah tetapi di tekak bayi, bibir terlipat keluar dan dagu bayi menempel di payudara ibu

- j. Menganjurkan dan memotivasi ibu untuk Menyusui on demand
- k. Menggunakan bra yang sesuai untuk mendukung payudara yang menjadi lebih besar ketika melahirkan
- l. Mengingatkan tanda bahaya pada ibu nifas
- m. Menjelaskan pada ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi serta makanan yang banyak mengandung vitamin C untuk penyembuhan luka
- n. Memberikan analgesik dan antipiretik Paracetamol 3 x 500 mg
- o. Memberi tablet Fe 1 x 65 mg selama masa nifas
- p. Menganjurkan ibu untuk kontrol kembali
- q. Melakukan pendokumentasian

I. Simpulan

ASI merupakan makanan yang pertama dan utama bagi bayi. Kandungan ASI memiliki sejumlah nutrisi penting yang dibutuhkan bayi. ASI dapat diberikan eksklusif selama 6 bulan dan dilanjutkan sampai dengan 2 tahun atau lebih. ASI sangat bermanfaat bagi bayi, ibu, keluarga, negara dan lingkungan. Namun ada beberapa hal yang dapat menjadi masalah dalam pemberian ASI seperti puting datar, puting lecet, sumbatan ASI, payudara bengkak, mastitis, abses payudara, ibu berkerja maupun kondisi depresi ibu menyusui. Hal ini dapat mengurangi konsumsi ASI pada bayi,

Beberapa masalah tersebut dapat dilakukan observasi, mencari penyebabnya, mengatasi masalah berdasarkan penyebab serta memberi terapi baik farmakologi maupun non farmakologi.

J. Referensi

- Elder M, Murphi L, Nothestine S, et all (2021), Realigning Expectations With Reality: A Case Study on Maternal Mental Health During a Difficult Breastfeeding Journey. <https://doi.org/10.1177/08903344211031142>
- Hairunisa, Setyorini D, Sudarmiati S, dkk (2024). Bunga Rampai Upaya Meningkatkan Produksi Asi Melalui Terapi Komplementer Keperawatan. Jakarta : Nuansa Fajar Cemerlang
- Karuniawati, N., Masnilawati, A., & Saputri, L. H. (2020). Pengaruh Niat Ibu , Kondisi Masa Nifas , Kelancaran Produksi ASI terhadap Keputusan untuk Menyusui
- PPNI. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. 1 ed. DPP PPNI; 2016

- Salamah U, Prasetya HP, (2019). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kegagalan Ibu Dalam Pemberian Asi Eksklusif. <https://dx.doi.org/10.33024/jkm.v5i3.1418>
- Sari, EPIW, Kurniyati, Puspita Y, (2022). Upaya Memperbanyak ASI bagi Kader Laktasi, Bengkulu : Andhra Grafika
- Sukma, F. (2020). Masalah Menyusui sebagai Determinan Terjadinya Risiko Depresi Postpartum pada Ibu Nifas Normal. <https://doi.org/10.33860/jbc.v2i3.69>
- UNICEF. Breastfeeding. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding>
- Varney H, Kriebs JM, Gegor CL, (2008). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Vol 2 Edisi 4, Jakarta : EGC

K. Glosarium

ASI = Air Susu Ibu

SOAP = Subyektif, Obyektif, Assasmen, Penatalaksanaan

CHAPTER 5

KASUS PERDARAHAN POSPARTUM RINGAN: DETEKSI DINI DAN TINDAKAN SEDERHANA

Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb.

A. Pendahuluan

Postpartum atau pasca persalinan atau masa nifas merupakan periode pasca persalinan yang dimulai setelah kelahiran bayi dan plasenta, berlangsung hingga 6 minggu atau 42 hari dengan berhentinya perdarahan. Pada masa ini, ibu dapat mengalami berbagai masalah baik fisik maupun psikologis, sehingga membutuhkan perhatian khusus dari tenaga kesehatan, terutama bidan. Pemantauan yang terfokus pada masa nifas sangat penting karena kurangnya perhatian dapat menyebabkan masalah bagi ibu, bahkan berpotensi menyebabkan komplikasi serius seperti sepsis puerperalis ataupun perdarahan. Perdarahan pada masa nifas dapat disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, tertinggalnya sisa plasenta dan inversion uteri (Nurseha et al., 2022).

Perdarahan menjadi 3 besar penyebab kematian ibu di Indonesia pada tahun 2024. Secara detail penyebab kematian ibu terbanyak pada tahun 2024 adalah komplikasi nonobstetrik dalam kehamilan sebanyak 1.351 kasus, diikuti oleh hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas sebanyak 988 kasus dan perdarahan obstetrik sebanyak 955 kasus (Kemenkes RI, 2025). Perdarahan pada masa nifas sangat beresiko meningkatkan angka kematian pada ibu, maka dengan pengelolaan yang tepat dan deteksi dini terhadap komplikasi, perawatan masa nifas dapat berjalan dengan lancar, memastikan keselamatan dan kesejahteraan ibu dan bayi.

Kematian maternal secara konsisten dikaitkan dengan keberadaan tiga bentuk keterlambatan dalam pelayanan obstetri, yang mencakup keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk merujuk ibu ke fasilitas kesehatan, keterlambatan dalam mencapai sarana pelayanan rujukan, serta keterlambatan dalam memperoleh intervensi medis yang sesuai setelah berada di tempat rujukan. Dua jenis keterlambatan awal paling sering ditemukan di negara berkembang akibat keterbatasan akses dan sumber daya, sementara keterlambatan dalam pemberian penatalaksanaan yang optimal dapat terjadi baik di negara berkembang maupun di negara maju. Laporan Confidential Enquiries menegaskan bahwa kematian ibu akibat perdarahan postpartum umumnya disebabkan oleh penanganan yang tidak

memadai dan terlambat, yang dikenal dengan istilah “too little done and too late”, sehingga perdarahan postpartum tetap menjadi salah satu komplikasi obstetri dengan dampak klinis yang serius (Simanjuntak, 2020). Masalah kegawatdaruratan pada ibu masih merupakan persoalan penting dalam pelayanan kesehatan, karena berkontribusi besar terhadap angka kesakitan dan kematian maternal. Sebagian besar kasus sebenarnya dapat diminimalkan bahkan dicegah apabila tanda-tanda bahaya teridentifikasi sejak dini dan ditangani melalui pemberian asuhan yang segera, tepat, dan sesuai standar (Sartika, 2025).

B. Perdarahan Post Partum

Dalam praktik obstetri, perdarahan postpartum umumnya dipahami sebagai kondisi kehilangan darah ≥ 500 ml setelah proses kelahiran janin dan plasenta selesai pada persalinan pervaginam, atau ≥ 1000 ml pada persalinan melalui seksio sesarea. Akan tetapi, batasan tersebut tidak sepenuhnya menggambarkan kondisi klinis yang sebenarnya karena selama kehamilan terjadi adaptasi fisiologis berupa peningkatan volume plasma darah sebesar 30–60%, yang setara dengan 1500–2000 ml. Dengan mempertimbangkan hal tersebut, evaluasi perdarahan tidak hanya bergantung pada estimasi volume darah yang keluar, tetapi juga memerlukan penilaian laboratorium, khususnya kadar hematokrit. Secara klinis, penurunan hematokrit sebesar 3% umumnya diinterpretasikan sebagai indikator terjadinya kehilangan darah yang setara dengan peningkatan volume darah fisiologis selama kehamilan ditambah sekitar 500 ml darah.

Penyebab terjadinya perdarahan postpartum dapat dijelaskan melalui pendekatan etiologis yang dikenal sebagai konsep 4T (tone, tissue, tears, dan thrombin). Faktor tone berkaitan dengan kegagalan kontraksi uterus, terutama atonia uteri; faktor tissue berhubungan dengan adanya plasenta yang tidak lahir sempurna atau tertinggalnya sisa jaringan plasenta; faktor tears mencakup berbagai bentuk cedera pada jalan lahir, termasuk perineum, vagina, serviks, hingga uterus; sedangkan faktor thrombin berkaitan dengan kelainan mekanisme pembekuan darah. Dari keseluruhan faktor tersebut, atonia uteri merupakan penyebab terbanyak, dengan proporsi sekitar 70% dari seluruh kasus perdarahan postpartum, serta berperan besar terhadap tingginya angka kematian maternal. Penyebab lain berupa trauma obstetri, seperti laserasi dan ruptur uterus, dilaporkan menyumbang sekitar 20% kasus. Sementara itu, gangguan yang berkaitan dengan jaringan plasenta, termasuk retensio plasenta dan sisa plasenta, berkontribusi sekitar 10%. Adapun kelainan koagulasi darah, seperti idiopathic thrombocytopenic purpura, thrombotic thrombocytopenic purpura, penyakit von Willebrand, dan hemofilia,

merupakan penyebab yang jarang ditemukan dengan angka kejadian sekitar 1% (Nurseha et al., 2022).

Dampak perdarahan postpartum tidak hanya terbatas pada peningkatan angka mortalitas maternal, tetapi juga berkontribusi signifikan terhadap morbiditas maternal. Kondisi ini dapat menimbulkan komplikasi berat, termasuk tindakan histerektomi yang berujung pada kehilangan uterus secara permanen. Morbiditas lain yang sering menyertai meliputi anemia, kelelahan fisik, gangguan psikologis seperti depresi, serta peningkatan risiko tindakan transfusi darah. Kehilangan fungsi reproduksi pada perempuan usia produktif akibat histerektomi dapat menimbulkan dampak sosial dan psikologis yang bermakna. Selain itu, perdarahan postpartum dalam jumlah besar diketahui berpotensi menyebabkan kerusakan pada lobus anterior kelenjar hipofisis, yang selanjutnya dapat berkembang menjadi sindrom Sheehan (Simanjuntak, 2020).

Dalam suatu penelitian dinyatakan bahwa dari berbagai faktor penyebab dan predisposisi yang dianalisis, robekan jalan lahir merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian perdarahan postpartum (PPH) di RSUD Banten tahun 2019–2023 ($p = 0,003$; OR = 3,766; CI 95%: 1,558–9,102). Hal ini menunjukkan bahwa pencegahan dan penanganan robekan jalan lahir selama proses persalinan perlu menjadi prioritas utama dalam pelayanan obstetri. Namun beberapa dari faktor lain seperti atonia uteri, retensio plasenta, inversio uteri, koagulopati, sisa plasenta, usia ibu, paritas, partus lama, jarak kehamilan, dan anemia tetap memiliki nilai odds ratio yang tinggi dan relevan secara klinis, sehingga tetap perlu menjadi perhatian dalam praktik kebidanan, terutama pada kasus-kasus dengan risiko tinggi (Trasia et al., 2025).

C. Klasifikasi Perdarahan Post Partum

Perdarahan postpartum dapat diklasifikasikan berdasarkan jumlah kehilangan darah, yaitu perdarahan minor dengan volume 500–1000 ml dan perdarahan mayor apabila jumlah darah yang hilang melebihi 1000 ml. Perdarahan mayor selanjutnya dikelompokkan menjadi perdarahan sedang dengan volume 1000–2000 ml dan perdarahan berat apabila kehilangan darah melebihi 2000 ml. Selain klasifikasi tersebut, Sibai mengemukakan pembagian lain, yaitu perdarahan ringan (mild) bila volume darah yang hilang ≤ 1500 ml, perdarahan berat (severe) apabila melebihi 1500 ml, serta perdarahan masif (massive) jika jumlah perdarahan mencapai lebih dari 2500 ml.

Ditinjau dari waktu terjadinya, perdarahan postpartum dibedakan menjadi perdarahan postpartum primer (primary postpartum hemorrhage), yaitu perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah persalinan, dan perdarahan postpartum

sekunder (secondary postpartum hemorrhage), yang berlangsung setelah 24 jam hingga enam minggu pascapersalinan. Secara etiologis, atonia uteri merupakan faktor penyebab paling dominan pada kejadian perdarahan postpartum (Simanjuntak, 2020).

Tabel 5.1
Klasifikasi perdarahan postpartum (Gosh dan Chandaran, 2017)

Perkiraan Kehilangan Darah	Denyut Nadi	Tekanan Darah Sistolik	Tanda Klinis	Derajat Syok
500–1000 mL (10–15%)	80–100 kali/menit	Normal	Teraba takikardi ringan, pusing	Terkompensasi
1000–1500 mL (15–30%)	100–120 kali/menit	Menurun ringan (80–100 mmHg)	Lemah, takikardi, berkeringat	Ringan
1500–2000 mL (30–40%)	>120 kali/menit	Menurun sedang (70–80 mmHg)	Gelisah, pucat, oliguria	Sedang
2000–3000 mL (>40%)	>120 kali/menit disertai gangguan fungsi miokard yang menyebabkan penurunan perfusi, hingga berisiko henti jantung	Menurun berat (50–70 mmHg)	Pingsan, anuria, sesak napas	Berat

Diagnosis perdarahan postpartum ditegakkan melalui identifikasi sumber perdarahan secara sistematis. Penatalaksanaan awal difokuskan pada tindakan non-invasif, yang meliputi pemberian uterotonik, pijat uterus, kompresi bimanual, resusitasi cairan menggunakan kristaloid atau transfusi darah, pemberian faktor koagulasi, evakuasi sisa plasenta secara manual, serta penanganan trauma pada jalan lahir. Apabila upaya tersebut tidak memberikan hasil yang optimal, dapat dilakukan intervensi invasif, antara lain pemasangan balon tamponade, penerapan jahitan kompresi uterus, embolisasi arteri secara angiografik, ligasi pembuluh darah, hingga tindakan histerektomi sebagai pilihan terakhir. Selain itu, berbagai teknik modifikasi dianjurkan untuk diterapkan di wilayah dengan keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan. Upaya pencegahan perdarahan postpartum dilakukan melalui penerapan manajemen aktif kala III persalinan, identifikasi dini faktor risiko, serta kolaborasi dan konsultasi berkelanjutan dengan tenaga kesehatan yang kompeten guna memastikan kesiapan persalinan yang aman dan terencana (Sanjaya, 2015).

D. Pengelolaan dan Penatalaksanaan Umum

Penerapan manajemen aktif kala III persalinan telah terbukti efektif dalam menurunkan kejadian perdarahan postpartum. Pendekatan ini mencakup tiga komponen utama, yaitu pemberian oksitosin segera setelah bayi dilahirkan, pelaksanaan tarikan tali pusat terkendali, serta pemijatan uterus setelah plasenta lahir guna merangsang kontraksi uterus yang optimal. Ketiga tindakan tersebut bertujuan untuk mempercepat pelepasan plasenta dan mengurangi risiko perdarahan pascapersalinan.

Penatalaksanaan perdarahan postpartum dapat dirangkum melalui pendekatan sistematis yang dikenal dengan mnemonik HAEMOSTASIS. Tahap awal mencakup pemanggilan bantuan, pemasangan akses intravena dengan kateter berdiameter besar, identifikasi penyebab perdarahan, serta pelaksanaan masase uterus. Selanjutnya dilakukan terapi farmakologis menggunakan uterotonik, seperti oksitosin, metilergometrin, dan misoprostol. Oksitosin dapat diberikan dengan dosis 10–20 unit yang dilarutkan dalam 500 mL larutan NaCl 0,9% atau 10 unit secara intramuskular, sedangkan misoprostol sebagai analog prostaglandin E1 diberikan dalam dosis 600–1000 mcg melalui rute oral, rektal, atau vaginal. Apabila perdarahan masih berlanjut, dilakukan tindakan konservatif non-bedah, termasuk evakuasi sisa plasenta, penanganan robekan jalan lahir, kompresi bimanual atau kompresi aorta abdominal, serta pemasangan tamponade uterus menggunakan tampon vagina atau kateter kondom. Pada kasus yang tidak responsif terhadap tindakan tersebut, dapat dilakukan intervensi konservatif bedah seperti kompresi uterus dengan teknik B-Lynch, devaskularisasi pembuluh darah pelvis, atau embolisasi arteri uterina melalui radiologi intervensi. Sebagai upaya terakhir, histerektomi subtotal atau total dipertimbangkan. Rekomendasi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada prinsipnya sejalan dengan pendekatan HAEMOSTASIS dan menekankan pentingnya tatalaksana bertahap serta persiapan rujukan sesuai kondisi klinis ibu (Simanjuntak, 2020).

Tabel 5.4
Langkah HAEMOSTASIS untuk Tatalaksana Perdarahan Postpartum

MNEMONIK	Tindakan	Keterangan
H	Meminta pertolongan	Langkah awal dengan segera memanggil bantuan (bidan senior, dokter, tim anestesi, serta menyiapkan sistem rujukan).
A	Akses vena dengan kateter ukuran besar ($\geq 18G$), pemberian cairan kristaloid (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat), dan persiapan transfusi darah	Resusitasi cairan untuk stabilisasi hemodinamik ibu.
E	Identifikasi etiologi perdarahan dan persiapan uterotonik	Menentukan penyebab perdarahan berdasarkan konsep 4T (tone, tissue, tears, thrombin).
M	Masase uterus	Merangsang kontraksi uterus dan membantu pengeluaran bekuan darah.
O	Pemberian preparat uterotonik (oksitosin, ergometrin, misoprostol)	Terapi farmakologis untuk meningkatkan kontraksi uterus.
S	Persiapan kamar operasi; tindakan konservatif non-bedah seperti evakuasi sisa plasenta, penjahitan robekan jalan lahir, kompresi bimanual, dan kompresi aorta abdominal	Penanganan konservatif non-bedah untuk mengendalikan sumber perdarahan.
T	Tamponade uterus (tampon vagina, balon tamponade, atau kateter kondom)	Memberikan tekanan langsung pada dinding uterus untuk menghentikan perdarahan.
A	Kompresi uterus secara bedah (misalnya teknik B-Lynch)	Tindakan konservatif bedah bila metode non-bedah tidak berhasil.
S	Devaskularisasi sistem perdarahan pelvis (ligasi a. uterina, a. ovarika, dan/atau a. hipogastrika)	Mengurangi aliran darah ke uterus dan pelvis secara bedah.
I	Embolisasi arteri uterina dengan radiologi intervensi	Alternatif tindakan invasif pada fasilitas dengan layanan radiologi intervensi.
S	Histerektomi subtotal atau total	<i>Last effort</i> / langkah terakhir apabila seluruh upaya sebelumnya gagal mengendalikan perdarahan.

E. Deteksi Dini dan Tindakan Sederhana

Berikut adalah jenis-jenis perdarahan post-partum beserta deteksi dini dan penanganannya (Nurseha et al., 2022; Trasia et al., 2025).

1. Atonia Uteri

a. Data Subjektif

Pengkajian subjektif meliputi informasi mengenai riwayat kehamilan dan persalinan, seperti usia ibu, paritas, jarak antar kehamilan, serta kondisi sosial ekonomi dan jenis pekerjaan. Selain itu, dikaji pula riwayat kesehatan reproduksi, termasuk status pemenuhan kebutuhan nutrisi dan keluhan yang mengarah pada anemia defisiensi besi. Selama proses persalinan, bidan perlu memperhatikan motivasi ibu dalam menghadapi persalinan, keluhan terkait kekuatan fisik, tingkat kelelahan, serta karakteristik kontraksi uterus yang dirasakan.

b. Data Objektif

Pengkajian objektif mencakup penilaian kondisi umum ibu, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (denyut nadi, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan), serta tanda klinis anemia defisiensi besi. Selama persalinan dan pascapersalinan, bidan melakukan pemantauan kondisi ibu secara menyeluruh, termasuk hasil partograf, proses pelepasan plasenta, penggunaan obat-obatan uterotonik, serta evaluasi kontraksi uterus setelah plasenta lahir.

c. Penatalaksanaan Atonia Uteri

Penanganan atonia uteri diawali dengan pemberian oksitosin secara intramuskular, diikuti dengan pijat uterus untuk merangsang kontraksi dan mengeluarkan bekuan darah. Keutuhan plasenta perlu diperiksa menggunakan teknik aseptik. Apabila kandung kemih teraba penuh, pemasangan kateter urin dilakukan secara aseptik. Selanjutnya, kompresi bimanual internal dapat dilakukan untuk mengendalikan perdarahan dan mempertahankan kontraksi uterus yang adekuat. Jika perdarahan tidak terkontrol atau muncul tanda-tanda syok, ibu harus segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dengan disertai penatalaksanaan syok. Apabila kondisi stabil, pemantauan dan perawatan lanjutan dilakukan sesuai kebutuhan klinis.

2. Robekan Jalan Lahir

Robekan jalan lahir merupakan komplikasi obstetri yang dapat terjadi secara mendadak sehingga memerlukan respons cepat untuk mencegah terjadinya syok hipovolemik. Deteksi dini dilakukan melalui kewaspadaan selama masa persalinan.

a. Data Subjektif

Pengkajian meliputi informasi mengenai usia ibu dan paritas sebagai faktor risiko terjadinya robekan jalan lahir.

b. Data Objektif

Selama kehamilan:

Pengkajian meliputi pengukuran tinggi badan ibu, estimasi berat janin, evaluasi elastisitas otot perineum melalui pemeriksaan ginekologis, serta penilaian presentasi janin.

Selama persalinan:

Dilakukan penilaian kondisi umum ibu, pemantauan partograf, evaluasi elastisitas jalan lahir, serta kemampuan ibu dalam mengejan. Ibu diposisikan dorsal recumbent untuk memudahkan pemeriksaan. Prosedur dijelaskan kepada ibu, dan sedasi ringan seperti diazepam dapat diberikan bila diperlukan. Seluruh tindakan dilakukan dengan prinsip aseptik, termasuk pencucian tangan bedah dan penggunaan sarung tangan steril. Setelah plasenta lahir, dilakukan pijat uterus, pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaput ketuban, serta evaluasi adanya robekan vagina atau serviks yang memerlukan penjahitan. Bila terdapat kecurigaan plasenta belum lahir sempurna atau perdarahan tidak terkendali, ibu harus segera dirujuk. Semua tindakan dan obat yang diberikan didokumentasikan secara lengkap.

c. Penatalaksanaan

Penanganan robekan jalan lahir dilakukan dengan mengidentifikasi lokasi dan derajat robekan, kemudian segera dilakukan penjahitan sesuai indikasi. Kondisi ibu dipantau secara berkala melalui tanda-tanda vital. Terapi tambahan berupa antibiotik profilaksis, analgesik, serta pemberian diet tinggi kalori dan protein diberikan untuk mendukung proses pemulihan pascapersalinan.

3. Retensio Plasenta

a. Selama Kehamilan

Pengkajian mencakup data subjektif berupa usia ibu, paritas, serta riwayat persalinan sebelumnya, dan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan antenatal care (ANC).

b. Selama Persalinan

Data subjektif:

Ibu menyatakan tidak merasakan kontraksi setelah bayi lahir.

Data objektif:

Ditemukan perdarahan pervaginal sebelum plasenta lahir lengkap, tidak adanya kontraksi uterus, serta plasenta yang tidak lahir dalam waktu 15 menit setelah bayi lahir.

c. Penatalaksanaan

Apabila plasenta belum lahir dalam 15 menit setelah bayi lahir tanpa disertai perdarahan hebat, dilakukan pengulangan manajemen aktif kala III dengan pemberian oksitosin intramuskular dan tarikan tali pusat terkendali secara hati-hati. Jika plasenta tetap tidak lahir, ibu dirujuk ke rumah sakit. Apabila terjadi perdarahan, plasenta harus segera dilahirkan secara manual dan dilakukan rujukan bila tindakan tidak berhasil. Terapi cairan intravena menggunakan NaCl 0,9% atau Ringer Laktat diberikan dengan tetesan cepat menggunakan jarum berdiameter besar, serta disiapkan peralatan untuk tindakan manual plasenta secara aseptik.

4. Tertinggalnya Sisa Plasenta

Pengkajian dilakukan pada saat proses persalinan dengan cara menilai kelengkapan plasenta yang telah lahir. Kecurigaan terhadap adanya sisa plasenta timbul apabila ditemukan kotiledon yang tidak utuh disertai perdarahan pervaginal yang masih berlangsung setelah plasenta dilahirkan. Penatalaksanaan kasus sisa plasenta dilakukan dengan prinsip yang sama seperti penanganan retensio plasenta, dengan tujuan menghentikan perdarahan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

5. Inversio Uteri

Inversio uteri merupakan komplikasi obstetri yang umumnya terjadi akibat kesalahan dalam penatalaksanaan kala III persalinan. Kondisi ini sering disertai dengan terjadinya syok. Meskipun perdarahan berperan sebagai faktor utama, syok juga dapat muncul tanpa adanya perdarahan yang signifikan akibat tarikan kuat pada peritoneum serta ligamentum infundibulo pelvikum dan ligamentum rotundum, sehingga mekanisme syok yang terjadi lebih sering bersifat neurogenik. Dalam situasi ini, tindakan operatif umumnya menjadi pilihan utama, meskipun reposisi uterus dapat dipertimbangkan sebagai langkah awal sesuai dengan kondisi klinis ibu.

F. Simpulan

Perdarahan postpartum merupakan komplikasi obstetri serius yang berkontribusi besar terhadap meningkatnya angka kesakitan dan kematian ibu. Penilaian kondisi ini tidak dapat hanya didasarkan pada jumlah darah yang hilang, karena perubahan fisiologis selama kehamilan menyebabkan peningkatan volume darah maternal. Oleh sebab itu, evaluasi klinis harus dilakukan secara menyeluruh dengan mempertimbangkan tanda vital, kondisi umum ibu, serta pemeriksaan laboratorium seperti kadar hematokrit. Secara etiologis, perdarahan postpartum dapat dijelaskan melalui konsep 4T, yaitu gangguan kontraksi uterus, kelainan

jaringan plasenta, cedera jalan lahir, dan gangguan pembekuan darah. Di antara faktor-faktor tersebut, atonia uteri merupakan penyebab yang paling sering ditemukan, diikuti oleh trauma obstetri dan kelainan plasenta.

Dampak perdarahan postpartum tidak hanya terbatas pada risiko kematian maternal, tetapi juga berpengaruh signifikan terhadap morbiditas jangka pendek maupun jangka panjang. Komplikasi yang dapat timbul meliputi anemia, kelelahan, gangguan psikologis, kebutuhan transfusi darah, hingga tindakan histerektomi yang berakibat pada hilangnya fungsi reproduksi. Oleh karena itu, deteksi dini faktor risiko, penerapan manajemen aktif kala III persalinan, serta kesiapan tenaga kesehatan dalam melakukan penatalaksanaan yang cepat dan tepat menjadi aspek krusial dalam pencegahan dan pengendalian perdarahan postpartum. Pendekatan yang komprehensif dan kolaboratif diharapkan mampu menurunkan dampak buruk perdarahan postpartum terhadap kesehatan ibu.

G. Referensi

- Gosh, S., & Chandaran, R. (2017). Clinical findings and management of postpartum hemorrhage. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 12(3), 145–152.
- Kemenkes RI. (2025). *Profil Kesehatan Indonesia 2024*. Kemenkes RI.
- Nurseha, Lintang, S. S., Subagio, S. U., Pertasari, R. M. Y., Tyas, T. P., Perbawati, D. & Lailaturohmah. (2022). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. CV. Dewa Publishing. www.dewapublishing.com
- Sanjaya, D. G. W. (2015). *Tanda Bahaya Serta Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum*. 3(1), 9–18. <http://intisarisainsmedis.weebly.com/>
- Sartika, I. (2025). *Kegawatdaruratan Maternal: Deteksi Dini dan Asuhan Responsif*. PT Bukuloka Literasi Bangsa.
- Simanjuntak, L. (2020). Perdarahan Postpartum (Perdarahan Pasksalin). *Jurnal Visi Eksakta (JVIEKS)*, 1(1), 1–10.
- Trasia, R. F., Anggraeni, I. D., Putra, N. E., Sultan, U. & Tirtayasa, A. (2025). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perdarahan Postpartum RSUD Banten Tahun 2019-2023. *Jurnal Ilmu Medis Indonesia*, 4(2), 113–128. <https://doi.org/10.35912/jimi.v4i1.4408>

CHAPTER 6

ASUHAN KEBIDANAN BERBASIS KASUS SEDERHANA: CONTOH-CONTOH PRAKTIK YANG MUDAH DI PAHAMI MAHASISWA

Dr. Bd. Lina Fitriani, S.ST., M.Keb.

A. Pendahuluan

Kehamilan merupakan fase penting dalam kehidupan seorang perempuan yang melibatkan perubahan fisiologis, psikologis, dan metabolik yang kompleks. Selama kehamilan, kebutuhan zat gizi seperti energi, protein, vitamin dan mineral meningkat secara signifikan untuk memenuhi tuntutan fisiologis ibu serta pertumbuhan dan perkembangan janin yang optimal. Pemenuhan asupan gizi yang adekuat sangat penting untuk kesehatan ibu dan janin, serta untuk mencegah komplikasi kehamilan. Ketidakseimbangan gizi, terutama kekurangan zat besi, merupakan salah satu penyebab utama masalah kesehatan yang sering kali dialami oleh ibu hamil (WHO) (2023).

Intervensi gizi dalam beberapa dekade terakhir, telah melaporkan kemajuan penting khususnya dalam peningkatan kesetaraan gender pada dunia pendidikan, dunia kerja, pernikahan dini menurun, dan perempuan yang bergizi baik yang lebih sehat dan cenderung tidak terjadi komplikasi saat melahirkan (UNICEF, 2023). Mortalitas dan morbiditas ibu global diakui dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan yang menetapkan visi untuk mengubah dunia kita pada tahun 2030 mencakup 17 tujuan utama yang terkait dengan kesehatan ibu, khususnya tujuan 3 'Kesehatan dan kesejahteraan yang baik' dan 5 'Kesetaraan gender' (UN DESA, 2024). Setiap hari sekitar 800 wanita meninggal karena penyebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan yang berarti bahwa seorang wanita meninggal setiap dua menit. (WHO, 2023b). Kehamilan merupakan suatu kondisi dimana kebutuhan zat gizi makro dan mikro meningkat akibat adanya perubahan fisiologis pada ibu dan pertumbuhan janin (Liu et al., 2019). Namun, asupan buah, sayur, daging, dan produk susu dari makanan seringkali tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan fisiologis pada ibu dan pertumbuhan janin dan dapat menyebabkan kekurangan zat gizi. Di negara-negara miskin dan berkembang kekurangan gizi umum terjadi (Xiao et al., 2023).

Gizi buruk tersebar luas di kalangan wanita usia subur (WUS) di seluruh dunia, dengan perkiraan 1,2 miliar orang kekurangan ≥ 1 mikronutrien, 571 juta (30%)

mengalami anemia (Dewey et al., 2024). Sebuah *Systematic Review and Meta-Analysis* melaporkan prevalensi anemia secara global, 36,8% wanita hamil mengalami anemia. Beban tertinggi terjadi di Afrika Sub-Sahara dan Asia Selatan, di mana prevalensi anemia pada kehamilan masing-masing adalah 41,7% dan 40% (Karami et al., 2022). Prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia dalam lima tahun terakhir menurun dari 48,9% menjadi 27,7% setelah sempat meningkat dari sepuluh tahun sebelumnya yang berarti bahwa sebanyak 1 dari 3 ibu hamil menderita anemia (Riskesdas, 2018; SKI, 2023). Anemia pada ibu hamil terutama kekurangan zat besi menyumbang 43% dari semua kasus anemia pada kehamilan (UNICEF, 2023). Anemia defisiensi besi (anemia dengan kategori hemoglobin < 11 g/dL pada trimester pertama dan ketiga atau < 10.5 g/dL pada trimester kedua) yang merupakan indikator gizi buruk dan kesehatan yang buruk (Parisi et al., 2019). Kondisi ini dapat mengakibatkan konsekuensi dampak merugikan bagi ibu dan janin. Anemia, secara langsung dan tidak langsung, menyebabkan kematian ibu dan perinatal (Diana et al., 2019). Sebagaimana yang tertuang dalam pedoman kesehatan pada Masa Hamil yang termasuk dalam serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga melahirkan (Permenkes no.21, 2021).

Dampak kelahiran yang merugikan adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan masalah kesehatan pada ibu dan bayi baru lahir selama kehamilan yang dinilai dari usia viabilitas (28 minggu) persalinan, dan pasca persalinan (Paunno et al., 2024). Kelahiran prematur adalah kelahiran hidup sebelum usia kehamilan 37 minggu, berat badan lahir rendah (BBLR; lahir dengan berat < 2500 gr). Di sisi lain, lahir mati adalah ketika bayi meninggal di dalam rahim setelah usia kehamilan 28 minggu dan Makrosomia bayi lahir dengan berat > 4000 gr (Abadiga et al., 2022; Dallak et al., 2022). Kelainan kongenital adalah berbagai kelainan struktural atau fungsional yang muncul saat lahir, yang berasal dari perkembangan prenatal (Jana, 2023). Pengukuran gestasi kehamilan sangat penting untuk mengidentifikasi kelahiran bayi sebelum waktunya (Haider et al., 2021).

Pendekatan yang terintegrasi—meliputi edukasi kesehatan, pemantauan nutrisi, pola makan bergizi, serta suplementasi yang tepat—sangat penting dalam program asuhan antenatal. Materi tentang menghimpun kasus-kasus yang mudah dipahami mahasiswa berkaitan dengan anemia, edukasi kesehatan dan suplementasi pada ibu hamil ini disusun untuk menjadi pedoman ilmiah dan praktis bagi tenaga kesehatan serta ibu hamil dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan hasil kehamilan yang optimal di Indonesia.

B. Anemia

1. Defenisi Anemia

Anemia dapat didefinisikan sebagai nilai hemoglobin, hematocrit atau jumlah eritrosit per millimeter kubik lebih rendah dari normal. Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu hamil dan janin menjadi berkurang. Rendahnya kapasitas darah untuk membawa oksigen memacu jantung meningkatkan curah jantung. Jantung yang terus menerus dipacu bekerja keras dapat mengakibatkan gagal jantung dan komplikasi lain seperti preeklamsia (Priyanti et al., 2020).

Anemia merupakan suatu keadaan yang dialami oleh tubuh ketika sel darah merah dalam darah memiliki kadar hemoglobin kurang dari normal (<12 gr/dL). Hal ini dapat menyebabkan masalah kesehatan karena sel darah merah yang mengandung hemoglobin, berperan dalam membaca oksigen ke jaringan tubuh (Ningtyias et al., 2022).

Anemia dapat mengurangi suplai oksigen pada metabolisme ibu karena oksigen berfungsi untuk mengikat oksigen. Ibu hamil yang menderita anemia menyebabkan kurangnya suplai darah pada plasenta yang akan berpengaruh pada fungsi plasenta terhadap janin. Ibu selama kehamilan mengalami perubahan fisiologis yang menyebabkan ketidakseimbangan jumlah plasma darah dan sel darah merah yang dapat dilihat dalam bentuk penurunan kadar hemoglobin. Hal ini akan mempengaruhi oksigen ke rahim dan mengganggu kondisi intrauterin khususnya pertumbuhan janin akan terganggu sehingga berdampak pada janin lahir dengan BBLR (Mulianisaa et al., 2021).

Anemia merupakan kondisi ketika terjadi penurunan hemoglobin (Hb) dan/atau jumlah sel darah merah dari normal sehingga tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan fisiologis seseorang. Oleh karena itu, terjadi penurunan jumlah hemoglobin (HGB), hematokrit (HCT), dan sel darah merah (RBC, *red blood cell*) pada pemeriksaan laboratorium (Mentari, 2023).

Pada kehamilan kebutuhan oksigen lebih tinggi sehingga memicu peningkatan produksi eritropoietin. Akibatnya, volume plasma bertambah dan sel darah merah (eritrosit) meningkat. Namun, peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin (Hb) akibat hemodilusi (Priyanti et al., 2020).

Tabel 6.1
Nilai Batas untuk Anemia Pada Perempuan

Status kehamilan	Hemoglobin (g/dl)
Hamil trimester 1	11,0
Hamil trimester 2	10,5
Hamil trimester 3	11,0

2. Penyebab Anemia

Sebagian besar penyebab anemia di Indonesia adalah kurangnya kadar Fe yang diperlukan untuk pembentukan Hb (Haemoglobin) sehingga disebut anemia defisiensi Fe. Penyebab terjadinya anemia defisiensi Fe pada ibu hamil disebabkan oleh dua faktor, yaitu faktor langsung dan tidak langsung. Secara langsung anemia disebabkan oleh seringnya mengonsumsi zat penghambat absorpsi Fe, kurangnya mengonsumsi promotor absorpsi non heme Fe serta ada infeksi parasit. Sedangkan faktor yang tidak langsung yaitu faktor-faktor yang secara tidak langsung mempengaruhi kadar Fe seseorang dengan mempengaruhi ketersediaan Fe dalam makanan seperti ekonomi yang masih rendah, atau rendahnya pendidikan dan pengetahuan (Wijayanti, 2023). Secara umum anemia pada kehamilan disebabkan oleh:

- a. Meningkatnya kebutuhan zat besi untuk pertumbuhan janin
- b. Kurangnya asupan zat besi yang dikonsumsi oleh ibu hamil
- c. Pola makan ibu terganggu akibat mual selama kehamilan
- d. Adanya kecenderungan rendahnya cadangan zat besi (Fe) pada wanita akibat persalinan sebelumnya dan menstruasi.

Status gizi dalam hal ini adalah anemia gizi dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor internal dan eksternal sebagai berikut:

- a. Faktor internal meliputi antara lain usia ibu, usia kehamilan, jarak kehamilan, berat badan, jumlah anak, status gizi.
- b. Faktor eksternal meliputi antara lain kunjungan Antenatal Care (ANC) dan konsumsi tablet FE.
- c. Faktor Sosiodemografi meliputi status ekonomi dan Pendidikan (Oktaviana et al., 2022).

Telah teridentifikasi beberapa senyawa yang dapat mengganggu atau menghambat penyerapan zat besi. Senyawa tersebut mampu berikatan dengan zat besi membentuk senyawa kompleks yang bersifat tidak larut sehingga sulit atau tidak bisa diserap melintasi dinding usus. Senyawa-senyawa yang termasuk sebagai inhibitor penyerapan zat besi antara lain tanin, fitat dan serat pangan. Tanin yang banyak terdapat didalam teh merupakan inhibitor potensial karena

dapat mengikat zat besi secara kuat membentuk Fe-tanat yang bersifat tidak larut.

3. Patofisiologi Anemia

Zat besi adalah komponen penting hemoglobin didalam sel darah merah dan mioglobin di otot, yang mengandung sekitar 60% dari total besi tubuh. Zat besi diperlukan untuk berfungsinya berbagai mekanisme seluler, termasuk proses enzimatik, DNA sintesis, dan pembangkit energi mitokondria. Pada orang dewasa, tubuh mengandung 3-5 g zat besi, untuk produksi sel darah merah dan metabolisme seluler diperlukan 20-25 mg setiap hari. Karena asupan zat besi dari makanan terbatas (1-2 mg per hari), diperlukan sumber lainnya untuk homeostasis besi misalnya, daur ulang eritrosit yang menua di makrofag, pertukaran zat besi dalam enzim yang mengandung zat besi, dan penyimpanan besi. Sebanyak 1–2 mg zat besi hilang setiap hari akibat pendarahan menstruasi, berkeringat, deskuamasi kulit, dan ekskresi air kemih. Zat besi tidak memiliki jalur regulasi ekskresi, oleh karena itu asupan makanan, penyerapan usus, dan daur ulang besi harus diatur dengan ketat (Farhati, 2020).

Dalam homeostasis besi, peptida kecil yang disebut hepcidin, yang terutama disekresi oleh hepatosit dan pertama kali dijelaskan pada tahun 2001 pada tikus dengan kelebihan zat besi, memiliki peran penting dalam kontrol ketersediaan zat besi untuk jaringan. Selain di hati, jenis sel dan organ lain, seperti makrofag adiposit, jantung, dan ginjal, dapat menghasilkan hepcidin. Dalam plasma, hepcidin terikat α 2-macroglobulin dan albumin, dan dapat dibersihkan melalui ginjal. Peran utama hepcidin adalah mengendalikan ekspresi permukaan FPN1 dengan mengikat protein, yang kemudian diinternalisasi dan terdegradasi oleh lisosom. FPN1 adalah satu-satunya protein yang mengekspor zat besi. Ekspresi hepcidin yang tinggi menurunkan konsentrasi zat besi plasma; ekspresi rendah meningkatkan konsentrasi. Ekspresi Hepcidin diregulasi oleh konsentrasi tinggi besi di hati dan plasma, inflamasi, dan aktivitas fisik, sedangkan itu diturunkan oleh defisiensi besi, eritropoiesis, hipoksia, dan endokrin sinyal (testosteron, estrogen, dan faktor pertumbuhan). Hormon baru yang disebut *erythroferrone* diproduksi oleh eritroblas sebagai respons terhadap *erythropoietin*, dan memediasi penghancuran hepcidin selama stres *erythropoiesis* (Farhati, 2020).

4. Tanda dan Gejala Anemia

Menurut Taufiq (2020) bahwa adapun tanda dan gejala yang biasanya akan kita temukan kalau kita menderita anemia:

a. Cepat merasa Lelah

Mudah mengantuk dan sulit untuk berkonsentrasi.

b. Lemah

Menjadi malas beraktifitas, seolah kamu kekurangan energi

c. Sesak napas

Pada keadaan yang cukup berat, anemia juga sering kali disertai dengan sesak napas.

d. Pucat

Tanda pucat ini, paling mudah kamu temukan pada bagian konjungtiva mata kamu. Selain itu dapat juga dengan membandingkan telapak tangan kamu dengan telapak tangan temanmu.

e. Pusing, terutama saat berubah posisi Perasaan ini paling banyak dirasakan saat kamu duduk kemudian berdiri.

f. Sakit kepala

g. Jantung berdebar-debar

h. Tangan terasa dingin

i. Nyeri dada

Tidak semua tanda dan gejala ini harus ada, namun bila kamu tampak pucat dan sering mengantuk di kelas padahal tidurmu terasa cukup dan nyenyak, maka sebaiknya segeralah ke dokter untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut dan terapi yang sesuai.

Sedangkan menurut Ningtyias et al., (2022) bahwa anemia menyebabkan gejala seperti kelelahan, penurunan kapasitas kerja fisik, dan sesak napas. Masyarakat umumnya mengenal gejala anemia dengan istilah 5L, yaitu lesu, lemah, letih, lelah dan lalai. Gejala 5L merupakan gejala yang umum dan tidak spesifik ditemukan pada penderita anemia. Akan tetapi, pada beberapa kasus, gejala tidak tampak jelas, intinya tergantung dari penyakit yang mendasarinya. Gejala anemia tampak jelas ketika kadar hemoglobin di bawah 7,0 g/dl. Anemia berat dapat menyebabkan gejala yang serius, seperti selaput lendir pucat (mulut, hidung, dan lain-lain), kulit dan bawah kuku pucat, pernapasan dan detak jantung cepat, pusing saat berdiri, dan lebih mudah memar.

Strategi dan layanan pencegahan primer yang penting antara lain:

a. Strategi konseling

Metode konseling dipilih untuk melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan kontrasepsi serta pedoman bagi profesional kesehatan untuk membantu individu mencapai tujuan kontrasepsi mereka. Teknik lain untuk membantu penyedia layanan dalam memperkenalkan pencegahan prakonsepsi ke dalam kunjungan layanan primer. Teknik seperti ini memungkinkan penyedia layanan dan pasien mengembangkan rencana untuk mengoptimalkan potensi kesehatan setiap klien secara keseluruhan, berkontribusi terhadap pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

b. Strategi kegagalan kontrasepsi

Pencegahan primer harus mencakup rencana untuk mencegah kegagalan metode kontrasepsi. Strategi pencegahan utama yang dapat membantu keberhasilan penggunaan metode kontrasepsi yaitu memberikan paket kontrasepsi oral dalam jumlah lebih banyak kepada pasien dikaitkan dengan tingkat kelanjutan yang lebih tinggi dan penurunan kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi. Penggunaan kontrasepsi jangka panjang yang dapat dibalik seperti kontrasepsi implan atau kontrasepsi intrauterin menggabungkan kemudahan penggunaan dan tingkat kemanjuran yang sangat tinggi untuk menciptakan tingkat kelanjutan yang lebih baik dibandingkan kontrasepsi oral. Metode-metode ini juga merupakan pilihan bagi perempuan yang mungkin mengalami kesulitan dalam menggunakan metode penghalang atau kontrasepsi oral secara konsisten. Dengan mendiskusikan rencana reproduksi pasien dan mengevaluasi metode yang tersedia, dokter mungkin akan lebih efektif dalam memberikan pencegahan primer terhadap kehamilan yang tidak diinginkan. Pencegahan primer kehamilan yang tidak diinginkan berpotensi bermanfaat sebagai metode penghematan biaya selain meningkatkan hasil perinatal.

Strategi pencegahan primer salah satunya adalah program berbasis sekolah yang disampaikan melalui platform sekolah terutama berfokus pada risiko psikososial dan faktor perlindungan yang melibatkan seksualitas (Mohamed et al., 2023). Strategi pencegahan primer ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran remaja perempuan dan laki-laki tentang kesehatan reproduksi seksual mereka dan mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan (M. Taylor et al., 2014). Memanfaatkan platform sekolah untuk melakukan intervensi membantu memastikan bahwa siswa memiliki ruang yang aman untuk belajar tentang seksualitas mereka, pencegahan kehamilan dan penularan penyakit menular seksual, dan di mana mengakses layanan

kesehatan reproduksi dan seksualitas. Selain itu, program berbasis sekolah memungkinkan remaja untuk terlibat dengan topik-topik ini dalam forum yang dapat diterima secara sosial. Penyampaian pendidikan seks melalui sekolah memastikan lebih banyak remaja yang dijangkau sebelum debut seksual mereka (Mantell et al., 2006).

Selain itu pembelajaran berbasis klinik dan komunitas (yaitu, mendirikan klub kesehatan untuk mendidik tentang kesehatan reproduksi dan seksualitas dan memfasilitasi rujukan ke klinik, klinik kesehatan keliling untuk remaja dan layanan kesehatan reproduksi dan seksualitas di pusat remaja) cenderung memasukkan unsur-unsur program pendidikan, tidak seperti intervensi berbasis sekolah, sesi-sesi ini juga dapat diberikan secara terpisah sebagai intervensi yang berdiri sendiri baik di dalam klinik maupun di luar komunitas yang lebih luas, untuk mencakup remaja putus sekolah. Intervensi ini juga meningkatkan akses terhadap layanan keluarga berencana bagi remaja, meningkatkan pengetahuan remaja tentang metode dan menghilangkan kesalahpahaman. Kegiatan yang mempromosikan kontrasepsi di masyarakat juga dapat berupaya untuk mengubah norma-norma sosial dalam masyarakat yang menghambat penggunaan metode kontrasepsi, yang juga memfasilitasi penerimaan program pendidikan seks di sekolah, penciptaan layanan ramah remaja dan promosi serta distribusi metode kontrasepsi (Ross et al., 2007)

Intervensi pembangunan remaja tidak hanya fokus pada kebutuhan kesehatan seksual dari populasi sasaran tetapi juga memenuhi kebutuhan ini dalam sebuah program yang mencoba mengatasi isu-isu lintas sektoral lainnya melalui pengembangan keterampilan dan pendampingan. Keberhasilan program-program ini bergantung pada keterlibatan berbagai pemangku kepentingan seperti sekolah, kelompok agama, masyarakat, petugas kesehatan dan remaja. Selain itu, pelaksana harus memastikan intervensi tersebut bersifat praktis, sesuai dengan budaya dan berbasis bukti (Oringanje et al., 2016).

Intervensi pencegahan kehamilan remaja yang mencakup pendidikan seks dengan pendekatan sebagai berikut:

- 1) Membangun keterampilan; Intervensi yang memberikan instruksi, praktik atau kegiatan lain yang dirancang untuk membantu kelompok sasaran membangun dan meningkatkan keterampilan mereka, misalnya guru memberikan kelas SRH atau bimbingan akademis yang lebih baik untuk remaja.

- 2) Interaktif; Intervensi didasarkan pada prinsip keterlibatan siswa, yang memerlukan keseimbangan antara suara siswa dan guru. Siswa dan guru sama-sama terlibat dalam pembelajaran.
- 3) Dipimpin oleh rekan sejawat; Intervensi yang menggunakan metode pengajaran atau fasilitasi promosi kesehatan yang meminta masyarakat untuk menyampaikan pesan kesehatan tertentu kepada anggota komunitasnya.
- 4) Menunda debut seksual; Intervensi bertujuan untuk mempengaruhi waktu atau membantu remaja dalam menunda inisiasi seksual.
- 5) Pantang; Intervensi yang secara aktif menghambat seks sebelum menikah.
- 6) Penyuluhan; Intervensi yang menggunakan terapi bicara dengan tenaga profesional terlatih untuk membantu klien mengatasi kebutuhan kesehatan seksual dan reproduksinya.
- 7) Paparan tanggung jawab orang tua; Intervensi yang memaparkan remaja pada realitas menjadi orang tua, yaitu mengasuh anak.
- 8) Pemberian informasi; Intervensi yang terfokus pada pemberian informasi saja
- 9) Durasi, frekuensi dan intensitas intervensi pencegahan kehamilan remaja

c. Strategi Penatalaksanaan Sekunder

Pencegahan sekunder ditujukan untuk mendeteksi penyakit sebelum pasien menunjukkan gejala, melibatkan tes skrining, diagnosis kehamilan dini dan konseling mengenai pilihan kehamilan, termasuk akses terhadap layanan aborsi yang aman, mencakup intervensi untuk memungkinkan deteksi dini kehamilan dan membantu penyediaan layanan sedini mungkin pada kehamilan yang tidak diinginkan, intervensi untuk menghindari terulangnya kondisi medis yang didiagnosis, perawatan juga akan diarahkan pada pencegahan terulangnya kehamilan yang tidak diinginkan. Selain pencegahan penyakit, pencegahan sekunder juga penting dalam meningkatkan kesehatan melalui konseling dan koordinasi perawatan yang memadai mengenai pilihan kehamilan yang tidak diinginkan.

Strategi dan layanan pencegahan sekunder yang penting yaitu:

- 1) Strategi deteksi kehamilan dini. Pencegahan sekunder dengan tujuan deteksi dini kehamilan yang tidak diinginkan adalah penting bagi perempuan, apa pun pilihan hasil kehamilannya. Jika seorang perempuan tidak yakin dengan keputusannya, deteksi dini kehamilan akan memberinya waktu untuk mempertimbangkan informasi penting yang diberikan selama konseling pilihan. Deteksi dini kehamilan yang tidak diinginkan dan

konseling pilihan yang menyeluruh dan cepat memberikan setiap perempuan kesempatan untuk mempertimbangkan dan memilih hasil (misalnya melanjutkan kehamilan, adopsi, atau penghentian kehamilan) yang terbaik bagi dirinya dan keluarga atau situasinya. Deteksi dini terhadap kehamilan yang tidak diinginkan memungkinkan seorang perempuan untuk menerima skrining dini yang tepat untuk mengetahui risiko atau paparan prakonsepsi atau memungkinkan seorang perempuan untuk mengakses aborsi, sebuah prosedur umum yang aman dan memiliki risiko yang lebih kecil jika dilakukan pada awal kehamilan. Faktor-faktor yang mungkin berkontribusi terhadap keterlambatan dalam melakukan upaya terminasi kehamilan adalah perempuan sering kali harus mengoordinasikan pembayaran untuk prosedur aborsi mereka, ketakutan akan prosedur aborsi, kesulitan menemukan penyedia aborsi, dan kurangnya kesadaran akan perlunya tes kehamilan (Kiley et al., 2010).

2) Meningkatkan strategi interval kehamilan berulang.

Pencegahan sekunder yang efektif terhadap kehamilan yang tidak diinginkan tidak terbatas pada diagnosis, pilihan konseling, dan koordinasi perawatan. Kesadaran akan perlunya skrining kehamilan, terlepas dari apakah hasil tesnya positif atau negatif, memberikan kesempatan kepada penyedia layanan kesehatan primer untuk memberikan edukasi guna mendiskusikan faktor risiko kehamilan yang tidak diinginkan, rencana kehidupan reproduksi, dan pilihan kontrasepsi.

d. Strategi Penatalaksanaan Tersier

Pencegahan efek samping yang berhubungan dengan kehamilan yang tidak diinginkan, misalnya pengobatan aborsi tidak lengkap; akses terhadap layanan untuk trauma psikososial; dan pelayanan antenatal dan pelayanan bersalin untuk mencegah kesakitan dan kematian ibu. Pencegahan tersier secara umum didefinisikan sebagai intervensi untuk meringankan gejala suatu penyakit klinis dan tindakan pencegahan yang bertujuan untuk mengurangi kemungkinan gejala sisa dari suatu penyakit atau penyakit (D. Taylor et al., 2010; D. Taylor & James, 2011). Ketika diterapkan pada kehamilan yang tidak diinginkan, pencegahan tersier mencakup diagnosis dan penanganan kehamilan yang tidak diinginkan di kemudian hari. Kehamilan yang tidak diinginkan dan bukan hanya terjadi pada waktu yang tidak tepat diketahui memiliki risiko lebih besar terhadap hasil perinatal yang buruk seperti depresi ibu dan penelantaran bayi. Wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan pada usia lanjut kemungkinan besar memerlukan penilaian psikososial, konseling krisis dan/atau koordinasi perawatan untuk mengatasi kehamilan yang tidak diinginkan hingga cukup

bulan. Bagi perempuan yang tidak ingin melanjutkan kehamilannya, rujukan dan pilihan mengenai terminasi kehamilan harus diberikan tepat waktu karena keterlambatan dalam mendapatkan perawatan dikaitkan dengan peningkatan risiko pada ibu.

Pencegahan tersier terhadap kehamilan yang tidak diinginkan adalah bidang di mana asuhan keperawatan dapat memberikan perbedaan penting pada hasil akhir pasien. Karena perawat mahir dalam pendidikan kesehatan, perawatan psikososial, dan koordinasi perawatan. Oleh karena itu, upaya pencegahan tersier tidak akan selesai jika seorang perempuan telah memilih hasil dari kehamilan yang tidak diinginkan. Mengoordinasikan dan memastikan perawatan dan/atau rujukan yang tepat sangatlah penting seperti kebutuhan kontrasepsi segera setelah melahirkan atau aborsi merupakan tanggung jawab spesialis kesehatan reproduksi dan penyedia layanan kesehatan primer. Pemasangan segera alat kontrasepsi intrauterin dan diskusi mengenai pilihan kontrasepsi dengan penyedia layanan pada periode pasca operasi atau pasca melahirkan meningkatkan kemungkinan seorang wanita akan memilih alat kontrasepsi yang sangat efektif dan menggunakannya dengan benar.

5. Faktor Resiko Anemia

Menurut Mirnawati (2022) bahwa tubuh berada pada resiko tinggi untuk menjadi anemia selama kehamilan jika:

- a. Mengalami dua kehamilan yang berdekatan
- b. Hamil dengan lebih dari satu anak
- c. Sering mual dan muntah
- d. Tidak mengkonsumsi cukup zat besi
- e. Hamil saat masih remaja
- f. Kehilangan banyak darah (misalnya dari cedera atau selama operasi).

6. Pengaruh Anemia terhadap Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Janin

a. Gangguan selama hamil dapat berupa:

- 1) Mengurangi rasa yang menyenangkan dalam masa kehamilan karena kelelahan
- 2) Mengurangi daya tahan ibu sehingga memungkinkan terjadinya infeksi
- 3) Perdarahan antepartum
- 4) Abortus
- 5) Hambatan tumbuh kembang janin (Ardiansyah, 2024)

b. Gangguan yang dapat terjadi selama persalinan:

- 1) Partus lama akibat kontraksi uterus yang tidak kuat karena hipoksia jaringan
- 2) Kurangnya kemampuan dan kekuatan ibu untuk menghadapi persalinan sehingga menyebabkan maternal distress, selanjutnya dapat terjadi syok

- 3) Dapat mengakibatkan atonia uteri dalam semua kala persalinan dan terjadi perdarahan postpartum
- 4) Mudah terjadi infeksi selama persalinan
- 5) Retensio plasenta (Ardiansyah, 2024)
- c. Gangguan dalam masa nifas:
 - 1) Mudah terjadi infeksi karena kondisi yang lemah dan daya tahan menurun
 - 2) Terjadinya subinvolutio uteri menyebabkan perdarahan postpartum
 - 3) Pengeluaran ASI berkurang
 - 4) Terjadinya dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan
 - 5) Anemia masa nifas (Ardiansyah, 2024).
- d. Pengaruh anemia terhadap janin:
 - 1) Abortus
 - 2) Terjadinya kematian intrauterine
 - 3) Persalinan preinaturitas tinggi
 - 4) Bayi berat lahir rendah
 - 5) Kelahiran dengan anemia
 - 6) Dapat terjadi cacat bawaan
 - 7) Bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal
 - 8) Intelektual rendah (Fajrin, 2020).
7. Pengobatan Anemia

Tablet tambah darah adalah tablet besi folat yang setiap tablet mengandung 200 mg ferro sulfat dan 0,25 mg asam folat. Wanita yang sedang hamil dan menyusui, kebutuhan zat besinya sangat tinggi sehingga perlu dipersiapkan sedini mungkin semenjak remaja. Minumlah 1 (satu) tablet tambah darah seminggu sekali dan dianjurkan minum 1 (satu) tablet setiap hari selama haid. Untuk ibu hamil, minumlah 1 (satu) tablet tambah darah paling sedikit selama 90 hari masa kehamilan dan 40 hari setelah melahirkan. Perawatan diarahkan untuk mengatasi anemia. Transfusi darah biasanya dilakukan untuk setiap anemia jika gejala yang dialami cukup parah (Fajrin, 2020).

C. Suplementasi

1. Pengertian Suplementasi Pada Ibu Hamil

Suplementasi pada ibu hamil adalah pemberian zat gizi tambahan dalam bentuk suplemen (tablet, kapsul, sirup, atau serbuk) untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang tidak tercukupi hanya dari makanan sehari-hari selama kehamilan. Tujuan utama suplementasi adalah Mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin, Menjaga kesehatan ibu hamil, Mencegah defisiensi zat gizi mikro, Menurunkan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan.

Suplemen bagi ibu hamil merupakan salah satu strategi pengobatan yang memiliki manfaat penng dalam pemenuhan gizi ibu hamil dengan gizi buruk dalam meningkatkan pertumbuhan janin. Salah satu strategi penanganan kasus stunting pada usia dini adalah dengan intervensi tambahan yang dapat berdampak pada penurunan kasus stunting.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia bahwa stunting merupakan masalah yang terjadi pada tumbuh kembang anak yang ditandai dengan gizi yang kurang, smulasi psikososial yang tidak layak dan infeksi yang berulang (Scheffler et al., 2020). Peningkatan mortalitas, morbiditas, fungsi neurokognif yang berkurang serta menurunnya kapasitas pembelajaran, produktivitas dan hasil kesehatan jangka panjang yang buruk dikaitkan dengan pertumbuhan linier yang buruk dapat mengakibatkan stunnng pada anak kurang 5 tahun (Black et al., 2013). Pada tahun 2018 prevalensi Kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil di Indonesia sekitar 17.3% berdasarkan Data dari Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018 (Guntur, Putra and Dewi, 2020). Malnutrisi merupakan penyebab esensial yang dapat terjadi serius pada kemaan ibu dan anak (Patel et al., 2018). Selama kehamilan gizi yang kurang dapat membatasi pertumbuhan pada janin, sehingga dapat menyumbang 20% stunting diusia kehidupan anak 2 tahun (Bhua et al., 2013; Black et al., 2013). Selama kehamilan satus gizi dipengaruhi pertumbuhan awal anak diusia dini (Kpewou et al., 2020). Selain itu, seap ibu hamil beresiko terjadinya kemaan, dengan demikian perlu dilakukan upaya pencegahan (Sari, Ramani and Baroya, 2018) khususnya penanganan gizi anak mulai 1.000 hari dari masa kehamilan sampai usia 2 tahun (Joarder and Joarder, 2012).

2. Pentingnya Suplementasi Pada Ibu Hamil

Selama kehamilan terjadi peningkatan kebutuhan zat gizi pada ibu hamil. Hal ini dikarenakan oleh Pertumbuhan janin dan plasenta, Peningkatan volume darah ibu dan Perubahan metabolisme tubuh ibu. Kekurangan zat gizi dapat menyebabkan terjadinya penyulit pada ibu hamil seperti anemia, berat badan lahir rendah (BBLR), Cacat tabung saraf, preeklamsia, kelahiran premature. Kekurangan zat gizi mikro pada anak-anak terus meluas dinegara-negara berpengasilan rendah dan berkembang, terlepas dari kenyataan bahwa saat ini banyak strategi efektif untuk mencegahnya (Tam et al., 2020).

Suplemen merupakan solusi jangka pendek yang efekf untuk mencegah dan mengatasi defisiensi mikronutrien pada kelompok berisiko tertentu (Bailey, West and Black, 2015). Salah satu keuntungan dari suplemen dan serbuk mikronutrien adalah porsi memenuhi kebutuhan mikronutrien harian (Tam et al., 2020). Diantaranya seper Suplemen mikronutrien dapat berupa mikronutrien Tunggal (asam folat, zat besi, yodium, vitamin D, vitamin A, seng atau vitamin B12) atau

Suplemen MMN (3 mikronutrien), asam besi- folat Suplemen, atau LNS, diberikan melalui rute apa pun dan pada frekuensi apa pun dalam bentuk tablet, kapsul, tetes, sirup, atau makanan (Tam et al., 2020).

Terdapat tiga strategi utama yang umum diterapkan untuk meningkatkan status gizi pada periode 1000 hari pertama kehidupan, yaitu promosi perubahan perilaku guna memperbaiki kualitas konsumsi pangan, fortifikasi pangan untuk meningkatkan kandungan mikronutrien pada makanan pokok, serta pemberian suplemen gizi yang secara khusus ditujukan bagi kelompok rentan (Ruel et al., 2013; Bailey, West, dan Black, 2015). Pendekatan yang bersifat komprehensif melalui pemberian suplemen selama masa kehamilan, menyusui, dan anak usia dini terbukti berkontribusi terhadap peningkatan pertumbuhan linear anak, serta memberikan dampak jangka panjang terhadap perkembangan kognitif dan tinggi badan saat dewasa (Adu-Afarwuah et al., 2016). Namun demikian, sejak laporan Institut Nutrisi Amerika Tengah, hanya sedikit upaya yang dilakukan untuk mengevaluasi dampak pemberian suplemen gizi selama 1000 hari pertama kehidupan (Ramirez-Zea, Melgar, dan Rivera, 2010).

3. Jenis Suplementasi Yang Dianjurkan Untuk Ibu Hamil

a. Zat Besi (Fe) kombinasi MMS (Multimikronutrient)

Fungsi:

- 1) Pembentukan hemoglobin
- 2) Mencegah anemia
- 3) Mendukung pertumbuhan janin

(MMS) untuk ibu hamil di Indonesia adalah 1 tablet per hari. Suplemen ini dikonsumsi secara rutin selama 6 bulan masa kehamilan (minimal 180 hari) untuk mencegah anemia dan stunting.

Diberikan MMs pada ibu hamil (K1) sebanyak 180 tablet dengan dosis 1x1/hari, jika telah habis dan kehamilan masih berlanjut dapat di berikan tablet Fe 1x1.

b. Asam Folat

Fungsi:

- 1) Mencegah cacat tabung saraf (spina bifida, anensefali)
- 2) Pembentukan sel darah merah

Dosis: 400–600 µg per hari

Waktu Pemberian: Idealnya sejak sebelum hamil sampai trimester I

c. Kalsium

Fungsi:

- 1) Pembentukan tulang dan gigi janin
- 2) Mencegah preeklamsia
- 3) Menjaga kepadatan tulang ibu

Dosis: 1.000–1.500 mg per hari

Catatan: Jangan diminum bersamaan dengan zat besi (beri jeda 2–3 jam)

d. Yodium

Fungsi:

- 1) Pembentukan hormon tiroid
- 2) Perkembangan otak dan sistem saraf janin

Dosis: 220 µg per hari Sumber utama: Garam beryodium dan suplemen tambahan bila diperlukan

e. Vitamin D

Fungsi:

- 1) Penyerapan kalsium
- 2) Imunitas ibu dan janin

Dosis: 600–1.000 IU per hari

f. Zinc (seng)

Fungsi:

- 1) Pertumbuhan sel
- 2) Sistem imun
- 3) Proses persalinan normal

Dosis: 11–12 mg per hari

g. Vitamin A

Fungsi:

- 1) Penglihatan
- 2) Sistem imun

Catatan Penting: Tidak boleh berlebihan karena bersifat teratogenik

Dosis aman: Maksimal 800 µg RE per hari

h. Multivitamin Kehamilan

Berisi kombinasi:

- 1) Fe
- 2) Asam folat
- 3) Vitamin B kompleks
- 4) Vitamin C, D
- 5) Zinc dan mineral lain

Digunakan bila ibu memiliki risiko kekurangan gizi.

4. Cara Penggunaan Suplementasi Pada Ibu Hamil

- a. Minum suplemen sesuai dosis yang dianjurkan
- b. Konsumsi secara rutin dan berkelanjutan
- c. Minum zat besi:
 - 1) Saat perut kosong atau sebelum tidur

2) Dengan air putih atau vitamin C

d. Hindari minum zat besi bersama: Teh, kopi, susu

e. Simpan suplemen di tempat sejuk dan kering

5. Jenis Suplemen Tambahan (Sesuai Indikasi)

Suplemen	Diberikan Bila
Kalsium	Asupan rendah kalsium, risiko preeklamsia
Vitamin D	Kurang paparan sinar matahari
Yodium	Daerah defisiensi yodium
Zinc	Risiko persalinan prematur
Multivitamin kehamilan	Status gizi kurang / KEK

6. Efek Samping Dan Penanganannya

Suplemen	Efek Samping	Cara Mengatasi
Zat Besi	Mual, konstipasi, feses hitam	Minum sebelum tidur, perbanyak serat
Kalsium	Kembung	Minum setelah makan
Multivitamin	Mual ringan	Minum malam hari

D. Edukasi Kesehatan Pada Ibu Hamil

1. Pengertian Edukasi

Edukasi kesehatan adalah proses pemberian informasi dan pembelajaran yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku individu agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya secara mandiri. Dalam kebidanan, edukasi merupakan komponen utama pelayanan promotif dan preventif. Notoatmodjo, S. (2018).

2. Tujuan Edukasi Kesehatan

Meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayi melalui perubahan perilaku yang sehat selama kehamilan.

Untuk ibu Hamil :

- Memahami perubahan fisik dan psikologis kehamilan
- Menjaga pola makan dan gizi seimbang
- Mematuhi pemeriksaan kehamilan (ANC)
- Mengonsumsi suplemen dengan benar
- Mengenali tanda bahaya kehamilan
- Menyiapkan persalinan dan nifas
- Menjaga kesehatan mental selama kehamilan

3. Metode Edukasi Kesehatan

Metode edukasi dapat dilakukan melalui penyuluhan, konseling individual, diskusi kelompok, dan media edukatif seperti leaflet atau audiovisual. Pemilihan metode harus disesuaikan dengan karakteristik sasaran agar pesan kesehatan dapat diterima secara optimal. Maulana, H. D. J. (2017).

4. Prinsip Edukasi Kesehatan Pada Ibu Hamil

Edukasi harus memenuhi prinsip:

- a. Sesuai kebutuhan ibu hamil
- b. Menggunakan bahasa sederhana dan mudah dipahami
- c. Dilakukan berulang dan berkesinambungan
- d. Bersifat partisipatif (dua arah)
- e. Menghormati budaya dan kepercayaan setempat

E. Edukasi Penting pada masa kehamilan

1. Edukasi Tentang Kehamilan Normal

Materi:

- a. Pengertian kehamilan
- b. Lama kehamilan ($\pm$ 40 minggu)
- c. Perubahan fisik:
 - 1) Mual muntah
 - 2) Pembesaran payudara
 - 3) Perubahan berat badan
- d. Perubahan psikologis:
 - 1) Cemas
 - 2) Mudah lelah
 - 3) Perubahan emosi

Pesan Edukasi:

Perubahan selama kehamilan adalah normal, namun harus dipantau secara rutin.

2. Edukasi Pemeriksaan Kehamilan (ANC)

Materi:

- a. Tujuan ANC
- b. Jadwal kunjungan minimal 6 kali:
 - 1) Trimester I: 1 kali
 - 2) Trimester II: 2 kali
 - 3) Trimester III: 3 kali

Manfaat ANC:

- a. Deteksi dini risiko kehamilan

- b. Pemantauan pertumbuhan janin
 - c. Edukasi kesehatan berkelanjutan
3. Edukasi Gizi dan Pola Makan Ibu Hamil
- Materi:
- a. Kebutuhan gizi meningkat selama kehamilan
 - b. Prinsip gizi seimbang:
 - 1) Karbohidrat
 - 2) Protein
 - 3) Lemak sehat
 - 4) Vitamin dan mineral
 - 5) Makanan yang dianjurkan dan dibatasi
- Pesan Edukasi:
- Ibu hamil perlu makan lebih berkualitas, bukan sekadar makan lebih banyak.
4. Edukasi Suplementasi Ibu Hamil
- Materi:
- a. Jenis suplemen (TTD, kalsium, vitamin)
 - b. Cara minum yang benar
 - c. Efek samping yang normal
 - d. Pentingnya kepatuhan minum suplemen
5. Edukasi Kebersihan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
- Materi:
- a. Cuci tangan rutin menggunakan sabun dan air yang di alirkan/air mengalir
 - b. Kebersihan diri dan lingkungan
 - c. Sanitasi yang baik
 - d. Pencegahan infeksi
6. Edukasi Aktivitas Fisik dan Istirahat
- Materi:
- a. Aktivitas fisik ringan (jalan kaki, senam hamil, yoga hamil)
 - b. Istirahat cukup (8–9 jam per hari)
 - c. Posisi tidur yang dianjurkan miring kiri
7. Edukasi Kesehatan Mental Ibu Hamil
- Materi:
- a. Perubahan emosi selama kehamilan
 - b. Manajemen stres
 - c. Dukungan keluarga dan suami
- Pesan Edukasi:
- Kesehatan mental ibu sama pentingnya dengan kesehatan fisik.

8. Edukasi Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda Bahaya:

- a. Perdarahan
- b. Nyeri perut hebat
- c. Sakit kepala berat
- d. Bengkak berlebihan
- e. Gerak janin berkurang
- f. Demam tinggi

Pesan Edukasi:

Bila muncul tanda bahaya, segera ke fasilitas kesehatan.

9. Edukasi Persiapan Persalinan dan Nifas

Materi:

- a. Tanda persalinan
- b. Perencanaan tempat bersalin
- c. Pendamping persalinan
- d. Persiapan biaya dan transportasi
- e. ASI dan perawatan nifas

F. Tinjauan Kasus

1. Anemia Ringan akibat Kepatuhan Minum Tablet MMs Rendah

Ny. A, 24 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 24 minggu. Hb: 10,5 g/dL. Keluhan: mudah lelah dan pusing. Riwayat: mendapat TTD dari puskesmas, namun hanya diminum 2–3 kali/minggu karena mual.

Masalah

- a. Anemia ringan kehamilan
- b. Kepatuhan konsumsi tablet MMS rendah

Usaha Preventif

Edukasi tentang:

- a. Fungsi zat besi bagi ibu dan janin
- b. Dampak anemia terhadap persalinan dan bayi

Edukasi cara minum MMs yang benar:

- a. Diminum malam hari sebelum tidur
- b. Tidak bersamaan dengan teh/kopi/susu

Konseling keluarga agar suami mendukung kepatuhan ibu

Usaha Kuratif

- a. Pemberian ulang MMs:
1×1 tablet/hari
 - b. Anjuran konsumsi makanan tinggi zat besi:
Hati ayam, daging merah, telur
 - c. Evaluasi Hb ulang setelah 4 minggu
2. Anemia Sedang akibat Asupan Gizi Tidak Adekuat
- Ny. B, 30 tahun, G2P1A0, usia kehamilan 28 minggu. Hb: 9,2 g/dL. Pola makan: jarang konsumsi protein hewani, sering mual, porsi makan sedikit.
- Masalah
- a. Anemia sedang
 - b. Kekurangan asupan zat besi dan protein

Usaha Preventif

- a. Edukasi gizi seimbang ibu hamil
 - b. Penyusunan menu sederhana:
 - 1) Sumber Fe hewani & nabati
 - 2) Kombinasi dengan vitamin C
3. Edukasi pentingnya makan sedikit tapi sering

Usaha Kuratif

- a. Terapi Fe oral:
Fe 60 mg 2×1 tablet/hari
 - b. Asam folat tetap dilanjutkan
 - c. Pemantauan efek samping dan kepatuhan
 - d. Pemeriksaan Hb ulang setelah 2–4 minggu
4. Anemia Berat akibat Tidak Pernah ANC Teratur

Gambaran Kasus

Ny. C, 35 tahun, G4P3A0, usia kehamilan 32 minggu. Hb: **7,8 g/dL**. Riwayat: jarang ANC, tidak pernah minum TTD.

Masalah

- a. Anemia berat kehamilan
- b. Risiko tinggi perdarahan persalinan
- c. Kurangnya akses dan pemanfaatan layanan kesehatan

Usaha Preventif

- a. Edukasi pentingnya ANC teratur
- b. Pendekatan keluarga dan kader kesehatan
- c. Perencanaan persalinan di fasilitas rujukan

Usaha Kuratif

- a. Rujukan ke rumah sakit
 - b. Terapi:
 - MMs kombinasi Fe mengikuti anjuran hasil pemeriksaan
 - c. Pemantauan ketat Hb dan kondisi ibu
 - d. Persiapan persalinan dengan risiko tinggi
5. Anemia akibat Infeksi Cacing (Helminthiasis)

Ny. D, 22 tahun, G1P0A0, usia kehamilan 20 minggu. Hb: 9,8 g/dL. Keluhan: lemas, nafsu makan menurun. Lingkungan: sanitasi buruk, sering tidak memakai alas kaki.

Masalah

- a. Anemia akibat infeksi cacing
- b. Faktor lingkungan dan higiene buruk

Usaha Preventif

- a. Edukasi PHBS:
 - 1) Cuci tangan
 - 2) Gunakan alas kaki
- b. Edukasi sanitasi lingkungan
- c. Pencegahan infeksi berulang

Usaha Kuratif

- a. Pemberian obat cacing (sesuai usia kehamilan & kebijakan nasional)
 - b. Terapi Fe oral
 - c. Edukasi nutrisi pasca pengobatan
 - d. Evaluasi Hb ulang
6. Anemia Kehamilan Berulang Pada ibu dengan Multipara
- Ny. E, 38 tahun, G5P4A0, usia kehamilan 26 minggu. Hb: 9,5 g/dL. Riwayat anemia pada kehamilan sebelumnya.

Masalah

- a. Anemia berulang
- b. Cadangan zat besi tubuh rendah
- c. Jarak kehamilan dekat

Usaha Preventif

- a. Edukasi perencanaan kehamilan
- b. Konseling KB pascapersalinan
- c. Suplementasi Fe berkelanjutan bahkan pasca nifas

Usaha Kuratif

- a. Terapi Fe oral intensif
- b. Pemantauan ketat Hb
- c. Penilaian faktor penyebab lain (infeksi, perdarahan)

G. Referensi

- Aslam, R. W., Hendry, M., Booth, A., Carter, B., Charles, J. M., Craine, N., Edwards, R. · World Health Organization. (2025). *Anaemia in women and children: Global estimates 2025* (Global Health Observatory). Retrieved from https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children
- ACOG Practice Bulletin No. 233 (Aug 2021) – batas anemia per trimester, skrining, ferritin, opsi parenteral iron.
- Biswas, A. (2018). Role of vitamin A supplementation in management of iron deficiency anemia in children. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 5(4), 1477. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20181220>
- Budi Ermanto & Bayu Laksamana Jati. (2025). *Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil melalui Edukasi Nutrisi dan Suplementasi Tepat Guna*. Jurnal Pengabdian Masyarakat dan Riset Pendidikan, .
- Biswas, A. (2018). Role of vitamin A supplementation in management of iron deficiency anemia in children. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 5(4), 1477. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20181220>
- Darmawati, D., Siregar, T. N., Kamil, H., & Tahlil, T. (2020). Barriers to Health Workers in Iron Deficiency Anemia Prevention among Indonesian Pregnant Women. *Anemia*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/8597174>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Jakarta: Kemenkes RI.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Buku Saku Pencegahan Anemia pada Ibu Hamil dan Remaja*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI (Ayosehat – Stunting) (halaman program TTD) – TTD ibu hamil 1 tablet/hari minimal 90 tablet selama kehamilan.
- Kemenkes RI – Keslan (2023) – edukasi cara minum suplemen besi/TTD dan hal yang perlu dihindari (teh/kopi, dll.).
- NHS SPS (Last updated 27 Nov 2024) – tata laksana defisiensi vitamin B12 saat hamil (oral/IM, monitoring).
- Serli Haitul Hasanah & April Liayana. (2025). *Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil: Studi Literatur*. Berkala Ilmiah Mahasiswa Gizi Indonesia, 11(2).
- Siekmans, K., Roche, M., Kung'u, J. K., Desrochers, R. E., & De-Regil, L. M. (2018). Barriers and enablers for iron folic acid (IFA) supplementation in pregnant women. *Maternal and Child Nutrition*, 14. <https://doi.org/10.1111/mcn.12532>
- SKI. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023*.
- Skolmowska, D., Głabska, D., Kołota, A., & Guzek, D. (2022). Effectiveness of Dietary Interventions to Treat Iron-Deficiency Anemia in Women: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. In *Nutrients* (Vol. 14, Issue 13). MDPI. <https://doi.org/10.3390/nu14132724>
- Sungkar, A., Bardosono, S., Irwinda, R., Manikam, N. R. M., Sekartini, R., Medise, B. E., Nasar, S. S., Helmyati, S., Ariani, A. S., Nurihsan, J., Nurjasmi, E., Khoe, L. C., Dilantika, C., Basrowi, R. W., & Vandenplas, Y. (2022). A Life Course Approach to the Prevention of Iron Deficiency Anemia in Indonesia. *Nutrients*, 14(2). <https://doi.org/10.3390/nu14020277>
- Suryanarayana, R., Chandrappa, M., Santhuram, A., Prathima, S., & Sheela, S. (2017). Prospective study on prevalence of anemia of pregnant women and its outcome: A community based study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(4), 739. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_33_17
- Syarif, A. L., Ansariadi, A., Wahiduddin, W., Wijaya, E., Amiruddin, R., Citrakesumasari, C., & Ishak, H. (2023). Awareness and practices in preventing maternal iron deficiency among pregnant women living in urban slum areas in Makassar City, Indonesia. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_551_23
- WHO. Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience, 2016.
- WNHS/KEMH (Australia) Clinical Guideline (review Jun 2023) – algoritme tata laksana anemia/defisiensi besi, dosis besi oral, monitoring 2–4 minggu, anemia berat <70 g/L.

WNHS/KEMH Adult Medication Guideline: Folic Acid (Last reviewed 19/08/2024) – terapi defisiensi folat 5 mg/hari ≥ 4 bulan & rekomendasi pencegahan pada kelompok risiko.

World Health Organization. (2025). *Anaemia fact sheet*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>

Zavala, E., Rhodes, M., & Christian, P. (2022). Pregnancy Interventions to Improve Birth Outcomes: What Are the Effects on Maternal Outcomes? A Scoping Review. In *International Journal of Public Health* (Vol. 67). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604620>

H. Glosarium

WHO	: Word Healt Organisation
Unicef	: United Nations Childres Fund
BBLR	: Berat badan lahir rendah
AKI	: Angka kematian ibu
AKB	: Angka kematian bayi
MCV	: Mean Corpuscular volume
ACOG	: American college obstetri and gynecology
Hb	: Hemoglobin
MMS	: Multimikronutrient

CHAPTER 7

KASUS REMAJA DENGAN MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI UMUM (*DISMENORHE, ANEMIA*)

Dr. Nurdiana Lante, S.ST., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Masa remaja merupakan periode transisi penting dalam siklus kehidupan perempuan yang ditandai dengan perubahan fisik, hormonal, psikologis, dan sosial. Pada fase ini, organ reproduksi mulai berfungsi secara matang, yang ditandai dengan terjadinya menstruasi. Perubahan tersebut menjadikan remaja, khususnya remaja putri, rentan mengalami berbagai masalah kesehatan reproduksi apabila tidak didukung oleh pengetahuan dan perilaku kesehatan yang memadai (WHO, 2018; Kemenkes RI, 2020). Masalah kesehatan reproduksi pada remaja sering kali bersifat umum, berulang, dan dianggap wajar oleh remaja maupun lingkungannya. Dismenore dan anemia merupakan dua kondisi yang paling sering ditemukan pada remaja putri. Dismenore dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, menurunkan konsentrasi belajar, serta memengaruhi kualitas hidup remaja. Sementara itu, anemia pada remaja putri berkaitan erat dengan pola menstruasi, asupan gizi yang tidak seimbang, serta kebiasaan hidup yang kurang sehat (Hillard, 2014; Proverawati & Asfuah, 2019).

Bidan memiliki peran strategis dalam memberikan asuhan kebidanan pada remaja, tidak hanya dalam aspek kuratif, tetapi juga promotif dan preventif. Pendekatan asuhan kebidanan pada remaja menuntut kemampuan komunikasi yang efektif, empatik, dan sesuai dengan karakteristik perkembangan remaja. Selain itu, prinsip kerahasiaan, rasa aman, dan sikap tidak menghakimi menjadi landasan penting dalam pelayanan kebidanan pada kelompok usia ini (Varney, Kriebs, & Gegor, 2015; Kemenkes RI, 2021). Pemberian asuhan kebidanan berbasis kasus sederhana menjadi salah satu metode pembelajaran yang efektif bagi mahasiswa kebidanan. Melalui pendekatan ini, mahasiswa tidak hanya memahami konsep teoritis, tetapi juga mampu mengaplikasikan proses berpikir kebidanan secara sistematis dalam menghadapi permasalahan nyata yang sering ditemui di lapangan. Pembelajaran berbasis kasus terbukti dapat meningkatkan kemampuan analisis, pengambilan keputusan, dan kesiapan mahasiswa dalam praktik klinik (Billings & Halstead, 2016).

Bab ini disusun untuk membantu mahasiswa memahami konsep dasar kesehatan reproduksi remaja serta mampu memberikan asuhan kebidanan yang tepat melalui contoh-contoh kasus sederhana. Dengan mempelajari bab ini, diharapkan mahasiswa dapat mengembangkan keterampilan pengkajian, analisis masalah, penatalaksanaan, serta evaluasi asuhan kebidanan pada remaja secara holistik, berkesinambungan, dan berorientasi pada kebutuhan klien (ICM, 2019; Kemenkes RI, 2020).

B. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi remaja merupakan bagian integral dari kesehatan secara menyeluruh yang mencakup aspek fisik, mental, dan sosial, bukan sekadar bebas dari penyakit atau gangguan fungsi organ reproduksi. Organisasi Kesehatan Dunia mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai kondisi sejahtera secara fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi sepanjang daur kehidupan, termasuk pada masa remaja (WHO, 2018).

Remaja adalah individu yang berada pada rentang usia 10–19 tahun, yang ditandai dengan terjadinya percepatan pertumbuhan dan perkembangan, baik secara biologis maupun psikososial. Pada remaja putri, perubahan biologis yang paling menonjol adalah terjadinya menarke sebagai tanda dimulainya fungsi reproduksi. Proses ini dipengaruhi oleh perubahan hormonal yang kompleks dan sering kali diiringi dengan berbagai keluhan fisik maupun emosional (Hockenberry & Wilson, 2019; Kemenkes RI, 2020).

Perubahan hormonal pada remaja putri menyebabkan terjadinya siklus menstruasi yang pada awalnya belum teratur. Kondisi ini merupakan hal fisiologis, namun dapat menjadi masalah apabila disertai keluhan seperti nyeri haid berlebihan, perdarahan yang banyak, atau gejala anemia. Kurangnya pemahaman remaja tentang menstruasi normal sering kali menyebabkan keterlambatan dalam mencari pertolongan kesehatan, sehingga masalah yang seharusnya dapat dicegah menjadi lebih berat (Hillard, 2014; Proverawati & Asfuah, 2019).

Selain perubahan fisik, remaja juga mengalami perkembangan psikologis yang ditandai dengan pencarian jati diri, keinginan untuk mandiri, serta peningkatan sensitivitas terhadap lingkungan sosial. Kondisi psikologis ini berpengaruh terhadap perilaku kesehatan remaja, termasuk dalam menjaga kebersihan diri, pola makan, serta kepatuhan terhadap anjuran kesehatan. Oleh karena itu, pendekatan kesehatan reproduksi remaja perlu mempertimbangkan aspek psikososial secara menyeluruh (Santrock, 2018).

Asuhan kebidanan pada remaja harus didasarkan pada prinsip pelayanan ramah remaja (*youth friendly services*), yaitu pelayanan yang mudah diakses, aman,

menghargai privasi, serta memberikan informasi yang akurat dan sesuai dengan kebutuhan remaja. Bidan diharapkan mampu menjadi sumber informasi terpercaya bagi remaja dalam memahami perubahan tubuh dan menjaga kesehatan reproduksinya (WHO, 2017; ICM, 2019).

Pemahaman konsep dasar kesehatan reproduksi remaja menjadi landasan penting bagi mahasiswa kebidanan dalam memberikan asuhan yang tepat. Dengan memahami karakteristik perkembangan remaja, perubahan fisiologis dan psikologis, serta prinsip pelayanan kebidanan ramah remaja, mahasiswa diharapkan mampu melakukan pengkajian dan intervensi kebidanan secara komprehensif, preventif, dan edukatif (Varney et al., 2015; Kemenkes RI, 2021).

1. Dismenore pada Remaja

a. Pengertian Dismenore

Dismenore merupakan keluhan nyeri yang terjadi sebelum atau selama menstruasi dan sering dialami oleh remaja putri sejak beberapa tahun pertama setelah menarke. Nyeri dismenore biasanya dirasakan pada perut bagian bawah, dapat menjalar ke pinggang dan paha, serta sering disertai gejala lain seperti mual, muntah, sakit kepala, lemas, dan gangguan emosi. Kondisi ini dapat bersifat ringan hingga berat dan berdampak signifikan terhadap aktivitas sehari-hari remaja (Hillard, 2014; Proverawati & Asfuah, 2019).

Secara klinis, dismenore bukan hanya keluhan fisik semata, tetapi merupakan manifestasi dari perubahan fisiologis dan hormonal yang terjadi selama siklus menstruasi. Pada remaja, dismenore sering dianggap sebagai kondisi yang "normal", sehingga banyak remaja tidak mencari pertolongan kesehatan meskipun keluhan yang dialami cukup berat. Persepsi ini menyebabkan dismenore sering tidak tertangani secara optimal (WHO, 2018).

b. Klasifikasi Dismenore

Dismenore diklasifikasikan menjadi dua jenis utama, yaitu dismenore primer dan dismenore sekunder. Pemahaman klasifikasi ini penting bagi mahasiswa kebidanan agar dapat menentukan pendekatan asuhan yang tepat.

Dismenore primer adalah nyeri haid yang tidak disertai kelainan patologis pada organ reproduksi. Jenis ini paling sering ditemukan pada remaja dan wanita muda. Dismenore primer biasanya mulai muncul 6–12 bulan setelah menarke, seiring dengan mulai terjadinya ovulasi secara teratur (Hillard, 2014).

Dismenore sekunder adalah nyeri haid yang disebabkan oleh kelainan organik pada sistem reproduksi, seperti endometriosis, infeksi panggul, atau kelainan anatomi rahim. Dismenore sekunder lebih jarang terjadi pada remaja, namun tetap perlu diwaspadai apabila nyeri semakin berat, tidak responsif terhadap

terapi sederhana, atau disertai gejala lain yang tidak normal (Varney et al., 2015).

c. Patofisiologi Dismenore pada Remaja

Secara fisiologis, dismenore primer terjadi akibat peningkatan produksi prostaglandin di endometrium selama fase luteal siklus menstruasi. Prostaglandin menyebabkan kontraksi otot uterus yang kuat dan vasokonstriksi pembuluh darah uterus, sehingga menimbulkan nyeri dan iskemia jaringan. Pada remaja, kadar prostaglandin cenderung lebih tinggi, sehingga nyeri haid sering dirasakan lebih intens (Guyton & Hall, 2021).

Selain faktor hormonal, ambang nyeri individu, kondisi psikologis, serta tingkat stres juga berperan dalam memperberat keluhan dismenore. Remaja dengan kecemasan tinggi, kelelahan, atau tekanan akademik cenderung melaporkan nyeri haid yang lebih berat dibandingkan remaja dengan kondisi psikologis yang stabil (Santrock, 2018).

d. Faktor Risiko Dismenore pada Remaja

Beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan terjadinya dismenore pada remaja antara lain usia menarke yang terlalu dini, siklus menstruasi yang tidak teratur, durasi menstruasi yang panjang, serta volume perdarahan yang banyak. Selain itu, gaya hidup seperti kurang aktivitas fisik, pola tidur yang tidak teratur, dan konsumsi makanan tinggi lemak juga berkontribusi terhadap meningkatnya kejadian dismenore (Proverawati & Asfuah, 2019).

Faktor gizi turut berperan dalam terjadinya dismenore. Remaja dengan status gizi kurang maupun obesitas memiliki risiko lebih tinggi mengalami nyeri haid. Kekurangan zat besi, magnesium, dan vitamin B kompleks dilaporkan berhubungan dengan peningkatan intensitas nyeri menstruasi (Kemenkes RI, 2020).

e. Gambaran Epidemiologi Dismenore pada Remaja

Dismenore merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi yang paling sering dialami oleh remaja putri di seluruh dunia. WHO melaporkan bahwa lebih dari 50% remaja putri mengalami dismenore, dengan sekitar 10–20% di antaranya mengalami nyeri berat yang mengganggu aktivitas sehari-hari (WHO, 2018).

Di Indonesia, prevalensi dismenore pada remaja putri dilaporkan cukup tinggi, dengan angka berkisar antara 55–75%. Banyak remaja melaporkan absen sekolah atau penurunan konsentrasi belajar akibat nyeri haid yang dialami. Kondisi ini menunjukkan bahwa dismenore bukan hanya masalah kesehatan, tetapi juga berdampak pada aspek pendidikan dan kualitas hidup remaja (Kemenkes RI, 2020).

f. Dampak Dismenore terhadap Kehidupan Remaja

Dismenore yang tidak tertangani dengan baik dapat menyebabkan gangguan aktivitas belajar, penurunan prestasi akademik, serta absensi sekolah. Selain itu, nyeri yang berulang setiap bulan dapat menimbulkan kecemasan anticipatory, yaitu rasa takut menghadapi menstruasi berikutnya (Hillard, 2014).

Dari sisi psikososial, remaja dengan dismenore berat cenderung mengalami perubahan mood, mudah marah, dan menarik diri dari lingkungan sosial. Apabila kondisi ini berlangsung lama, dapat memengaruhi kesejahteraan mental remaja dan kualitas hidup secara keseluruhan (Santrock, 2018).

g. Peran Bidan dalam Penanganan Dismenore pada Remaja

Bidan memiliki peran penting dalam membantu remaja memahami bahwa dismenore dapat dikelola dengan pendekatan yang tepat. Peran ini mencakup edukasi tentang menstruasi normal, identifikasi tanda bahaya, serta pemberian intervensi non-farmakologis yang aman dan mudah diterapkan oleh remaja (ICM, 2019).

Selain itu, bidan juga berperan dalam memberikan konseling gaya hidup sehat, seperti anjuran olahraga ringan, pengaturan pola makan, manajemen stres, dan istirahat yang cukup. Pendekatan promotif dan preventif ini diharapkan dapat mengurangi intensitas nyeri serta meningkatkan kemampuan remaja dalam mengelola keluhan menstruasinya secara mandiri (Varney et al., 2015).

2. Anemia pada Remaja

a. Pengertian Anemia pada Remaja

Anemia merupakan kondisi ketika kadar hemoglobin dalam darah berada di bawah nilai normal sesuai usia dan jenis kelamin, sehingga kemampuan darah dalam mengangkut oksigen ke seluruh jaringan tubuh menjadi berkurang. Pada remaja putri, anemia umumnya didefinisikan sebagai kadar hemoglobin kurang dari 12 g/dL. Anemia pada masa remaja merupakan masalah kesehatan masyarakat yang masih banyak ditemukan, terutama di negara berkembang (WHO, 2017). Pada remaja putri, anemia memiliki keterkaitan yang erat dengan kesehatan reproduksi, karena mulai terjadinya menstruasi meningkatkan kebutuhan zat besi. Apabila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi melalui asupan makanan yang adekuat, maka risiko terjadinya anemia akan semakin tinggi (Kemenkes RI, 2020).

b. Jenis Anemia yang Sering Terjadi pada Remaja

Jenis anemia yang paling sering dialami oleh remaja adalah anemia defisiensi besi. Kondisi ini terjadi akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan zat besi yang meningkat dengan asupan zat besi yang tidak mencukupi. Selain itu, anemia defisiensi besi juga dapat dipengaruhi oleh penyerapan zat besi yang

kurang optimal serta kehilangan darah yang berlebihan saat menstruasi (Proverawati & Asfuah, 2019).

Jenis anemia lain yang lebih jarang ditemukan pada remaja meliputi anemia akibat kekurangan asam folat, vitamin B12, serta anemia akibat penyakit kronis. Meskipun demikian, dalam praktik kebidanan sehari-hari, fokus utama asuhan kebidanan pada remaja adalah pencegahan dan penanganan anemia defisiensi besi (Varney et al., 2015).

c. Faktor Risiko Anemia pada Remaja Putri

Remaja putri memiliki risiko lebih tinggi mengalami anemia dibandingkan remaja laki-laki. Faktor risiko utama meliputi menstruasi setiap bulan, pola makan yang tidak seimbang, kebiasaan diet ketat untuk menjaga bentuk tubuh, serta rendahnya konsumsi makanan sumber zat besi hewani. Selain itu, kebiasaan mengonsumsi teh atau kopi setelah makan dapat menghambat penyerapan zat besi (Kemenkes RI, 2020).

Faktor sosial dan perilaku juga berperan penting, seperti kurangnya pengetahuan tentang gizi, rendahnya kepatuhan konsumsi tablet tambah darah, serta pengaruh lingkungan dan budaya dalam pemilihan makanan. Kondisi ini menunjukkan bahwa anemia pada remaja tidak hanya bersifat biologis, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor psikososial (WHO, 2018).

d. Dampak Anemia terhadap Kesehatan Remaja

Anemia pada remaja dapat menimbulkan berbagai dampak negatif, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Dalam jangka pendek, anemia dapat menyebabkan mudah lelah, pusing, menurunnya konsentrasi belajar, dan penurunan prestasi akademik. Remaja dengan anemia sering kali tampak kurang berenergi dan mengalami gangguan aktivitas sehari-hari (Hockenberry & Wilson, 2019).

Dalam jangka panjang, anemia pada remaja putri dapat berdampak pada kesehatan reproduksi di masa dewasa, termasuk meningkatkan risiko komplikasi kehamilan seperti anemia pada kehamilan, persalinan prematur, dan bayi berat lahir rendah. Oleh karena itu, pencegahan anemia sejak masa remaja merupakan investasi penting bagi kesehatan ibu dan anak di masa depan (WHO, 2017).

e. Peran Bidan dalam Pencegahan dan Penanganan Anemia Remaja

Bidan memiliki peran strategis dalam upaya pencegahan dan penanganan anemia pada remaja melalui pendekatan promotif dan preventif. Peran tersebut meliputi edukasi gizi seimbang, anjuran konsumsi makanan kaya zat besi, serta pendampingan dalam program pemberian tablet tambah darah (TTD) pada remaja putri (Kemenkes RI, 2021). Selain itu, bidan juga berperan

dalam memantau kepatuhan konsumsi TTD, memberikan konseling mengenai efek samping yang mungkin muncul, serta membangun motivasi remaja agar memahami pentingnya menjaga status gizi dan kesehatan reproduksinya sejak dini (ICM, 2019).

C. Pendekatan Asuhan Kebidanan pada Remaja

Pendekatan asuhan kebidanan pada remaja memerlukan strategi yang berbeda dibandingkan dengan kelompok usia dewasa. Remaja berada pada fase perkembangan yang ditandai dengan perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang kompleks. Kondisi ini menuntut bidan untuk memberikan asuhan yang tidak hanya berorientasi pada aspek klinis, tetapi juga mempertimbangkan karakteristik perkembangan remaja, nilai-nilai yang dianut, serta lingkungan sosial tempat remaja berada. Pendekatan yang tepat akan meningkatkan kepercayaan remaja terhadap tenaga kesehatan dan mendorong keterlibatan aktif remaja dalam menjaga kesehatan reproduksinya (WHO, 2017).

1. Prinsip Komunikasi Efektif dan Empatik pada Remaja

Komunikasi merupakan komponen utama dalam pelayanan kebidanan pada remaja. Komunikasi yang efektif dan empatik dapat membantu remaja merasa aman, dihargai, dan didengar, sehingga lebih terbuka dalam menyampaikan keluhan dan masalah yang dialaminya. Bidan perlu menggunakan bahasa yang sederhana, jelas, dan sesuai dengan tingkat pemahaman remaja, serta menghindari istilah medis yang sulit dipahami tanpa penjelasan yang memadai (ICM, 2019).

Selain itu, sikap empati, tidak menghakimi, dan menghormati pandangan remaja sangat penting dalam membangun hubungan terapeutik. Remaja sering kali merasa malu atau takut disalahkan ketika membicarakan masalah kesehatan reproduksi. Oleh karena itu, bidan perlu menunjukkan sikap terbuka, mendengarkan secara aktif, serta memberikan kesempatan kepada remaja untuk bertanya dan mengungkapkan kekhawatirannya tanpa tekanan (Santrock, 2018).

2. Etika dan Kerahasiaan dalam Pelayanan Kebidanan Remaja

Etika dan kerahasiaan merupakan prinsip fundamental dalam pelayanan kebidanan, terutama pada kelompok remaja. Remaja memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermartabat, dan menjaga privasi. Jaminan kerahasiaan informasi kesehatan akan meningkatkan kepercayaan remaja terhadap bidan dan mendorong mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan secara lebih terbuka (WHO, 2017).

Bidan perlu menjelaskan kepada remaja mengenai batasan kerahasiaan sejak awal pelayanan, termasuk kondisi tertentu yang mengharuskan adanya

keterlibatan orang tua atau pihak lain demi keselamatan klien. Pendekatan ini membantu remaja memahami hak dan kewajibannya sebagai klien, sekaligus memastikan pelayanan kebidanan tetap berjalan sesuai dengan norma etika dan peraturan yang berlaku (Kemenkes RI, 2021).

3. Pengkajian Kesehatan Reproduksi Remaja Secara Holistik

Pengkajian kesehatan reproduksi remaja harus dilakukan secara holistik dengan memperhatikan aspek biologis, psikologis, sosial, dan perilaku. Pengkajian tidak hanya berfokus pada keluhan fisik, tetapi juga mencakup riwayat menstruasi, pola makan, aktivitas fisik, kondisi emosional, serta lingkungan keluarga dan sekolah. Pendekatan holistik ini memungkinkan bidan untuk mengidentifikasi faktor risiko secara lebih komprehensif (Varney et al., 2015).

Dalam melakukan pengkajian, bidan perlu menciptakan suasana yang nyaman dan mendukung agar remaja merasa aman untuk berbagi informasi. Teknik wawancara yang terstruktur namun fleksibel, serta penggunaan alat bantu seperti catatan menstruasi atau kuesioner sederhana, dapat membantu meningkatkan akurasi data yang diperoleh. Pengkajian yang baik akan menjadi dasar dalam penetapan diagnosa kebidanan dan perencanaan asuhan yang tepat sasaran (ICM, 2019).

4. Peran Edukasi dan Konseling dalam Pencegahan Masalah Reproduksi Remaja

Edukasi dan konseling merupakan komponen penting dalam upaya pencegahan masalah kesehatan reproduksi pada remaja. Melalui edukasi yang tepat, remaja dapat memahami perubahan yang terjadi pada tubuhnya, mengenali tanda dan gejala masalah kesehatan reproduksi, serta mengetahui cara menjaga kesehatan secara mandiri. Edukasi yang diberikan perlu disesuaikan dengan kebutuhan, tingkat pengetahuan, dan latar belakang remaja (Kemenkes RI, 2020).

Konseling kebidanan pada remaja bertujuan untuk membantu remaja mengambil keputusan yang sehat dan bertanggung jawab terkait kesehatan reproduksinya. Bidan berperan sebagai fasilitator yang memberikan informasi akurat, dukungan emosional, serta motivasi positif. Dengan pendekatan edukasi dan konseling yang berkesinambungan, diharapkan remaja mampu mengembangkan perilaku hidup sehat dan mencegah terjadinya masalah kesehatan reproduksi sejak dini (WHO, 2018).

D. Contoh Kasus Dismenore pada Remaja

1. Deskripsi Kasus

Seorang remaja putri berusia 16 tahun datang ke pelayanan kesehatan remaja di puskesmas dengan keluhan nyeri perut bagian bawah setiap kali menstruasi. Nyeri dirasakan sejak hari pertama haid dan sering kali membuat klien tidak masuk sekolah. Klien mengaku nyeri dirasakan seperti kram, menjalar ke pinggang, dan kadang disertai mual. Keluhan ini telah dirasakan sejak satu tahun terakhir dan belum pernah diperiksa secara khusus.

Klien menyatakan bahwa selama ini ia hanya beristirahat di rumah dan mengonsumsi minuman hangat saat nyeri muncul. Klien merasa khawatir karena nyeri yang dialami semakin sering dan mengganggu aktivitas belajar. Klien datang didampingi oleh ibunya dan berharap mendapatkan penjelasan serta penanganan yang tepat.

2. Pengkajian Asuhan Kebidanan

Pengkajian dilakukan secara menyeluruh dengan memperhatikan aspek fisik, psikologis, dan sosial, serta menggunakan pendekatan komunikasi yang ramah remaja dan tidak menghakimi (WHO, 2017).

a. Data Subjektif

- 1) Umur: 16 tahun
- 2) Status pendidikan: Pelajar SMA
- 3) Keluhan utama: Nyeri perut bagian bawah saat menstruasi
- 4) Riwayat menstruasi:
 - a) Menarke usia 13 tahun
 - b) Siklus menstruasi teratur setiap 28–30 hari
 - c) Lama menstruasi 5–6 hari
 - d) Hari pertama dan kedua disertai nyeri hebat
- 5) Skala nyeri: 7 (skala 0–10)
- 6) Riwayat kesehatan: Tidak ada penyakit kronis
- 7) Riwayat penggunaan obat: Tidak rutin mengonsumsi obat pereda nyeri
- 8) Dampak keluhan: Sering izin tidak masuk sekolah saat hari pertama haid

b. Data Objektif

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Kesadaran: Compos mentis
- 3) Tekanan darah: 110/70 mmHg
- 4) Nadi: 80 kali/menit
- 5) Pernapasan: 20 kali/menit
- 6) Suhu: 36,7°C

7) Pemeriksaan abdomen: Tidak ada nyeri tekan patologis, tidak ada pembesaran massa

8) Tanda-tanda anemia: Tidak ditemukan pucat konjungtiva

3. Analisis Data dan Diagnosa Kebidanan

Berdasarkan data subjektif dan objektif, klien mengalami nyeri haid yang muncul secara teratur sejak beberapa tahun setelah menarke, tanpa adanya tanda kelainan patologis pada organ reproduksi.

Diagnosa kebidanan:

Remaja putri usia 16 tahun dengan dismenore primer.

Masalah potensial:

- a. Gangguan aktivitas belajar
- b. Kecemasan menghadapi menstruasi berikutnya

Kebutuhan:

- a. Edukasi tentang menstruasi dan dismenore
- b. Manajemen nyeri non-farmakologis
- c. Dukungan psikologis dan konseling gaya hidup sehat

Analisis ini sejalan dengan karakteristik dismenore primer yang umumnya terjadi pada remaja dengan siklus menstruasi ovulatorik tanpa kelainan organik (Hillard, 2014; Varney et al., 2015).

4. Rencana Asuhan Kebidanan

Rencana asuhan disusun berdasarkan prinsip promotif, preventif, dan kuratif sederhana yang sesuai dengan kewenangan bidan dalam pelayanan kesehatan remaja (ICM, 2019).

- a. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang:
 - 1) Proses menstruasi normal
 - 2) Penyebab terjadinya dismenore
 - 3) Perbedaan dismenore primer dan sekunder
- b. Memberikan edukasi manajemen nyeri non-farmakologis, meliputi:
 - 1) Kompres hangat pada perut bagian bawah
 - 2) Latihan peregangan dan olahraga ringan
 - 3) Teknik relaksasi dan pernapasan
- c. Memberikan konseling gaya hidup sehat:
 - 1) Pola makan seimbang
 - 2) Istirahat cukup
 - 3) Manajemen stres
- d. Menganjurkan pemantauan nyeri menstruasi dengan buku catatan haid
- e. Merencanakan kunjungan ulang bila nyeri tidak berkurang atau semakin berat

5. Implementasi Asuhan Kebidanan

Bidan memberikan edukasi kepada klien menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan suasana yang nyaman. Klien diajarkan cara melakukan kompres hangat dan latihan peregangan sederhana yang dapat dilakukan di rumah. Selain itu, bidan memberikan penjelasan bahwa nyeri haid dapat dikelola dan bukan kondisi berbahaya selama tidak disertai tanda bahaya.

Bidan juga mendorong klien untuk tetap aktif secara fisik ringan dan tidak sepenuhnya menghindari aktivitas saat menstruasi. Edukasi diberikan kepada ibu klien agar dapat memberikan dukungan emosional dan membantu klien menerapkan anjuran yang diberikan.

6. Evaluasi Asuhan Kebidanan

Evaluasi dilakukan dengan menilai:

- a. Penurunan intensitas nyeri menstruasi
- b. Kemampuan klien menjelaskan kembali cara mengelola nyeri
- c. Peningkatan kepercayaan diri klien dalam menghadapi menstruasi

Klien menyatakan memahami penjelasan yang diberikan dan bersedia menerapkan anjuran yang disampaikan. Klien juga menyatakan merasa lebih tenang setelah mengetahui bahwa kondisi yang dialami dapat dikelola.

7. Tindak Lanjut

Bidan menganjurkan klien untuk melakukan kunjungan ulang satu bulan kemudian atau lebih cepat apabila:

- a. Nyeri semakin berat
- b. Nyeri tidak berkurang dengan intervensi sederhana
- c. Muncul keluhan lain seperti perdarahan berlebihan atau nyeri di luar siklus menstruasi

Tindak lanjut ini penting untuk mendeteksi kemungkinan dismenore sekunder dan memastikan keberhasilan asuhan kebidanan yang diberikan (WHO, 2018).

Tabel 7.1
SOAP Asuhan Kebidanan pada remaja dengan Dismenore Primer

Komponen SOAP	Uraian Ringkas
S (Subjective)	Remaja putri usia 16 tahun mengeluh nyeri perut bagian bawah saat menstruasi sejak ± 1 tahun terakhir. Nyeri dirasakan seperti kram, muncul pada hari pertama dan kedua haid, skala nyeri 7 (0–10), disertai mual ringan, dan sering menyebabkan klien tidak masuk sekolah.
O (Objective)	Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis. TTV dalam batas normal (TD 110/70 mmHg, N 80x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,7°C). Pemeriksaan abdomen tidak ditemukan kelainan atau nyeri tekan patologis. Tidak ada tanda anemia.
A (Assessment)	Diagnosa kebidanan: Remaja putri usia 16 tahun dengan dismenore primer. Masalah aktual: nyeri haid yang mengganggu aktivitas belajar. Masalah potensial: kecemasan menghadapi menstruasi dan penurunan kualitas hidup
P (Plan)	1) Edukasi tentang menstruasi normal dan dismenore. 2) Anjuran manajemen nyeri non-farmakologis (kompres hangat, peregangan, relaksasi). 3) Konseling gaya hidup sehat (pola makan, istirahat, aktivitas fisik ringan). 4) Anjuran pencatatan siklus haid. 5) Rencana kunjungan ulang bila keluhan tidak berkurang.

E. Contoh Kasus Anemia pada Remaja

1. Deskripsi Kasus

Seorang remaja putri berusia 17 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan sering merasa lelah, pusing, dan sulit berkonsentrasi saat belajar. Klien mengaku mudah mengantuk dan merasa cepat lemas, terutama saat menstruasi. Klien memiliki riwayat menstruasi teratur setiap bulan dengan lama haid 6–7 hari.

Klien menyatakan jarang mengonsumsi makanan sumber protein hewani dan sering melewatkan sarapan. Klien belum rutin mengonsumsi tablet tambah darah yang dibagikan di sekolah karena merasa mual setelah meminumnya.

2. Pengkajian Asuhan Kebidanan

a. Data Subjektif

- 1) Umur: 17 tahun

- 2) Keluhan utama: Mudah lelah dan pusing
- 3) Riwayat menstruasi: Teratur, lama haid 6–7 hari
- 4) Pola makan: Jarang konsumsi lauk hewani
- 5) Kepatuhan TTD: Tidak rutin
- b. Data Objektif
 - 1) Keadaan umum: Tampak lemah
 - 2) Konjungtiva: Tampak pucat
 - 3) Tekanan darah: 100/70 mmHg
 - 4) Nadi: 88 kali/menit
 - 5) Pemeriksaan Hb: 10,5 g/dL
3. Analisis dan Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan:
Remaja putri usia 17 tahun dengan anemia defisiensi besi ringan.
Masalah aktual:
Kelelahan dan penurunan konsentrasi belajar

Masalah potensial:

 - a. Penurunan prestasi akademik
 - b. Risiko anemia berlanjut
4. Rencana dan Implementasi Asuhan Kebidanan
 - a. Edukasi tentang anemia dan dampaknya
 - b. Konseling gizi seimbang kaya zat besi
 - c. Anjuran konsumsi tablet tambah darah secara teratur
 - d. Edukasi cara mengurangi efek samping TTD
 - e. Pemantauan ulang kadar Hb
5. Evaluasi dan Tindak Lanjut

Klien memahami pentingnya konsumsi tablet tambah darah dan bersedia memperbaiki pola makan. Rencana kunjungan ulang dilakukan satu bulan kemudian untuk evaluasi kepatuhan dan kondisi klinis.

Tabel 7.2
SOAP Asuhan Kebidanan pada remaja dengan Kasus Anemia Remaja

Komponen SOAP	Uraian Ringkas
S (Subjective)	Remaja putri usia 17 tahun mengeluh sering merasa lelah, pusing, dan sulit berkonsentrasi terutama saat menstruasi. Klien mengaku cepat mengantuk dan mudah lemas saat beraktivitas. Riwayat menstruasi teratur setiap bulan dengan lama haid 6–7 hari. Klien jarang mengonsumsi makanan sumber protein hewani dan tidak rutin mengonsumsi tablet tambah darah karena merasa mual setelah meminumnya.
O (Objective)	Keadaan umum klien tampak lemah, kesadaran compos mentis. Konjungtiva tampak pucat. Tanda-tanda vital dalam batas normal (TD 100/70 mmHg, nadi 88 kali/menit, RR 20 kali/menit, suhu 36,6°C). Hasil pemeriksaan kadar hemoglobin menunjukkan Hb 10,5 g/dL.
A (Assessment)	Diagnosa kebidanan: Remaja putri usia 17 tahun dengan anemia defisiensi besi ringan. Masalah aktual: Mudah lelah dan penurunan konsentrasi belajar. Masalah potensial: Penurunan prestasi akademik dan risiko anemia berlanjut apabila tidak ditangani. Kebutuhan: Edukasi tentang anemia, perbaikan pola makan, dan peningkatan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah.
P (Plan)	Memberikan edukasi kepada klien mengenai pengertian anemia, penyebab, dan dampaknya terhadap kesehatan dan aktivitas belajar. Memberikan konseling gizi seimbang dengan menekankan konsumsi makanan sumber zat besi, terutama dari bahan pangan hewani. Menganjurkan konsumsi tablet tambah darah secara teratur serta menjelaskan cara mengurangi efek samping, seperti mengonsumsi tablet setelah makan dan tidak bersamaan dengan

	teh atau kopi. Merencanakan pemantauan ulang kadar hemoglobin dan kunjungan tindak lanjut satu bulan kemudian.
--	--

F. Simpulan

Masalah kesehatan reproduksi pada remaja, khususnya dismenore dan anemia, merupakan kondisi yang sering dijumpai dalam praktik kebidanan dan memiliki dampak yang signifikan terhadap kualitas hidup, prestasi belajar, serta kesiapan kesehatan reproduksi di masa depan. Masa remaja yang ditandai dengan perubahan fisik, hormonal, dan psikososial menuntut pendekatan asuhan kebidanan yang tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga memperhatikan kebutuhan edukatif dan emosional remaja. Disminore pada remaja umumnya bersifat primer dan dapat dikelola melalui asuhan kebidanan yang tepat, terutama dengan edukasi, intervensi non-farmakologis, serta konseling gaya hidup sehat. Sementara itu, anemia pada remaja putri, yang sebagian besar disebabkan oleh defisiensi zat besi, memerlukan upaya pencegahan dan penanganan yang berkelanjutan melalui perbaikan pola makan, kepatuhan konsumsi tablet tambah darah, serta pemantauan status kesehatan secara rutin.

Penerapan asuhan kebidanan berbasis kasus sederhana memberikan manfaat besar dalam proses pembelajaran mahasiswa kebidanan. Melalui contoh kasus dismenore dan anemia, mahasiswa dapat memahami alur pengkajian, penetapan diagnosa kebidanan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi asuhan secara sistematis. Pendekatan ini membantu mahasiswa mengembangkan kemampuan berpikir kritis, pengambilan keputusan klinis, serta keterampilan komunikasi yang ramah remaja. Dengan memahami konsep dasar dan praktik asuhan kebidanan pada remaja secara komprehensif, diharapkan mahasiswa kebidanan mampu memberikan pelayanan yang promotif, preventif, dan responsif terhadap masalah kesehatan reproduksi remaja. Asuhan kebidanan yang berkualitas pada masa remaja merupakan investasi penting dalam mewujudkan generasi perempuan yang sehat, berdaya, dan siap menghadapi tahapan kehidupan reproduksi selanjutnya.

G. Referensi

- Billings, D. M., & Halstead, J. A. (2016). *Teaching in nursing: A guide for faculty* (5th ed.). Elsevier.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Textbook of medical physiology* (14th ed.). Elsevier.

- Hillard, P. J. A. (2014). *Menstruation in adolescents: What's normal, what's not*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1135(1), 29–35. <https://doi.org/10.1196/annals.1429.007>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.
- International Confederation of Midwives. (2019). *Essential competencies for midwifery practice*. ICM.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman gizi seimbang*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman pelayanan kesehatan reproduksi remaja*. Kemenkes RI.
- Proverawati, A., & Asfuah, S. (2019). *Gizi untuk kebidanan*. Nuha Medika.
- Santrock, J. W. (2018). *Adolescence* (17th ed.). McGraw-Hill Education.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2015). *Varney's midwifery* (5th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- World Health Organization. (2017). *Global standards for quality health-care services for adolescents*. WHO.
- World Health Organization. (2018). *Adolescent health*. WHO.

CHAPTER 8

KASUS IBU NIFAS DENGAN MASALAH EMOSIONAL (*BABY BLUES*)

Bdn. Sinta Dwi Juwita, S.SiT., M.Keb.

A. Pendahuluan

Sekitar enam minggu setelah plasenta dikeluarkan, fase pascapersalinan berakhir ketika organ reproduksi kembali ke keadaan sebelum kehamilan (Aritonang dan Simanjuntak 2021). Dokter dan penyedia layanan kesehatan lainnya harus mengawasi ibu baru dengan cermat selama fase pascapersalinan karena pemantauan yang tidak memadai dapat mengakibatkan sejumlah masalah (Priansiska dan Aprina 2024). Untuk mencegah potensi masalah kesehatan bagi ibu dan bayinya serta untuk mengatasi komplikasi atau masalah yang muncul dan memengaruhi kesehatan ibu dan bayinya, pemerintah, melalui kebijakan program pascapersalinan nasionalnya, mewajibkan minimal empat kunjungan untuk ibu pascapersalinan (Aritonang dan Simanjuntak 2021). Fluktuasi suasana hati termasuk sering menangis, marah, dan melankolis adalah hal yang umum terjadi pada ibu pascapersalinan. Pengalaman selama persalinan, kewajiban sebagai ibu, penambahan anggota keluarga baru (bayi), dan peran baru sebagai ibu bagi bayi semuanya berkontribusi pada perubahan psikologis selama periode pascapersalinan. Selama fase pascapersalinan, ibu biasanya mengalami perubahan psikologis. Untuk mengatasi perubahan fisik dan ketidaknyamanan pada periode pascapersalinan, seperti keinginan untuk mendapatkan kembali bentuk tubuh sebelum hamil dan perubahan dalam hubungan keluarga, ibu baru membutuhkan teknik mengatasi masalah (Priansiska dan Aprina 2024).

Fenomena setelah melahirkan atau *baby blues* merupakan kejadian lanjutan yang biasa terjadi pada 70% wanita. Perubahan hormon yang cepat, ketidakpastian tentang peran baru, dan lingkungan persalinan yang tidak mendukung merupakan beberapa penyebab kondisi ini. Satu dari dua wanita (50%) pernah mengalami baby blues, dan antara 10% dan 20% ibu baru mengalami depresi pascapersalinan, menurut beberapa penelitian (Wijaya, Limbong, dan Yulianti 2023). Enam puluh enam (91,7%) dari 72 ibu pascapersalinan dalam penelitian tersebut melaporkan mengalami baby blues. Metode persalinan ibu, memengaruhi kejadian *baby blues*. penyebab lain adalah kesiapan ibu (Santi dkk. 2021). Investigasi lain yang dilakukan oleh Nurmala dkk menemukan 16 penelitian yang menyatakan bahwa faktor-faktor

yang memengaruhi kejadian baby blues didasarkan pada usia, dan 15 artikel yang menyatakan bahwa faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya baby blues didasarkan pada paritas. (Sinta, Limoa, dan Abidin 2024)

B. Definisi Baby Blues Syndrome

Baby blues yakni suatu gangguan psikis sementara yang dicirikan melalui memuncaknya emosi diminggu awal sesudah melahirkan. Kondisi depresi ringan pada ibu setelah melahirkan disebabkan oleh perubahan fisik dan psikologis yang sifatnya sementara dan dirasakan atas banyak ibu sesudah melahirkan. *Baby blues sindrom* pada ibu sesudah melahirkan merupakan gangguan efek ringan, waktu terjadinya biasanya pada hari ke tiga sampai dua minggu pertama setelah kelahiran (Lubis et al. 2025).

Reaksi penyesuaian terhadap melankoli, kadang-kadang disebut sebagai "*Postpartum Blues*" atau "*Baby Blues*" adalah episode depresi singkat yang sering terjadi pada hari-hari awal setelah melahirkan. Setelah melahirkan, wanita mungkin mengalami kondisi kesehatan mental yang dikenal sebagai "*sindrom baby blues*". Fluktuasi suasana hati seperti kecemasan ekstrem dan melankoli adalah ciri khas *baby blues*. Perubahan suasana hati disebabkan oleh hormon progesteron dan estrogen (Susilawati et al. 2024).

Setelah melahirkan, ibu sering mengalami tiga masalah psikologis utama, mulai dari ringan hingga berat: depresi pascapersalinan, psikosis pascapersalinan, dan *postpartum blues*, yang biasa disebut *baby blues*. Ibu pascapersalinan menderita penyakit suasana hati yang disebut "*baby blues*". Hampir semua ibu pascapersalinan menderita jenis depresi paling ringan ini. Akibatnya, hal ini sering diabaikan, tidak teridentifikasi, dan salah ditangani. Bagi wanita yang mengalaminya, hal itu akhirnya dapat berubah menjadi masalah yang menantang, tidak menyenangkan, dan tidak nyaman. Menurut Wijaya, Limbong, dan Yulianti (2023), hal ini bahkan dapat berkembang menjadi penyakit yang lebih serius seperti depresi pascapersalinan dan psikosis, yang memiliki dampak yang lebih buruk.

Dalam hal ini, dukungan lingkungan terdiri dari anggota keluarga yang mampu mendengarkan dan memahami wanita yang menderita baby blues. Wanita yang menderita baby blues sering merasa depresi, cemas, dan tidak dihargai. Mereka juga cenderung menekan emosi mereka karena takut akan penolakan sosial. Studi Ance dkk. mengungkapkan bahwa 41,3% ibu pascapersalinan mengalami baby blues ringan dan 45,7% mengalami baby blues berat. Di Indonesia, antara 50 dan 70 persen ibu baru mengalami baby blues (Siallagan et al. 2022).

C. Gejala Baby Blues

Setelah melahirkan, banyak wanita mengalami emosi yang intens, seperti kesedihan yang mendalam dan air mata yang tidak dapat dijelaskan. Kita tidak mungkin melihat seorang ibu tertawa atau tersenyum selama periode ini. Beberapa ibu mengalami ketegangan, kekhawatiran, dan kecemasan. Baby blues dapat disebabkan oleh masalah kecil yang tidak segera diselesaikan selama kehamilan atau sebelum melahirkan. Setelah melahirkan, beberapa ibu mengalami rasa sakit, ketidaknyamanan, dan penyakit. Setelah melahirkan, hampir semua wanita mengalami kelelahan terus-menerus, lesu, atau malas. Selain itu, banyak wanita mengalami kesulitan tidur setelah melahirkan (Wijaya, Limbong, dan Yulianti 2023).

Sindrom *baby blues* dapat bermanifestasi sebagai kurangnya perhatian terhadap penampilan diri, kesulitan tidur, kehilangan nafsu makan, perasaan tidak berdaya atau kehilangan kendali, kecemasan berlebihan atau kurang perhatian terhadap bayi, dan rasa tidak suka atau takut menyentuh bayi. (Bdn. Nurseha et al. 2024).

Pendapat lain menjelaskan tentang gejala *baby blues* yaitu :

1. Dipenuhinya perasaan sedih serta stress dibarengi menangis tanpa penyebab
2. Gampang kesal, tersinggung serta tidak sabar
3. Tidak mempunyai tenaga sampai ibu merasakan kelelahan serta kurang beristirahat
4. Kekhawatiran, merasa bersalah serta tidak berenergi, kekhawatiran berkaitan dengan kemampuan membesarkan anak dengan baik
5. Jadi tidak tertarik kepada bayi ataupun jadi terlalu memerhatikan serta khawatir berlebihan atas bayinya
6. Tidak percaya diri sebab adanya peralihan bentuk badan setelah melahirkan
7. Susah istirahat
8. Penurunan berat badan dibarengi tidak bernaafsu makan
9. Perasaan gelisah, menyakiti diri sendiri ataupun bayinya.

D. Penyebab Terjadinya Baby Blues

Setiap individu berbeda dalam kemampuan mereka untuk mengelola kehamilan dan keberanian mereka selama persalinan. Pengalaman persalinan sebelumnya dapat meningkatkan keberanian seseorang atau menyebabkan mereka menjadi cemas (Bdn. Nurseha et al. 2024).

Ada banyak penyebab *baby blues*, termasuk yang bersifat emosional. Berikut adalah beberapa penyebab *baby blues*, (Pratiwi dan Rusinani 2020) :

1. Perubahan Hormonal setelah melahirkan. ketika bayi lahir, hendak terlaksana perubahan hormon secara cepat didalam tubuh ibu. Ada yang menurun, ada juga yang menaik pesat. Perubahan hormone yang tinggi memengaruhi rekasi kimia di otak yang mengelola perasaan ibu jadi terganggu. Perubahan ukuran hormon didalam waktu singkat serta sesaat tersebut ialah bagian penyebab munculnya *Baby Blues*.
2. Faktor kelelahan sesudah melahirkan. Sebagian besar ibu hamil tidak mempersiapkan fase setelah melahirkan. Rasa letih yang berlebihannya ialah bagian faktor pemicu munculnya *Baby Blues*.
3. Keinginan mempunyai anak bukan atas kemauan ibu, ibu yang mengalami *baby blues* tidak suka ataupun tidak mau lagi melahirkan ataupun mempunyai anak.
4. Perubahan rutinitas sebab menjaga bayi. Kelelahan yang diraskan ibu Ketika menyusui dan bergadang dimalam hari. Sebagian bayi baru lahir mempunyai jam tidur terbalik, bayi hendak tidur disiang serta begadang dimalam. Bayi yang baru lahir biasanya sering menyusu sebab mempunyai lambung yang berukurannya kecil, perihalnya membuat jam istirahat ibu jadi terganggu, tubuhnya yang letih membuat psikisnya terdampak sampai beresiko terjadinya *baby blues*.
5. Kekhawatiran perasaan ibu yang tidak siap ataupun tidak bisa menjaga bayinya memengaruhi timbulnya *baby blues syndrome*
6. Kurang memperoleh dukungan suami, keluarga ataupun area sekeliling memicu munculnya *baby blues syndrome*.

Sejumlah penyebab lain yang bisa mengakibatkan terlaksananya *Baby Blues*, berlandaskan penelitian yang dilaksanakan, yaitu (Mulyati Khoerunisa 2018):

1. Paritas ataupun Jumlah Kelahiran. Primigravida berdampak tinggi mengalami *baby blues* daripada multipara maupun grandemultipara. Karena primigravida belum mempunyai pengalaman tentang proses kehamilan, persalinan serta masa nifas serta.
2. Riwayat Persalinan. Persalinan melalui metode tindakan dapat memberi dampak buruk terhadap ibu misalkan timbulnya kegelisahan serta kekhawatiran terhadap bayinya.
3. Pekerjaan. Ibu yang bekerja sangat berpeluang mengalami kejadian *baby blues*. Disejumlah permasalahan yang dijumpai pada ibu postpartum, menunjukkan ibu bekerja berdampak tinggi merasakan kejadian *baby blues*.

E. Dampak Baby Blues

Jika *Baby Blues* tidak tatalaksana dengan benar bisa terjadi *postpartum depression* (PPD) dengan gejala yang lebih berat, seperti ibu menolak bayinya, mengacuhkan perkembangan bayinya, hingga keinginan untuk menyakiti bayinya sampai mengarah bunuh diri. Ada beberapa dampak dari *baby blues* yang bisa terjadi sesudah melahirkan, yaitu (Lubis et al. 2025):

1. Pada Ibu

Seorang ibu akan mengalami kelelahan dan stress sehingga menyebabkan ASI susah keluar, ibu juga seringkali kehilangan kontrol atas emosinya menjadi mudah marah pada si bayi, berteriak maupun membentak si bayi saat bayi itu menangis, bahkan sampai tidak mau untuk mempunyai anak lagi sebab merasakan belum bisa menjaga anaknya dengan baik dan benar.

2. Pada Bayi

Baby blues syndrome yang terjadi pada ibu dapat berdampak pada kondisi si bayi. Bayi akan lebih sering menangis, susah tidur karna merasa tidak nyaman dan kurangnya perhatian dari ibu. Secara tidak langsung membuat kesehatan bayi terganggu dan mempengaruhi tumbuh kembangnya.

3. Pada Suami

Baby blues akan berdampak pada kurangnya kebutuhan biologis atau hubungan seksual antar suami dan istri. Biasanya seorang ibu yang mengalaminya *baby blues* muncul perasaan gelisah serta takut dan kurang bergairah lagi dalam membangun keluarga yang harmonis bersama suaminya.

F. Penanganan Baby Blues

Baby Blues dapat dicegah sejak awal dengan mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan baik. Persiapan fisik, psikis, mental, spiritual secara bersamaan. Persiapan ini sangat menentukan terhindarnya ibu postpartum dari *baby blues* berkepanjangan (Lubis et al. 2025).

Baby Blues biasanya akan hilang dengan sendirinya. Maka dari itu, keadaan tersebut harus mendapatkan tatalaksana dengan benar agar tidak berlanjut kemasalah yang serius. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk menangani *baby blues*, yakni (Bdn. Nurseha et al. 2024):

1. Hindari Stress

Jangan memaksakan diri sendiri untuk mengerjakan segalanya sendiri. Bila ibu merasa lelah, atau stress baik dalam mengurus anak ataupun pekerjaan rumah, dapat berkomunikasi dan meminta bantuan kepada suami atau keluarga terdekat untuk membantu.

2. Istirahat Cukup

Memastikan waktu tidur ibu postpartum tercukupinya lewat baik. Manfaatkannya waktu tidur bayi, supaya ibu mendapatkan cukup istirahat.

3. Olahraga Rutin serta Nutrisi yang baik

Olahraga teratur dianjurkan bagi para ibu untuk membantu mereka mengatasi kesedihan pasca melahirkan. Ibu yang berolahraga dapat meningkatkan suasana hati dan kualitas tidur mereka, serta mengalihkan perhatian mereka dari masalah yang ada. Selain aktivitas fisik, diet dan nutrisi juga dapat membantu dalam pengaturan emosi. Para ibu disarankan untuk menghindari makanan seperti roti, sirup, dan biskuit kemasan yang tinggi karbohidrat. Makanan-makanan ini dapat menyebabkan ketidakstabilan emosi.

4. Komunikasi

Ibu postpartum disarankan dapat bersosialisasi dengan ibu baru lainnya supaya bisa bertukar cerita tentang perasaan yang dirasakan. Selain itu suami juga menjadi orang terdekat yang dapat dijadikan teman untuk berkomunikasi dan menceritakan segala hal yang ibu rasakan.

Baik terapi farmakologis (pengobatan) maupun non-farmakologis dapat digunakan untuk mengatasi *baby blues*. Meskipun semua antidepresan efektif dan ditoleransi dengan baik, tetapi ibu yang menyusui perlu menjadi pertimbangan. Karena rekasi obat tersebut akan berpengaruh terhadap kandungan ASI yang akan diberikan kepada bayinya.

Terapi nonfarmakologis yang dikombinasikan dengan terapi *cognitive-behaviour therapy* adalah terapi non-farmakologis yang populer. Selain itu, pendekatan bio-psiko-spirit-sosiobudaya yang melibatkan bayi, orang tua, lingkungan sekitar serta tenaga kesehatan yang terlibat juga diperlukan untuk memberikan rasa aman dan tenang sehingga ibu postpartum merasa diperhatikan dan dicintai (Yesie Aprillia 2010).

G. Kesimpulan

Baby blues yakni gangguan psikis ringan yang sering dirasakan atas ibu pada masa nifas, khususnya diminggu awal hingga dua minggu setelah persalinan. Keadaan tersebut dipengaruhi oleh berbagai penyebab, diantaranya perubahan hormonal yang terjadi secara cepat, kelelahan fisik, penyesuaian peran sebagai ibu, pengalaman persalinan, serta kurangnya dukungan dari suami, keluarga, dan lingkungan. Meskipun bersifat sementara dan dapat pulih dengan sendirinya, *baby blues* perlu mendapatkan perhatian serius karena berpotensi berkembang menjadi depresi postpartum yang lebih berat apabila tidak terdeteksi dan tidak ditangani secara tepat.

Dampak *baby blues* tidak cuma dirasakan oleh ibu, namun bisa memengaruhi kesehatan dan tumbuh kembang bayi, serta keharmonisan hubungan dalam keluarga. Oleh karena itu, deteksi dini melalui pemantauan kesehatan mental ibu nifas menjadi bagian penting dalam pelayanan kebidanan yang komprehensif. Tenaga kesehatan, khususnya bidan, memiliki peran strategis dalam memberikan edukasi, dukungan psikologis, serta melakukan intervensi yang tepat baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis sesuai dengan kondisi ibu.

Upaya pencegahan baby blues perlu dilakukan secara berkelanjutan sejak masa kehamilan melalui persiapan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual ibu, serta penguatan dukungan keluarga. Pendekatan holistik yang melibatkan ibu, bayi, keluarga, dan lingkungan diharapkan mampu meningkatkan kesejahteraan ibu nifas dan mencegah terjadinya gangguan kesehatan mental pascapersalinan.

H. Referensi

- Bdn. Nurseha, S.S.T.M.K. et al. 2024. *BUKU AJAR PSIKOLOGI KEHAMILAN, PERSALINAN, DAN NIFAS*. Nuansa Fajar Cemerlang. <https://books.google.co.id/books?id=TKuIEQAAQBAJ>.
- Lubis, L A et al. 2025. *Literasi Digital Dan Fenomena Penggunaan Digital*. CV Eureka Media Aksara. <https://books.google.co.id/books?id=NUWWEQAAQBAJ>.
- MulyatiI KhoerunisaS. 2018. "Gambaran Kejadian Gejala Baby Bllues Pada Ibu Postpartum Berdasarkan Karakteristik Di Rumah Sakit Dr.Slamet Garut Tahun 2018." *Jurnal Kesehatan Indra Husada* 7(2): 143–49.
- Pratiwi, K, dan D Rusinani. 2020. *Buku Ajar Psikologi Perkembangan Dalam Siklus Hidup Wanita*. Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=EedWEQAAQBAJ>.
- Priansiska, N, dan H Aprina. 2024. *Psikologi pada Ibu Nifas*. Penerbit NEM. <https://books.google.co.id/books?id=WpL0EAAAQBAJ>.
- Siallagan, Ance, Helinida Saragih, Ernita Rante, dan Rosa Desri. 2022. "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Baby Blues pada Ibu Postpartum di Desa Pulau Terap Tahun 2022." *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)* 7(4): 336.
- Sinta, Nurmala, Erlyn Limoa, dan Nuraini Abidin. 2024. "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Baby Blues." *Journal Of Social Science Research* Volume 4 N: 3852–67.
- Susilawati, S et al. 2024. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia. <https://books.google.co.id/books?id=4yruEAAAQBAJ>.
- Yesie Aprillia, S.S.T.M.K. 2010. *Hipnostetri*. GagasMedia. <https://books.google.co.id/books?id=2wllpr58kncC>.

I. Glosarium

ASI	: Air Susu Ibu
CHT	: Cognitive-Behaviour Theraphy
PPD	: Postpartum Depression

CHAPTER 9

CARA MENYUSUN ASUHAN KEBIDANAN BERDASARKAN CONTOH KASUS

Bd. Retno Kumalasari, S.SiT., M.Kes.

A. Pendahuluan

Pendidikan Kebidanan memiliki peran yang sangat strategis dalam menyiapkan calon bidan yang kompeten, profesional dan mampu memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara aman dan bermutu. Dalam proses pembelajaran kebidanan, mahasiswa tidak hanya dituntut untuk memahami konsep dan teori, tetapi juga mampu menerapkan pengetahuan tersebut dalam situasi praktik nyata yang kompleks dan dinamis.

Asuhan Kebidanan merupakan pelayanan profesional yang diberikan oleh seorang bidan kepada perempuan secara komprehensif dan berkesinambungan sepanjang siklus kehidupannya, mulai dari masa pra kehamilan, kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga pelayanan reproduksi dan keluarga berencana. Asuhan kebidanan ini dilaksanakan berdasarkan landasan ilmu pengetahuan kebidanan, ketrampilan klinik yang terstandar, sikap profesional, serta menjunjung tinggi kode etik dan nilai-nilai kemanusiaan.

Dalam sistem pelayanan kesehatan, bidan memegang peranan strategis sebagai tenaga kesehatan yang dekat dengan masyarakat, khususnya dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak. Tingginya tantangan kesehatan maternal dan neonatal seperti angka kematian ibu dan bayi, masalah gizi, serta keterlambatan deteksi komplikasi, menuntut bidan tidak hanya berfokus pada tindakan klinis tetapi lebih menekankan upaya promotif dan preventif dengan tetap memperhatikan aspek kuratif dan rehabilitatif. Oleh karena itu, bidan diharapkan mampu memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif, berkesinambungan.

Salah satu tantangan utama dalam pembelajaran asuhan kebidanan adalah kesenjangan antara teori yang diperoleh dikelas dengan praktik di lahan klinik. Mahasiswa seringkali mengalami kesulitan dalam mengintegrasikan konsep, langkah asuhan, dan pengambilan keputusan klinik ketika dihadapkan pada kasus nyata. Keterbatasan sumber belajar yang menyajikan panduan praktis penyusunan asuhan kebidanan berbasis kasus sederhana menjadi salah satu faktor penyebab permasalahan tersebut. Sebagian besar buku ajar kebidanan masih berfokus pada uraian teoritis, sementara contoh kasus yang disajikan belum sepenuhnya

membantu mahasiswa memahami langkah-langkah penyusunan asuhan secara runtut dan aplikatif. Padahal, pembelajaran berbasis kasus terbukti efektif dalam meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan penalaran klinik mahasiswa kesehatan. Kondisi ini menunjukkan pentingnya pendekatan pembelajaran yang mampu menjembatani teori dan praktik secara sistematis dan mudah dipahami.

Buku ini disusun dengan pendekatan berbasis kasus sederhana yang disajikan secara runtut, mulai dari pengkajian data, analisis, perencanaan asuhan, hingga pendokumentasian menggunakan Varney 7 langkah dan SOAP. Pendekatan ini diharapkan dapat melatih kemampuan berpikir klinik mahasiswa secara bertahap dan sistematis. Melalui penyusunan buku ini, penulis berharap mahasiswa kebidanan tidak hanya mampu menyusun asuhan kebidanan secara teknis, tetapi juga memahami makna setiap langkah dalam proses asuhan. Buku ini diharapkan dapat menjadi referensi pembelajaran yang kontekstual bagi mahasiswa serta menjadi bahan pendukung bagi dosen dalam mengembangkan pembelajaran kebidanan yang berorientasi pada kompetensi, keselamatan klien, dan mutu pelayanan kebidanan.

B. Filosofi Asuhan Kebidanan

Filosofi asuhan kebidanan merupakan landasan berpikir dan bertindak bagi bidan dalam memberikan pelayanan. Filosofi ini menekankan bahwa kehamilan, persalinan, dan nifas pada dasarnya adalah proses fisiologis, sehingga intervensi hanya dilakukan bila ada indikasi.

Beberapa prinsip utama filosofi asuhan kebidanan antara lain:

1. Kehamilan dan persalinan adalah proses alamiah yang normal.
2. Setiap perempuan adalah individu yang unik dengan kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual yang berbeda.
3. Perempuan berhak mendapatkan informasi yang benar dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya.
4. Asuhan kebidanan harus menghargai budaya, nilai, dan kepercayaan masyarakat.
5. Keselamatan ibu dan bayi merupakan prioritas utama dalam setiap tindakan kebidanan.

Dengan memahami filosofi ini, mahasiswa diharapkan tidak hanya terampil secara teknis, tetapi juga memiliki sikap empati, komunikasi yang baik, serta kemampuan menjalin hubungan terapeutik dengan klien dan keluarganya.

C. Peran dan Tanggung Jawab Bidan

Bidan memiliki peran strategis dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Peran bidan tidak hanya terbatas pada pelayanan klinik, tetapi juga mencakup peran edukatif, advokatif, dan kolaboratif.

Peran bidan meliputi:

1. Pemberi asuhan kebidanan pada ibu, bayi, dan keluarga.
2. Pendidik kesehatan, khususnya dalam promosi kesehatan ibu dan anak.
3. Konselor dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.
4. Pelaksana deteksi dini dan rujukan pada kasus komplikasi.
5. Mitra tenaga kesehatan lain dalam sistem pelayanan kesehatan.

Tanggung jawab bidan dalam memberikan asuhan kebidanan antara lain:

1. Memberikan asuhan sesuai standar profesi dan kewenangan.
2. Mendokumentasikan setiap tindakan kebidanan secara lengkap dan benar.
3. Menjaga etika, kerahasiaan, dan keselamatan klien.
4. Mengembangkan kompetensi melalui pembelajaran berkelanjutan.

D. Lingkup Praktik Asuhan Kebidanan

Lingkup praktik asuhan kebidanan mencakup seluruh pelayanan yang dapat diberikan bidan sesuai dengan kewenangannya. Lingkup ini meliputi:

1. Asuhan kebidanan pada masa kehamilan (antenatal care).
2. Asuhan kebidanan pada persalinan
3. Asuhan kebidanan pada masa nifas.
4. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dan balita.
5. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan.
6. Pelayanan keluarga berencana.

E. Asuhan Kebidanan Berbasis Continuity of Care (CoC)

Continuity of Care (CoC) merupakan pendekatan asuhan kebidanan yang menekankan kesinambungan pelayanan dari satu tahap kehidupan perempuan ke tahap berikutnya. Dalam pendekatan ini, bidan memberikan asuhan secara berkelanjutan mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga keluarga berencana.

Pendekatan CoC bertujuan untuk:

1. Meningkatkan kualitas dan keamanan asuhan kebidanan.
2. Membangun hubungan saling percaya antara bidan dan klien.
3. Mendeteksi dini adanya komplikasi.

4. Memberikan asuhan yang lebih komprehensif dan terintegrasi.

Dalam pembelajaran berbasis kasus, pendekatan CoC membantu mahasiswa memahami bahwa setiap kasus kebidanan saling berkaitan dan tidak berdiri sendiri. Dengan demikian, mahasiswa dapat melihat gambaran asuhan kebidanan secara utuh dan berkesinambungan.

F. Penyusunan Asuhan Kebidanan Berdasarkan Varney 7 Langkah dan Soap

Dalam praktik kebidanan, penyusunan asuhan kebidanan dilakukan secara sistematis agar keputusan klinik yang diambil tepat dan aman. Dua pendekatan yang umum digunakan dalam kebidanan adalah Manajemen Kebidanan Varney 7 Langkah **dan** pendokumentasian SOAP. Keduanya saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan dalam proses asuhan kebidanan.

1. Manajemen Kebidanan Varney 7 Langkah

Manajemen kebidanan menurut Varney merupakan kerangka berpikir bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif dan berkesinambungan.

Langkah 1. Pengumpulan Data Dasar

Pengumpulan data meliputi:

- a. Data subjektif (keluhan, riwayat kesehatan, perasaan klien)
- b. Data objektif (pemeriksaan fisik, tanda vital, hasil observasi)

Data dikumpulkan secara lengkap dan sistematis sesuai kondisi klien.

Langkah 2. Interpretasi Data

Pada tahap ini, bidan menganalisis data yang telah dikumpulkan untuk menentukan:

- c. Diagnosis kebidanan
- d. Masalah kebidanan
- e. Kebutuhan klien

Interpretasi data harus berdasarkan fakta dan standar praktik kebidanan.

Langkah 3. Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Bidan mengidentifikasi kemungkinan masalah atau komplikasi yang dapat terjadi bila tidak dilakukan tindakan pencegahan. Langkah ini penting untuk deteksi dini dan perencanaan asuhan lanjutan.

Langkah 4. Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Pada tahap ini, bidan menentukan apakah diperlukan tindakan segera atau rujukan. Jika kondisi klien fisiologis, langkah ini dapat berupa pemantauan dan edukasi.

Langkah 5. Perencanaan Asuhan

Perencanaan disusun berdasarkan hasil analisis dan mencakup:

- a. Tujuan asuhan
- b. Intervensi kebidanan
- c. Edukasi dan konseling
- d. Rencana tindak lanjut

Langkah 6. Pelaksanaan Asuhan

Pelaksanaan merupakan penerapan rencana asuhan yang telah disusun. Bidan memberikan pelayanan sesuai kewenangan dan standar profesi.

Langkah 7. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan asuhan yang telah diberikan dan menentukan rencana selanjutnya.

2. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dengan SOAP

Pendokumentasian merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari asuhan kebidanan. Setiap tindakan yang dilakukan oleh bidan harus dicatat secara sistematis, akurat, dan berkesinambungan sebagai bentuk tanggung jawab profesional serta bukti pelayanan kebidanan. Salah satu metode pendokumentasian yang banyak digunakan dalam praktik kebidanan adalah SOAP.

SOAP merupakan singkatan dari Subjective, Objective, Assessment, dan Plan, yaitu suatu format pencatatan yang berorientasi pada proses berpikir klinik. Melalui SOAP, bidan dapat mendokumentasikan hasil pengkajian, analisis masalah, serta rencana asuhan kebidanan secara ringkas namun komprehensif. Dalam pendidikan kebidanan, SOAP menjadi alat penting untuk melatih mahasiswa mengintegrasikan teori dengan praktik klinik.

3. Subjective (S)

Subjective adalah data yang diperoleh langsung dari ibu melalui wawancara atau anamnesis. Data ini menggambarkan apa yang dirasakan, dialami, dan disampaikan oleh ibu berkaitan dengan kondisi kesehatannya. Data subjektif bersifat individual dan tidak dapat diukur secara langsung oleh bidan.

Pada asuhan kebidanan kehamilan, data subjektif meliputi keluhan utama, riwayat haid dan HPHT, riwayat kehamilan sekarang, persepsi ibu terhadap gerakan janin, serta pola aktivitas, nutrisi, istirahat, dan eliminasi. Penulisan data subjektif harus sesuai dengan pernyataan ibu, singkat, jelas, dan relevan dengan masalah kebidanan yang dihadapi.

4. Objective (O)

Objective adalah data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh bidan. Data ini bersifat objektif, dapat diukur, dan dapat dibuktikan secara klinik.

Dalam asuhan kebidanan, data objektif mencakup tanda-tanda vital, berat badan, tinggi badan, LILA, hasil pemeriksaan abdomen seperti tinggi fundus uteri dan palpasi Leopold, denyut jantung janin, serta hasil pemeriksaan laboratorium bila tersedia. Data objektif harus ditulis apa adanya tanpa disertai interpretasi atau kesimpulan.

5. Assessment (A)

Assessment merupakan hasil analisis dari data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan. Pada tahap ini, bidan menyimpulkan diagnosis kebidanan atau masalah kebidanan berdasarkan hasil pengkajian. Assessment mencerminkan kemampuan berpikir klinik bidan dalam menafsirkan data dan menentukan kondisi ibu secara komprehensif.

Assessment dalam asuhan kebidanan kehamilan dapat berupa diagnosis kehamilan normal sesuai usia kehamilan, masalah kebidanan yang bersifat fisiologis, maupun masalah potensial yang perlu diantisipasi. Assessment harus logis, konsisten dengan data S dan O, serta sesuai dengan standar praktik kebidanan.

6. Plan (P)

Plan adalah rencana asuhan kebidanan yang disusun berdasarkan assessment. Bagian ini menjelaskan tindakan yang akan dilakukan oleh bidan untuk memenuhi kebutuhan ibu. Plan dapat mencakup edukasi dan konseling, tindakan kebidanan, pemberian suplemen sesuai kewenangan, pemantauan kondisi ibu dan janin, serta rencana tindak lanjut atau rujukan bila diperlukan.

Dalam konteks pembelajaran, plan harus ditulis secara spesifik dan realistis, serta menggambarkan prinsip asuhan kebidanan yang komprehensif dan berpusat pada perempuan. Plan juga menjadi pedoman dalam pelaksanaan asuhan dan evaluasi pada kunjungan berikutnya.

G. Contoh Kasus Asuhan Kehamilan Trimester I (Tm I)

1. Gambaran Kasus

Ny. A, usia 23 tahun, datang ke BPM untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengatakan terlambat haid sekitar 2 bulan dan sering merasa mual pada pagi hari. Ini merupakan kunjungan ANC pertama. Ibu belum pernah melahirkan sebelumnya.

2. Penyusunan Asuhan Kebidanan Menggunakan Manajemen Kebidanan Varney 7 Langkah

Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

a. Data Subjektif

- 1) Nama: Ny. A
- 2) Umur: 23 tahun
- 3) Gravida/Para/Abortus: G1P0A0
- 4) HPHT: 15 November 2025
- 5) Keluhan utama: mual terutama pagi hari
- 6) Riwayat penyakit: tidak ada
- 7) Riwayat obstetri: kehamilan pertama
- 8) Riwayat KB: tidak menggunakan KB
- 9) Pola nutrisi: makan 2–3 kali/hari
- 10) Eliminasi: BAK dan BAB normal

b. Data Objektif

- 1) Keadaan umum: baik
- 2) Kesadaran: compos mentis
- 3) Tekanan darah: 110/70 mmHg
- 4) Nadi: 80 x/menit
- 5) Pernapasan: 20 x/menit
- 6) Suhu: 36,6°C
- 7) Berat badan: 48 kg
- 8) Tinggi badan: 155 cm
- 9) LILA: 24 cm
- 10) Pemeriksaan abdomen: TFU belum teraba
- 11) Tes kehamilan: positif

Langkah II: Interpretasi Data

- a. Usia kehamilan $\pm$ 8 minggu (berdasarkan HPHT)
- b. Kehamilan Trimester I
- c. Keluhan mual merupakan perubahan fisiologis TM I

Langkah III: Identifikasi Diagnosis dan Masalah

Diagnosis Kebidanan:

Kehamilan normal Trimester I pada Ny. A G1P0A0 usia kehamilan $\pm$ 8 minggu dengan keluhan mual ringan (emesis gravidarum fisiologis)

Masalah:

Ketidaknyamanan akibat mual pada pagi hari

Langkah IV: Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

- a. Tidak ada tanda kegawatdaruratan
- b. Tidak memerlukan rujukan atau tindakan segera

Langkah V: Perencanaan Asuhan

- a. Memberikan penjelasan tentang kondisi kehamilan Trimester I
- b. Memberikan edukasi mengenai perubahan fisiologis TM I
- c. Memberikan konseling cara mengurangi mual
- d. Menganjurkan pola makan sedikit tetapi sering
- e. Memberikan tablet Fe 1 tablet per hari
- f. Menganjurkan ANC teratur sesuai jadwal
- g. Memberikan edukasi tanda bahaya kehamilan TM I

Langkah VI: Pelaksanaan Asuhan

- a. Memberikan KIE tentang kehamilan Trimester I
- b. Menjelaskan bahwa mual adalah hal yang normal
- c. Menganjurkan makan biskuit atau roti sebelum bangun tidur
- d. Menganjurkan istirahat cukup dan menghindari bau menyengat
- e. Memberikan tablet Fe 30 tablet
- f. Menganjurkan kunjungan ANC berikutnya

Langkah VII: Evaluasi

- a. Ibu memahami kondisi kehamilannya
- b. Ibu dapat menyebutkan cara mengurangi mual
- c. Ibu bersedia mengonsumsi tablet Fe
- d. Ibu bersedia melakukan ANC secara rutin

3. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Menggunakan SOAP

Contoh SOAP Asuhan Kehamilan Trimester I

a. S (Subjective)

Ibu datang ke fasilitas kesehatan dengan keluhan terlambat haid selama ± 2 bulan. Ibu mengatakan sering merasa mual terutama pada pagi hari, kadang disertai muntah 1-2 kali sehari, namun masih dapat makan dan minum meskipun dalam porsi kecil. Ibu merasa cepat lelah dan sering mengantuk. Tidak ada keluhan nyeri perut hebat, perdarahan pervaginam, demam, atau pusing berat. Ibu belum pernah hamil sebelumnya dan belum pernah melakukan pemeriksaan kehamilan sebelumnya.

b. O (Objective)

- 1) Keadaan umum: baik
- 2) Kesadaran: compos mentis
- 3) Tanda vital:
 - a) TD: 110/70 mmHg
 - b) Nadi: 82 x/menit
 - c) RR: 20 x/menit
 - d) Suhu: 36,6°C
- 4) Antropometri:
 - a) BB: 48 kg
 - b) TB: 155 cm
 - c) IMT: $\pm 19,9 \text{ kg/m}^2$ (normal)
 - d) LILA: 24 cm

4. Pemeriksaan fisik umum:

- a. Konjungtiva merah muda
- b. Tidak ada tanda dehidrasi
- c. Payudara membesar, aerola menghitam

5. Pemeriksaan obstetri:

- a. Abdomen belum tampak membesar
- b. Uterus teraba membesar sesuai usia kehamilan

6. Pemeriksaan penunjang:

Tes kehamilan: positif

A (Assessment)

G1P0A0 usia kehamilan ± 8 minggu dengan kehamilan normal Trimester I disertai emesis gravidarum ringan. Keadaan umum ibu baik dan tidak ditemukan tanda bahaya kehamilan.

P (Plan)

1. Edukasi kehamilan Trimester I, meliputi perubahan fisiologis awal kehamilan dan adaptasi tubuh ibu
2. Konseling penanganan mual muntah, antara lain:
 - a. Makan dalam porsi kecil dan sering
 - b. Menghindari makanan berlemak dan berbau tajam
 - c. Konsumsi makanan kering saat pagi hari
 - d. Cukup istirahat dan mengelola stres
3. Pemberian tablet tambah darah (Fe) 1 tablet per hari sebagai pencegahan anemia
4. Anjuran konsumsi asam folat untuk mendukung pertumbuhan janin
5. Menganjurkan ANC teratur, minimal 1 kali pada Trimester I
6. Edukasi tanda bahaya kehamilan Trimester I, seperti perdarahan pervaginam, muntah berlebihan, nyeri perut hebat, dan demam
7. Pendokumentasian hasil asuhan secara lengkap dan sistematis dalam rekam medis

H. Contoh Kasus Asuhan Persalinan Normal

1. Gambaran Kasus

Ny. D, usia 26 tahun, G2P1A0, datang ke BPM dengan keluhan mulas teratur sejak ± 6 jam yang lalu dan keluar lendir bercampur darah. Usia kehamilan 39 minggu. Gerakan janin masih dirasakan aktif. Tidak ada riwayat penyakit kronis.

2. Penyusunan Asuhan Kebidanan Menggunakan Manajemen Kebidanan Varney 7 Langkah

Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

a. Data Subjektif

- 1) Umur: 26 tahun
- 2) Gravida/Para/Abortus: G2P1A0
- 3) Usia kehamilan: 39 minggu
- 4) Keluhan utama: mulas teratur, lendir darah
- 5) Lama his: ± 6 jam
- 6) Gerakan janin: aktif
- 7) Riwayat persalinan sebelumnya: normal

8) Riwayat penyakit: tidak ada

b. Data Objektif

- 1) Keadaan umum: baik
- 2) Kesadaran: compos mentis
- 3) TD: 120/80 mmHg
- 4) Nadi: 88 x/menit
- 5) Pernapasan: 22 x/menit
- 6) Suhu: 36,8°C

Pemeriksaan Obstetri

- a. TFU: 32 cm
- b. Leopold:
 - 1) Leopold I: bokong di fundus
 - 2) Leopold II: punggung janin kiri
 - 3) Leopold III: kepala
 - 4) Leopold IV: kepala sudah masuk PAP
- c. DJJ: 140 x/menit, teratur

Pemeriksaan Dalam

- a. Pembukaan: 4 cm
- b. Effacement: 50%
- c. Ketuban: utuh
- d. Presentasi: kepala
- e. Penurunan: Hodge I

Langkah II: Interpretasi Data

- a. Inpartu kala I fase aktif
- b. Kehamilan cukup bulan
- c. Kondisi ibu dan janin normal

Langkah III: Identifikasi Diagnosis dan Masalah

Diagnosis Kebidanan:

Inpartu kala I fase aktif pada Ny. D G2P1A0 usia kehamilan 39 minggu dengan janin tunggal hidup, presentasi kepala.

Masalah:

Nyeri persalinan fisiologis

Langkah IV: Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

- a. Tidak ada tanda gawat ibu atau janin
- b. Tidak memerlukan rujukan atau tindakan emergensi

Langkah V: Perencanaan Asuhan

- a. Memantau kemajuan persalinan dengan partograf
- b. Memantau kesejahteraan ibu dan janin
- c. Memberikan dukungan emosional
- d. Mengajarkan teknik relaksasi dan napas dalam
- e. Mengajarkan posisi nyaman
- f. Menjaga kebersihan dan privasi
- g. Menyiapkan persalinan kala II
- h. Edukasi tanda kemajuan persalinan

Langkah VI: Pelaksanaan Asuhan

- a. Memantau DJJ dan his secara berkala
- b. Mengisi partograf
- c. Memberikan pendampingan persalinan
- d. Membimbing teknik napas
- e. Mengajarkan minum dan BAK
- f. Menyiapkan alat persalinan bersih dan aman

Langkah VII: Evaluasi

- a. Pembukaan serviks bertambah
- b. His semakin kuat dan teratur
- c. Kondisi ibu dan janin baik
- d. Persalinan berlangsung normal

SOAP Kala I Persalinan (Fase Aktif)

S (Subjective)

Ibu mengatakan merasakan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang sejak ± 6 jam yang lalu. Nyeri dirasakan semakin kuat dan teratur setiap ± 5 menit dengan durasi $\pm 40-45$ detik. Ibu juga mengeluhkan keluar lendir bercampur darah sejak 2 jam terakhir. Ibu merasa cemas dan takut menghadapi persalinan pertama. Tidak ada keluhan demam, sakit kepala hebat, atau pandangan kabur.

O (Objective)

- a. Keadaan umum: baik, ibu sadar compos mentis
- b. Tanda vital:
 - 1) TD: 120/80 mmHg
 - 2) Nadi: 88 x/menit
 - 3) RR: 20 x/menit
 - 4) Suhu: 36,8°C
- c. Pemeriksaan obstetri:
 - 1) Tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan
 - 2) His: 3–4 kali/10 menit, durasi 40–45 detik, intensitas sedang
 - 3) DJJ: 140 x/menit, reguler
 - 4) Pemeriksaan dalam:
 - a) Pembukaan serviks: 4 cm
 - b) Penipisan serviks: $\pm 80\%$
 - c) Ketuban: utuh
 - d) Presentasi: kepala
 - e) Penurunan kepala: Hodge II
- d. Kandung kemih: kosong
- e. Partograf: mulai diisi pada fase aktif

A (Assessment)

Ibu inpartu kala I fase aktif dengan kehamilan aterm, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, kondisi ibu dan janin dalam batas normal.

P (Plan)

- a. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf
- b. Memberikan dukungan psikologis dan asuhan sayang ibu
- c. Mengajarkan teknik relaksasi dan pernapasan saat his
- d. Memantau DJJ setiap 30 menit
- e. Memantau kekuatan dan frekuensi his
- f. Menjaga hidrasi ibu dengan minum oral
- g. Menjaga kebersihan dan kenyamanan ibu
- h. Menganjurkan ibu berkemih setiap 2 jam
- i. Mempersiapkan peralatan persalinan bersih dan aman

SOAP Kala II Persalinan

S (Subjective)

Ibu mengatakan dorongan kuat untuk meneran dan merasa tekanan di daerah anus. Ibu mengatakan nyeri semakin kuat tetapi masih dapat mengikuti arahan bidan.

O (Objective)

- a. Tanda vital dalam batas normal
- b. His: 4–5 kali/10 menit, durasi 60 detik, kuat
- c. DJJ: 138 x/menit
- d. Pemeriksaan dalam:
 - 1) Pembukaan lengkap (10 cm)
 - 2) Ketuban pecah spontan, air ketuban jernih
 - 3) Penurunan kepala: Hodge IV
- e. Perineum menonjol, vulva membuka

A (Assessment)

Ibu inpartu kala II dengan kondisi ibu dan janin baik.

P (Plan)

- a. Membimbing ibu meneran secara efektif saat his
- b. Memberikan dukungan verbal dan emosional
- c. Melakukan pertolongan persalinan sesuai standar APN
- d. Melindungi perineum dan mengontrol lahirnya kepala
- e. Menilai kondisi bayi segera setelah lahir

SOAP Kala III Persalinan

S (Subjective)

Ibu mengatakan nyeri perut berkurang dan merasa lega setelah bayi lahir.

O (Objective)

- a. Bayi lahir spontan, menangis kuat, tonus baik
- b. Uterus berkontraksi keras dan bulat
- c. Tanda pelepasan plasenta positif
- d. Plasenta lahir lengkap ± 5 menit setelah bayi lahir
- e. Perdarahan ± 200 cc
- f. Tidak ada robekan jalan lahir

A (Assessment)

Kala III persalinan normal, plasenta lahir lengkap, perdarahan dalam batas normal.

P (Plan)

- a. Melakukan manajemen aktif kala III Memastikan uterus berkontraksi dengan baik
- b. Menilai kelengkapan plasenta dan selaput
- c. Memantau jumlah perdarahan
- d. Membersihkan dan merapikan ibu

SOAP Kala IV Persalinan (2 Jam Postpartum)

S (Subjective)

Ibu mengatakan merasa lelah tetapi senang dengan kelahiran bayinya. Tidak ada keluhan pusing atau nyeri berlebihan.

O (Objective)

- a. TD: 110/70 mmHg
- b. Nadi: 86 x/menit
- c. Uterus: kontraksi baik, TFU 2 jari di bawah pusat
- d. Perdarahan: normal, tidak berlebihan
- e. Kandung kemih: kosong
- f. Ibu mulai menyusui bayinya

A (Assessment)

Kala IV persalinan normal, kondisi ibu stabil.

P (Plan)

- a. Observasi ketat selama 2 jam postpartum
- b. Memantau tanda vital dan kontraksi uterus setiap 15–30 menit
- c. Menganjurkan inisiasi menyusui dini dan rawat gabung
- d. Memberikan edukasi tanda bahaya nifas
- e. Mencatat seluruh asuhan secara lengkap dan sistematis

I. Simpulan

Buku ajar *Cara Menyusun Asuhan Kebidanan Berdasarkan Contoh Kasus* disusun sebagai upaya untuk menjembatani kesenjangan antara pemahaman teori kebidanan dan penerapannya dalam praktik klinik. Penyajian materi yang berbasis kasus sederhana diharapkan mampu membantu mahasiswa kebidanan memahami alur berpikir klinis bidan secara sistematis, logis, dan aplikatif sesuai dengan kewenangan profesi.

Melalui pendekatan pembelajaran berbasis kasus, mahasiswa tidak hanya dilatih untuk mengidentifikasi masalah kebidanan, tetapi juga dibimbing dalam menyusun asuhan secara komprehensif menggunakan manajemen kebidanan Varney 7 langkah yang terintegrasi dengan pendokumentasian SOAP. Pendekatan ini menanamkan pemahaman bahwa setiap tindakan kebidanan harus didasarkan pada hasil pengkajian yang tepat, analisis yang akurat, serta perencanaan asuhan yang berkesinambungan dan berpusat pada perempuan (*woman centered care*).

Buku ajar ini juga menekankan pentingnya pendokumentasian asuhan kebidanan yang benar, sistematis, dan bertanggung jawab sebagai bagian dari praktik profesional bidan. Dengan memahami dan menerapkan SOAP secara konsisten, mahasiswa diharapkan mampu mendokumentasikan asuhan kebidanan secara legal, etis, dan sesuai standar pelayanan kebidanan.

Secara keseluruhan, buku ajar ini diharapkan dapat menjadi sumber belajar yang efektif bagi mahasiswa kebidanan dalam mengembangkan keterampilan klinik, kemampuan berpikir kritis, dan sikap profesional. Selain itu, buku ini juga dapat dimanfaatkan oleh dosen sebagai bahan ajar pendukung dalam proses pembelajaran, serta menjadi referensi praktis dalam pelaksanaan asuhan kebidanan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

J. Referensi

- International Confederation of Midwives (ICM). (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice*. The Hague: ICM.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2021). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. The Hague: ICM.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Standar Profesi Bidan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga.

- Notoatmodjo, S. (2018). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rukiyah, A. Y., & Yulianti, L. (2020). *Asuhan Kebidanan II (Persalinan)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Rukiyah, A. Y., Yulianti, L., & Maemunah. (2019). *Asuhan Kebidanan I (Kehamilan)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Sulistyawati, A. (2017). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2018). *Varney's Midwifery* (6th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Walyani, E. S. (2018). *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- World Health Organization. (2016). *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Continuity of Care in Maternal, Newborn and Child Health*. Geneva: World Health Organization.

PROFIL PENULIS



Dr, Fitriana, S.SiT., M.Kes Lahir di Pringsewu, 23 Juli 1982. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu Pendidikan Doktoral pada Universitas Sebelas Maret lulus tahun 2024. Riwayat pekerjaan mengabdikan diri di Universitas Aisyah Pringsewu Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku yang Sebagian dalam lingkup kebidanan, rutin melaksanakan penelitian dengan output publikasi pada jurnal nasional maupun internasional, serta secara berkesinambungan melaksanakan kegiatan pengabdian Masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: fitriana@aisyahuniversity.ac.id



Nahdia Aulia Fahmi, S.Tr.Keb., M.Keb lahir di Malang, 26 Agustus 1998. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis, yaitu jenjang D3 Program Studi Kebidanan ITSK dr. Soepraoen Malang lulus tahun 2020. D4 Program Studi Kebidanan Universitas Kadirilulus tahun 2021. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Program Studi Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dharma Husada Bandung lulus tahun 2024. Saat ini penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maharani Malang mulai tahun 2025 dengan mengampu mata kuliah Anatomi Fisiologi, *Evidence Based* dalam Praktik Kebidanan, Asuhan Kebidanan pada Persalinan dan BBL. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi, yaitu sebagai pengajar, peneliti, pembimbing mahasiswa, penulis buku, dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail nahdiafahmi08@gmail.com.

Motto: "If what you are looking for is not at your current step, then move one step forward"

PROFIL PENULIS



Maya Sukmayati, S.ST., M.KM.Bdn., Lahir di Bandung, 02 Desember 1974. Merupakan dosen pada Pendidikan Bidan Profesi Universitas Aisyiyah Bandung. Penulis menamatkan pendidikan D4 Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran pada tahun 2009. Penulis menempuh Pendidikan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan bidang peminatan Kesehatan Reproduksi Di Universitas Padjadjaran tahun 2015. Sebagai dosen pada salah satu amal usaha milik organisasi 'Aisyiyah, aktifitas sehari-hari penulis terkait pekerjaan saat ini melaksanakan catur dharma perguruan tinggi berupa pengajaran, pengabdian kepada masyarakat, penelitian dan aktif di kemuhammadiyah. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: maya.sukmayati@unisa-bandung.ac.id



Bdn Herselowati, SST, M.Kes Lahir di Yogyakarta, 28 September 1983. Menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan di Universitas Aisyiyah Yogyakarta tahun 2005, D-IV Kebidanan di Universitas Padjadjaran tahun 2009, S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia tahun 2015 dan Profesi Bidan di STIKes Mitra RIA Husada tahun 2024. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2005 berkerja di TPMB Catur Eni Sleman Yogyakarta, Tahun 2005 – 2008, tahun 2010 – 2020 di STIKes Mitra RIA Husada. Saat ini penulis bekerja di Universitas IPWJJA mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan kegawatdaruratan, Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Keterampilan Dasar Kebidanan, Konsep Kebidanan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, dan seminar. Penulis aktif sebagai fasilitator pelatihan kegawatdaruratan maternal dan neonatal, pelatihan kewaspadaan kegawatdaruratan maternal dan neonatal, ANC INC PNC dan SHK, APN, PONEK, PONEK, serta pelatihan petolongan pertama gawat darurat obstetric neonates Bersama provider PT Prima Medika Husada, PT Intraina, CV Kaputren, PT dewa Medik Nusantara. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: herselowati@gmail.com

Motto: "Setiap hari adalah kesempatan, kalau jatuh bangun lagi, kalau gagal coba lagi, tapi kalau berhenti semua selesai"

PROFIL PENULIS



Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb., Penulis yang akrab disapa “Aly” merupakan wanita kelahiran Bengkulu, 15 September 1997. Penulis adalah dosen muda di prodi D3 Kebidanan Bukittinggi, Kemenkes Poltekkes Padang. Penulis sudah pernah menerbitkan beberapa buku fiksi secara solo dan antologi. Buku pertamanya adalah buku antologi cerpen tunggal (Ada Salam dari Telur Penyu – 2016) dan novel (Kids Zaman Old – 2019). Penulis juga aktif dalam organisasi dan perlombaan debat baik Inggris maupun bahasa Indonesia, perlombaan KTI, Duta Bahasa 2015, Duta Mahasiswa GenRe 2016, dan Duta Zetizen 2017 serta penulis juga pernah diangkat menjadi salah satu jurnalis dalam Warta BKKBN Provinsi Bengkulu. Penulis juga aktif mengikuti kegiatan penelitian di kampusnya melalui ajang Penelitian Kreatifitas Mahasiswa (PKM) dengan concern menerbitkan artikel hasil penelitian di jurnal bereputasi dan dijenjang S2 ini tergabung dalam payung penelitian dosen di bidang digital health. Penulis saat ini sangat fokus untuk mempublikasikan jurnal ilmiah hasil penelitian yang telah dilakukan. “Tiada kata lelah untuk berkarya”, itu adalah salah satu motto hidupnya. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: alyxiastell@gmail.com.



Dr. Bd. Lina Fitriani, S.ST., M.Keb., Lahir di Enok Propinsi RIAU, 13 Juni 1985. Pendidikan yang telah ditempu yaitu pendidikan S2 pada Universitas Hasanuddin dan lulus pada tahun 2015, Melanjutkan program doctoral S3 Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2006-2008 Staf Prodi D3 Kebidanan di Stikes Budi Luhur Cimahi Jawa Barat dan Bidan Pelaksana di RB. Juhanirah Kota Bandung, Tahun 2008 – 2010 Bidan Pelaksana di RSB Miftah Polewali Mandar, Tahun 2008 – 2010, KPS D3 Kebidanan Di Stikes Bina Generasi Polewali Mandar, Tahun 2013-2017, Wakil Ketua bidang kemahasiswaan Di Stikes Bina Generasi Polewali Mandar Tahun 2017 – 2021, Ketua Stikes Bina Generasi Polewali Mandar tahun 2021-2023. Saat ini bekerja menjadi staf dosen di Universitas Mega Buana Palopo 2022-sekarang. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: lina@umegabuana.ac.id

Motto: “Live Must Go On”

PROFIL PENULIS



Dr. Nurdiana Lante, S.ST, M.Kes., Lahir di Ujung Pandang (Sulawesi Selatan) 17 Mei 1978, Menyelesaikan Pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan/SPK Depkes Ternate (1995), Program Pendidikan Bidan (1996) Pendidikan Diploma III Kebidanan Poltekkes Ternate (2005), Pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik Poltekkes Ternate (2010), Pendidikan Magister Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar (2016), dan Lulus Program Doktorat (S3) di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2025. Memulai karir sebagai Bidan PTT di Kabupaten Halmahera Utara, Maluku Utara (1997-2004), PNS Dinas Kesehatan Kota Ternate (2005-2016) Tahun 2017 sampai saat ini sebagai Dosen pada program studi Diploma IV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Ternate. Penulis dapat dihubungi melalui email: nurdianalante@gmail.com



Bdn. Sinta Dwi Juwita, S.SiT., M.Keb Lahir di Bekasi, 18 Maret 1995. Penulis menempuh pendidikan terakhir S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran. Saat menyelesaikan tugas akhir magister penulis mengembangkan media pengajaran berbentuk flipchart dengan tema stunting dengan tujuan agar mempermudah penyebaran informasi kepada ibu hamil tentang deteksi dini dan pencegahan stunting. Penulis mengawali karir sebagai bidan pelaksana di Klinik Cempaka Medical Center. Saat ini penulis aktif sebagai dosen dengan mengampu mata kuliah asuhan kebidanan kehamilan, asuhan kebidanan masa nifas dan asuhan kebidanan pada neonatus. Penulis juga aktif menjalankan Tridarma Perguruan Tinggi di STIKes Mitra RIA Husada Jakarta. Untuk dapat menghubungi penulis dapat melalui email : sintajuwiya18@gmail.com atau melalui nomer WA : 085881551622.

PROFIL PENULIS



Bdn. Retno Kumalasari S.SiT., M.Kes, lahir di banyumas jawa tengah pada 29 januari 1987, merupakan seorang pendidik yang meniti karier di bidang kebidanan sejak tahun 2009-2025 atau selama 16 tahun. Berasal dari keluarga dengan latar belakang pendidikan, ia tumbuh dalam lingkungan yang mendukung pengembangan ilmu. Berawal dari pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto (2005-2008), menyelesaikan pendidikan D4 Pendidik di STIKes Ngudi Waluyo Semarang pada tahun 2009 serta meraih gelar Magister Kesehatan Masyarakat dari Universitas Diponegoro dengan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan HIV/AIDS pada tahun 2013 dan sedang menempuh pendidikan S3 di Universitas Sebelah Maret. Saat ini beliau mengajar di Universitas Bina Bangsa dengan fokus pada mata kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Kebidanan Komunitas dan Pelayanan Keluarga Berencana. Dalam kiprahnya menjadi dosen, peneliti dan melaksanakan pengabdian masyarakat, beliau telah meluluskan bidan yang kini bekerja di berbagai fasilitas kesehatan. Komitmennya terhadap dunia pendidikan menjadikannya inspirasi bagi generasi muda untuk terus berkarya dan meraih cita-cita.

Sinopsis

Asuhan Kebidanan Berbasis Kasus Sederhana: Contoh-Contoh Praktik yang Mudah Dipahami Mahasiswa merupakan bunga rampai yang dirancang untuk membantu mahasiswa kebidanan memahami penerapan asuhan secara praktis melalui pendekatan *case-based learning*. Buku ini menyajikan contoh kasus yang sering ditemui di pelayanan kebidanan, disusun dengan alur yang runtut—mulai dari pengkajian, identifikasi masalah/diagnosis kebidanan, perencanaan, tindakan, evaluasi, hingga dokumentasi—sehingga memudahkan mahasiswa membangun penalaran klinis dan keterampilan pengambilan keputusan.

Topik yang dibahas mencakup berbagai fase kehidupan reproduksi perempuan, dimulai dari kehamilan trimester I dengan keluhan mual-muntah, hingga kehamilan trimester III dengan nyeri punggung yang kerap mengganggu kenyamanan ibu. Pada bagian persalinan, buku ini menampilkan kasus persalinan spontan kala I–II dengan penekanan pada pendekatan *women-centered care*, yang menempatkan kebutuhan, preferensi, dan kenyamanan ibu sebagai pusat asuhan. Selanjutnya, masa nifas dan postpartum dibahas melalui kasus kesulitan menyusui serta perdarahan postpartum ringan, dengan fokus pada deteksi dini dan langkah penanganan sederhana yang aman sesuai kewenangan.

Tidak hanya membahas ibu, bunga rampai ini juga memperluas cakupan pada kesehatan reproduksi remaja melalui kasus dismenore dan anemia, serta mengangkat isu psikologis pada masa nifas lewat kasus *baby blues* untuk membantu mahasiswa memahami aspek bio-psiko-sosial dalam asuhan kebidanan. Sebagai penguatan, bagian akhir buku memuat panduan cara menyusun asuhan kebidanan berdasarkan contoh kasus, sehingga pembaca dapat menerapkan pola berpikir dan format penyusunan asuhan secara mandiri.

Dengan bahasa yang jelas, contoh yang dekat dengan realitas praktik, serta langkah-langkah yang sistematis, buku ini diharapkan menjadi pegangan belajar yang efektif bagi mahasiswa, sekaligus referensi bagi dosen dan praktisi dalam membimbing pembelajaran dan praktik klinik kebidanan.

Asuhan Kebidanan Berbasis Kasus Sederhana: Contoh-Contoh Praktik yang Mudah Dipahami Mahasiswa merupakan bunga rampai yang dirancang untuk membantu mahasiswa kebidanan memahami penerapan asuhan secara praktis melalui pendekatan case-based learning. Buku ini menyajikan contoh kasus yang sering ditemui di pelayanan kebidanan, disusun dengan alur yang runtut—mulai dari pengkajian, identifikasi masalah/diagnosis kebidanan, perencanaan, tindakan, evaluasi, hingga dokumentasi—sehingga memudahkan mahasiswa membangun penalaran klinis dan keterampilan pengambilan keputusan.

Topik yang dibahas mencakup berbagai fase kehidupan reproduksi perempuan, dimulai dari kehamilan trimester I dengan keluhan mual-muntah, hingga kehamilan trimester III dengan nyeri punggung yang kerap mengganggu kenyamanan ibu. Pada bagian persalinan, buku ini menampilkan kasus persalinan spontan kala I-II dengan penekanan pada pendekatan women-centered care, yang menempatkan kebutuhan, preferensi, dan kenyamanan ibu sebagai pusat asuhan. Selanjutnya, masa nifas dan postpartum dibahas melalui kasus kesulitan menyusui serta perdarahan postpartum ringan, dengan fokus pada deteksi dini dan langkah penanganan sederhana yang aman sesuai kewenangan.

Tidak hanya membahas ibu, bunga rampai ini juga memperluas cakupan pada kesehatan reproduksi remaja melalui kasus dismenore dan anemia, serta mengangkat isu psikologis pada masa nifas lewat kasus baby blues untuk membantu mahasiswa memahami aspek bio-psiko-sosial dalam asuhan kebidanan. Sebagai penguatan, bagian akhir buku memuat panduan cara menyusun asuhan kebidanan berdasarkan contoh kasus, sehingga pembaca dapat menerapkan pola berpikir dan format penyusunan asuhan secara mandiri.

Dengan bahasa yang jelas, contoh yang dekat dengan realitas praktik, serta langkah-langkah yang sistematis, buku ini diharapkan menjadi pegangan belajar yang efektif bagi mahasiswa, sekaligus referensi bagi dosen dan praktisi dalam membimbing pembelajaran dan praktik klinik kebidanan.

ISBN 978-634-7556-57-8



Penerbit:

PT OPTIMAL UNTUK NEGERI

Kencana Tower Lt. Mezzanine

Jl. Raya Meruya Ilir No. 88 RT. 001 RW. 005

Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan

Jakarta Barat, DKI Jakarta, 11620

